

COLECCIÓN PROFESIONAL

Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales

Fundamentos, perspectivas y aplicaciones

Alberto S. Segrera,
Jeffrey H. D. Cornelius-White,
Michael Behr y Silvia Lombardi
(Editores)

granAldeaEDITORES

Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales

Fundamentos, perspectivas y aplicaciones

<https://www.facebook.com/rojoamanecercapsic/>

Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales

Fundamentos, perspectivas y aplicaciones

Alberto S. Segrera,
Jeffrey H. D. Cornelius-White,
Michael Behr y Silvia Lombardi
(Editores)

gran**Aldea** EDITORES

Alberto S. Segrera y otros (Editores)

Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales. - 1a ed. -
Buenos Aires : Gran Aldea Editores, 2014.

402 p. ; 23x16 cm.

ISBN 978-987-1301-74-4

I. Counseling 2. Psicología I. Jeffrey H. D. Cornelius-White, Michael Behr y
Silvia Lombardi (Editores) II. Verónica Kenigstein (trad.) III. Estela Falicov (trad.)
IV. Título
CDD 158.1

Traducción: Verónica Kenigstein y Estela Falicov

Revisión técnica: Alberto S. Segrera

Cuidado de la edición: Estela Falicov

Diseño de interior y tapa: Carolina Kenigstein

1ª edición: junio de 2014

ISBN: 978-987-1301-74-4

© De la traducción, Estela Falicov y Verónica Kenigstein, 2014

© Gran Aldea Editores

(5411) 4584 5803 - 4585 2241

www.granaldeaeditores.com.ar

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Se prohíbe la reproducción total o parcial, por cualquier medio electrónico o mecánico incluyendo fotocopias, grabación magnetofónica y cualquier otro sistema de almacenamiento de información, sin autorización escrita del editor.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
<i>Jeffrey H. D. Cornelius-White, Alberto S. Segreña, Michael Behr y Silvia Lombardi</i>	
CARL ROGERS SOBRE EL DESARROLLO DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA	15
<i>Carl R. Rogers</i>	
EXPERIENCIACIÓN: UNA VARIABLE EN EL PROCESO DE CAMBIO TERAPÉUTICO	19
<i>Eugene T. Gendlin</i>	
COMENTARIOS PARA ACOMPAÑAR A EXPERIENCIACIÓN: UNA VARIABLE EN EL PROCESO DE CAMBIO TERAPÉUTICO	33
<i>Eugene T. Gendlin</i>	
¿QUÉ ES COUNSELING?	37
<i>Manuel F. Artiles</i>	
LA TENDENCIA FORMATIVA: LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS CENTRADOS EN LA PERSONA, LA INTERDEPENDENCIA Y EL POTENCIAL HUMANO.....	47
<i>Jeffrey H. D. Cornelius-White y Jürgen Kriz</i>	
LOS COLORES UNIDOS DE LAS PSICOTERAPIAS CENTRADA EN LA PERSONA Y EXPERIENCIAL.....	69
<i>Germain Lietaer</i>	
LA RIQUEZA DE LA DIVERSIDAD DEL ENFOQUE CENTRADO EN LAS PERSONAS: UNA PERSPECTIVA IBEROAMERICANA.....	83
<i>Alberto S. Segreña</i>	

LAS TERAPIAS CENTRADAS EN LA PERSONA/EXPERIENCIALES SON
ALTAMENTE EFECTIVAS: RESUMEN DEL METAANÁLISIS DE 2008 105

Robert Elliot y Beth Freire

TERAPIA FOCALIZADA EN LAS EMOCIONES:
UNA INTRODUCCIÓN 113

Leslie Greenberg y Robert Elliott

LA SUPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA DE COMUNICACIÓN
CENTRADA EN EL CLIENTE CON OTROS MÉTODOS
TERAPÉUTICOS VÁLIDOS: UNA NECESIDAD CENTRADA EN LA
PERSONA..... 119

Reinhard Tausch

EL PROCESO FRÁGIL 129

Margaret S. Warner

ESTAR-CON Y ESTAR-CONTRA: PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA
PERSONA COMO UN PROCESO DE PERSONALIZACIÓN COCREATIVO
EN PROFUNDIDAD..... 141

Peter F. Schmid y Dave Mearns

LA PRESENCIA TERAPÉUTICA: LA EXPERIENCIA DE PRESENCIA
DE LOS TERAPEUTAS EN EL ENCUENTRO PSICOTERAPÉUTICO..... 163

Shari M. Geller y Leslie S. Greenberg

¿CÓMO HACEN LOS CONSULTANTES QUE FUNCIONE
LA EMPATÍA?..... 185

Arthur C. Bohart

ENTRE LA LIBERTAD Y LA DESESPERANZA: CUESTIONAMIENTOS
Y CONTRIBUCIONES EXISTENCIALES A LA TERAPIA CENTRADA
EN LA PERSONA Y EXPERIENCIAL 207

Mick Cooper

VOLVER AL CONSULTANTE: UN ENFOQUE FENOMENOLÓGICO DEL
PROCESO DE COMPRESIÓN Y DIAGNÓSTICO 227

Peter F. Schmid

TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO (TJCN): TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA	249
<i>Sue C. Bratton, Dee C. Ray, Natalya A. Lindo y Garry Landreth</i>	
LA RESONANCIA INTERACTIVA EN EL TRABAJO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES: UN CONSTRUCTO CON FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL MEDIANTE EL JUEGO Y EL USO DE JUGUETES	271
<i>Michael Behr</i>	
LA INTEGRACIÓN DE LOS ENFOQUES SISTÉMICO Y HUMANISTA EN LA TERAPIA DE PAREJA FOCALIZADA EN LAS EMOCIONES.....	291
<i>Melissa Burgess Moser y Susan Johnson</i>	
RESPUESTA A PAREJAS Y FAMILIAS ANGUSTIADAS: LAS SEIS CONDICIONES DE ROGERS VIVIDAS CON RESPECTO POR EL MEDIO ÚNICO DE LA TERAPIA RELACIONAL.....	313
<i>Charles J. O'Leary</i>	
TERAPIA GRUPAL Y GRUPOS DE ENCUENTRO	333
<i>Peter F. Schmid y Maureen O'Hara</i>	
LA PSICOTERAPIA COMO BÚSQUEDA Y CUIDADO DEL ALMA	353
<i>Mia Leijssen</i>	
COMPRENDER EL YO-MISMO MEDIANTE EL VACÍO TAOÍSTA.....	371
<i>Sachiko Hayashi y Atsuchi Kara</i>	
COLOFÓN. ¿HACIA DÓNDE VA EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA?	381
<i>Alberto S. Segre</i>	
CRÉDITOS.....	387

INTRODUCCIÓN

*Jeffrey H. D. Cornelius-White, Alberto S. Segrera,
Michael Behr y Silvia Lombardi*

Contexto histórico

Por muchas décadas ha habido una floreciente comunidad de consultores, terapeutas, académicos e investigadores influidos por el enfoque centrado en la persona en gran parte del mundo; sin embargo, estos grupos, a menudo, han estado separados por la geografía y el idioma; al mismo tiempo, la comunidad centrada en la persona ha estado singularmente interesada en atravesar estas barreras para encontrarse. Este libro se inserta en esta cadena histórica de tender puentes entre culturas e idiomas para ayudar a enriquecer la experiencia de todos los interesados.

Alberto S. Segrera organizó el Primer Foro Internacional del Enfoque Centrado en la Persona (FIECP),¹ en 1982, en México. La Primera Conferencia Centrada en la Persona y Experiencial (CPCE)² (entonces llamada Conferencia Internacional de Psicoterapia Centrada en el Cliente y Experiencial) se llevó a cabo en 1988 en Bélgica. En el primer Congreso Mundial de Psicoterapia (CMP),³ que se realizó en 1996 en Austria, un grupo de treinta personas llamó a la formación de una asociación internacional centrada en la persona, lo que se tradujo en la fundación de la Asociación Mundial de Psicoterapias y Consultorías

1 *Foro Internacional del Enfoque Centrado en la Persona (FIECP)*. Traducción de *International Forum of the Person-Centered Approach*, título de la actividad en inglés. (Nota del revisor técnico)

2 *Conferencia Centrada en la Persona y Experiencial (CCPE)*. Traducción de *Person Centered and Experiential Conference (CPCE)* título de la actividad en inglés. (Nota del revisor técnico)

3 *Congreso Mundial de Psicoterapia (CMP)*. Traducción de *World Congress for Psychotherapy (WCP)*, título de la actividad en inglés. (Nota del revisor técnico)

Centradas en la Persona y Experienciales,⁴ en 1997, en Portugal, durante la Cuarta Conferencia Internacional de Psicoterapia Centrada en el Cliente y Experiencial. Ambos ciclos de reuniones han continuado con una periodicidad de entre dos y tres años. El Primer Encuentro Iberoamericano (entonces llamado Latinoamericano) del Enfoque Centrado en la Persona - Encontro Ibero (Latino) Americano da Abordagem Centrada na Pessoa (EIECP-EIACP) se llevó a cabo en 1983 en Brasil y, con el tiempo, dio lugar a la fundación de la Asociación Iberoamericana del Enfoque Centrado en la Persona - Associação Ibero Americana da Abordagem Centrada na Pessoa (AIECP-AIACP), en 2007, en Colombia. Otros eventos y organizaciones regionales y locales han ocurrido desde el nacimiento del enfoque, en la década de los 1940. Asimismo, el Primer Taller de Comunicación Transcultural (TCTC)⁵ en el enfoque centrado en la persona se celebró en 1983 en Hungría. Algunos de estos eventos incluyen grandes proyectos de paz, como el Taller de Rust sobre el Desafío Centroamericano,⁶ celebrado en 1986 en Austria y su seguimiento en 1988 en Costa Rica, que involucró a líderes mundiales para resolver conflictos en esa región. Estos eventos internacionales fueron fundamentales para el desarrollo y la experienciación del enfoque centrado en la persona, al fomentar un diálogo sano y creativo. De hecho, los orígenes de este libro fueron conversaciones a lo largo de algunos de estos eventos internacionales y reconoce la necesidad de más y más puentes entre diversas regiones del mundo fértiles en desarrollos centrados en la persona.

Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales pretende conectar a autores de otras regiones del mundo con consultores y psicoterapeutas iberoamericanos. Si bien la mayor parte del material fue escrito originalmente en inglés, varios autores proceden de países en donde el inglés no es el idioma principal (Argentina, Austria, Bélgica, Brasil, Alemania, Japón, México). De hecho, el español, el inglés y el portugués son el segundo, tercero y sexto idiomas maternos hablados en el mundo y representan más de mil millones de personas. Esperamos que este libro impulse más traducciones que posibiliten un mayor diálogo entre consultores y psicoterapeutas de la región cultural iberoamericana y de otras regiones del mundo.

4 *Asociación Mundial de Psicoterapia y Consultoría Centrada en la Persona y Experiencial (AMPPCPE)*. Traducción de *World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (WAPCEPC)*, nombre de la asociación en inglés. (Nota del revisor técnico)

5 *Taller de Comunicación Transcultural (TCTC)*. Traducción de *Cross Cultural Communication Workshop (CCCW)*, título de la actividad en inglés. (Nota del revisor técnico)

6 *Taller de Rust sobre el Desafío Centroamericano*. Traducción de *Rust Workshop on the Central American Challenge*, título de la actividad en inglés. (Nota del revisor técnico)

Objetivos de nuestra obra

Los objetivos de esta obra son proporcionar a los consultores y psicoterapeutas iberoamericanos:

- algunos clásicos del enfoque centrado en la persona previamente no disponibles en español;
- una muestra del estado del arte en perspectivas sobre los enfoques centrados en la persona y experienciales en consultoría y psicoterapia hasta ahora no disponibles para los lectores iberoamericanos;
- nuevas perspectivas que representan la diversidad geográfica internacional, incluyendo perspectivas desde la región cultural iberoamericana;
- trabajos sobre una amplia variedad de desarrollos y aplicaciones sobre temas y modalidades producidos por consultores y psicoterapeutas que cultivan diferentes matices teóricos dentro de la comunidad centrada en la persona; y,
- un amplio marco acerca de cómo estos diversos desarrollos, perspectivas y aplicaciones concuerdan entre sí y se complementan.

Panorama general del contenido

Fundamentos

La primera sección de nuestra obra incluye capítulos que cubren una variedad de temas sobre los fundamentos del enfoque centrado en la persona, incluyendo clásicos de Carl Rogers y de Eugene Gendlin, pioneros de la consultoría y la psicoterapia centrada en la persona y experiencial.

Rogers describe cómo se había desarrollado el enfoque al final de su vida e insiste en la importancia de la investigación para el futuro del enfoque; el trabajo de Gendlin sobre la experienciación, uno de los más influyentes dentro del enfoque, ofrece una distinción entre el objetivo y el inicio de la teoría y proporciona un fundamento para la comprensión de la obra posterior en el ala experiencial del enfoque centrado en la persona; Artiles presenta una visión como el introductor y uno de los más destacados autores argentinos del enfoque centrado en la persona y ofrece una perspectiva sobre las primeras etapas de la consultoría como profesión dentro de la región cultural iberoamericana; Cornelius-White & Kriz vinculan las concepciones clásicas del constructo de la actualización con una de las formulaciones últimas de Rogers, la tendencia formativa, y con las nociones postmodernas de la teoría del caos.

Los siguientes dos capítulos dan una visión general de los matices y de las prácticas relacionadas con el enfoque centrado en la persona en la región iberoamericana y en el mundo. Lietaer proporciona un contexto para las similitudes de las diversas tribus o colores de la consultoría y la psicoterapia centrada en la persona y experiencial desde una perspectiva europea; Segreña ofrece una perspectiva iberoamericana de la riqueza de la diversidad de matices teóricos y de campos de aplicación dentro del enfoque centrado en la persona.

En el último capítulo, Elliott & Freire presentan evidencias de la investigación empírica sobre la consultoría y la psicoterapia centrada en la persona comparada con la psicoterapia de otros enfoques, mediante un resumen breve y accesible de su exhaustivo metaanálisis que combina más de ciento ochenta estudios científicos de resultados; esta investigación ha sido decisiva para demostrar cómo la consultoría y la psicoterapia centrada en la persona son tan eficaces como las de cualquier otro enfoque.

Perspectivas

La segunda sección consta de siete capítulos que ofrecen introducciones o presentaciones detalladas de desarrollos clave y de perspectivas influyentes dentro del enfoque centrado en la persona de la consultoría y la psicoterapia; estos trabajos presentan a los lectores de habla española desarrollos teóricos e implicaciones filosóficas y prácticas de constructos en evolución.

Greenberg & Elliott exploran la terapia focalizada en las emociones, que integra la emoción y la cognición y se centra en el apego emocional y en la importancia de una relación empática validante; Tausch defiende la necesidad de la suplementación del enfoque centrado en el cliente con otras modalidades de comunicación terapéutica y de establecer criterios para la elección de dicha suplementación; Warner describe el estilo frágil de procesar la experienciación de ciertos consultantes y las intervenciones efectivas de consultores y psicoterapeutas en la relación con aquellos.

Schmid & Mearns estudian el proceso cocreativo de personalización, la naturaleza de este encuentro en términos de la presencia del terapeuta, y las diferentes formas de resonancia ofrecidas por el terapeuta al consultante. Geller & Greenberg analizan la experiencia de presencia del consultor o terapeuta en el encuentro psicoterapéutico como fundamento de las condiciones relacionales de Rogers y como condición englobante que posibilita que estas se expresen. Bohart proporciona evidencias de un principio central del enfoque centrado en la persona: los consultantes son los héroes de la consultoría y de la psicoterapia, utiliza pruebas internas y

externas al enfoque para mostrar cómo los consultantes producen cambios y cómo utilizan creativamente el ambiente terapéutico para mejorar sus vidas y las de quienes los rodean; Cooper reflexiona sobre la libertad y la desesperanza como desafíos y contribuciones de la filosofía existencial a la consultoría y la psicoterapia centrada en la persona; Schmid insiste sobre la necesidad de volver al consultante, partiendo de la fenomenología del proceso de comprensión y diagnóstico desde la experienciación del consultante.

Aplicaciones

La tercera sección presenta varios capítulos sobre aplicaciones de la teoría centrada en la persona al trabajo con diversas poblaciones y en modalidades específicas.

Los primeros dos capítulos se refieren a la terapia de juego centrada en el niño. Bratton, Ray, Lindo & Landreth, quienes trabajan con niños y adolescentes, parten de que la terapia de juego centrada en el niño se fundamenta en la creencia de que los niños poseen, en sí mismos, la capacidad de extraer significado de sus experiencias y de resolver sus propios problemas; Behr sugiere incluir la resonancia interactiva en la relación interpersonal, jugar con el niño y responder a las actividades de su juego mediante sus propias actividades de juego en un nivel corporal.

Los siguientes dos capítulos tratan de la terapia de pareja y familiar. Burgess Moser & Johnson recomiendan complementar la terapia de pareja focalizada en las emociones con elementos e intervenciones de las teorías sistémicas y la del apego; O'Leary muestra la manera en que las condiciones de Rogers enriquecen el trabajo del consultor en la terapia relacional de pareja y familiar.

Los capítulos finales de esta sección describen cómo el enfoque centrado en la persona no es una tradición empírica o práctica solamente interesada en un cambio individual, sino también en un cambio social y trascendente. Schmid & O'Hara plantean la importancia de los procesos grupales en la vida cotidiana y en el trabajo en grupo con los consultantes, y la necesidad de una perspectiva de cambio con implicaciones políticas y sociales; Leijssen profundiza sobre la psicoterapia como búsqueda y cuidado del alma, como la experiencia de participar en un proceso más amplio: conexión con otros, con la naturaleza y, para algunos, con energías más sutiles, diferentes de la realidad material cotidiana; Hayashi & Kara invitan a adoptar el Tao como camino hacia una comprensión del yo mismo mediante el vacío taoísta.

El Colofón, o capítulo final, ofrece una reflexión y una invitación a los lectores a considerar los significados más grandes y las direcciones futuras de evolución de las consultorías y psicoterapias centradas en la persona.

¡Esperamos que encuentren en *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales* un instrumento provechoso para impulsar su pensamiento, su investigación y su práctica de la consultoría y la psicoterapia y, a su vez, influir en el resto del mundo en un permanente encuentro!

CARL ROGERS SOBRE EL DESARROLLO DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA¹

Carl R. Rogers

Es una nueva aventura tener a mi disposición un espacio regular para la expresión de mis sentimientos y opiniones sobre temas que actualmente me interesan. Espero usarlo de diversas maneras. Agradeceré recibir retroalimentación sobre lo que escribo y sugerencias de temas para futuras columnas. Esta vez haré un breve comentario sobre un asunto importante.

¿Qué es esencial?

El editor les ha pedido a todos los miembros del Consejo Editorial que expresen sus opiniones con respecto a lo más esencial para el desarrollo futuro del enfoque centrado en la persona. Después de leer su pregunta, mi reacción inmediata fue la siguiente: “¡Lo que más necesitamos es investigación sólida!”. Permítanme explicarlo.

En el campo de la práctica psicológica los principios básicos de la terapia centrada en el cliente y el enfoque centrado en la persona han ganado respeto y, con frecuencia, aceptación, aun cuando estos principios con frecuencia se contraponen con las maneras actuales de tratar con las personas. Como terapeutas, como consultores, como educadores, hemos ganado un lugar.

Pero siento que en las universidades estamos subrepresentados, muy mal comprendidos y erróneamente considerados como superficiales. Estamos subrepresentados porque, en alguna medida, constituimos una amenaza para la mentalidad académica. Sostenemos que el aprendizaje experiencial es tan importante como el cognitivo. Dicho aprendizaje implica el riesgo de que la persona sea cambiada por la experiencia y esto puede provocar temor en aquella persona cuyo mundo está estructurado sobre una base intelectual. En parte,

1 Fuente: Rogers, C. R. (1986), Carl Rogers on the development of the person-centered approach. *Person-Centered Review* 1(3), pp. 257-259.

quizás debido a esto, hay pocos nuevos miembros del cuerpo docente que hayan sido entrenados en un enfoque centrado en la persona o incluso que lo conozcan. Otra razón para el reducido número de los docentes centrados en la persona es que la fascinación por el aprendizaje experiencial tiende a alejar a individuos prometedores del énfasis puramente intelectual del mundo académico. Estos se orientan hacia la práctica privada o hacia otras actividades dentro de las profesiones de ayuda.

Pero los terapeutas que se desempeñan en la práctica privada no contribuyen significativamente al desarrollo de un campo de conocimiento. No llevan a cabo investigación, con muy pocas excepciones. En gran medida, la investigación es desarrollada en las universidades por candidatos doctorales, que con frecuencia trabajan sobre temas que interesan a sus asesores académicos. Como estos asesores académicos raramente están interesados en el enfoque centrado en la persona, se completa el círculo. En nuestro campo se desarrolla relativamente poco nuevo conocimiento. Este es un dilema con serias implicaciones para nuestro futuro.

No tengo una solución clara para este dilema. Solo puedo indicar dos señales esperanzadoras. Donde la psicología humanista está bien representada en el cuerpo académico –como sucede en la Union Graduate School, la Universidad de Hamburgo (en Alemania Occidental), el Instituto Saybrook, el Centro de Estudios Humanistas y otros menos conocidos– la investigación sobre las hipótesis del enfoque centrado en la persona es posible, y se está realizando.

Las perspectivas de investigación también se ven mejoradas por nuevos desarrollos en la filosofía de la ciencia. En el pasado, el término investigación solía ser una mala palabra para los terapeutas, porque se consideraba que implicaba un enfoque impersonal, estadístico, de porciones fragmentadas de la persona y su experiencia. En la actualidad el enfoque lógico positivista ya no es la única modalidad para la ciencia de la conducta, y una variedad de métodos con base fenomenológica se consideran medios sólidos para lograr el avance de nuestro conocimiento. En un artículo reciente (Rogers, 1985) traté de resumir algunos de estos desarrollos esperanzadores. Incluso el análisis metódico del caso único se considera como una fuente de conocimiento emergente y de hipótesis generadoras.

Solo hay una manera en la cual el enfoque centrado en la persona puede evitar volverse estrecho, dogmático y restrictivo. Es a través de estudios –simultáneamente sagaces y soñadores– que se abren nuevas perspectivas, se traen nuevas comprensiones, se desafían nuestras hipótesis, se enriquece nuestra teoría, se expande nuestro conocimiento y nos comprometemos más profundamente en una comprensión de los fenómenos del cambio humano.

Referencia

Rogers, C. R. (1985). Toward a more human science of the person. *Journal of Humanistic Psychology*, 25(4), 7-24.

EXPERIENCIACIÓN: UNA VARIABLE EN EL PROCESO DE CAMBIO TERAPÉUTICO¹

Eugene T. Gendlin

Introducción

Desde hace muchos años existe un acalorado debate en psicología entre aquellos que enfatizan la necesidad del método científico operacional y quienes hacen énfasis en la necesidad de considerar las importantes variables subjetivas, personales, de los fenómenos humanos, que la ciencia omite con demasiada frecuencia. Este trabajo sostiene que ambos puntos de vista expresan la necesidad de que la ciencia se mueva *de* la observación naturalista y subjetiva de los fenómenos humanos importantes *hacia* observaciones operacionalmente definidas de dichos fenómenos.

El propósito de una teoría es conducir a hipótesis y a observaciones definidas operacionalmente para probar dichas hipótesis. Este trabajo sostiene que una teoría que conceptualiza observaciones subjetivas puede conducir a hipótesis e investigaciones operacionales. La observación definida operacionalmente es el objetivo, no el punto de partida de la teoría. La teoría de la experienciación, aquí presentada, parte de una observación subjetiva y naturalista. Intenta formular conceptos teóricos que conduzcan a categorías operacionales de investigación. Las normas operacionales y objetivas de la ciencia deberían aplicarse a los procedimientos de investigación que resultan de la teoría, no a las observaciones naturalistas de las cuales debe partir la teoría. Si se confunden el punto de partida y el resultado de la teoría, las observaciones de las variables centrales de la conducta humana serán excluidas de la ciencia, sobre la base de que dichas observaciones son subjetivas. Este trabajo formula seis proposiciones teóricas que se refieren a un proceso subjetivo: “la experienciación”. El trabajo intentará

1 Fuente: Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy*, 15(2), 233–245.

demostrar que una teoría que formula conceptos referidos a un proceso subjetivo puede conducir a la investigación operacional objetiva.

El proceso de la experienciación²

El cambio terapéutico puede considerarse como un resultado o como un proceso. El resultado es la diferencia entre las mediciones de personalidad antes y después de la psicoterapia. Una gran proporción de la teoría y la investigación se ha dedicado al resultado de la psicoterapia. Por otro lado, por “proceso” me estoy refiriendo a un flujo continuo de eventos que ocurre en el individuo de manera constante. Las diferencias en los resultados son la consecuencia de un proceso terapéutico continuo. Hasta ahora muy poca teoría e investigación se han ocupado de este proceso.

En este trabajo deliberaré sobre una variable del proceso terapéutico. Denominaré a esa variable “experienciación”.

Permítanme comenzar a delinear la variable “experienciación” mediante la exposición de dos de sus características: 1) La experienciación *es sentida* más que pensada, conocida o verbalizada. 2) La experienciación ocurre en el presente *inmediato*. No consiste en atributos generalizados de una persona, como por ejemplo rasgos, complejos o disposiciones. Más bien, la experienciación es lo que una persona siente aquí y ahora, en este momento. La experienciación es un flujo cambiante de sensaciones que hace posible a cada individuo sentir algo en cualquier momento dado. Me gustaría exponer juntas estas dos características de la experienciación:

1) La experienciación es un proceso de sentir

2) La experienciación ocurre en el presente inmediato

Cuando los terapeutas discuten casos, utilizan términos metafóricos rudimentarios para referirse a un proceso de sentir. Con frecuencia dicen que observan a los consultantes “absorbiendo emocionalmente algo”, “procesándolo”³ o “sintiéndolo completamente”.⁴ Se ha observado que el proceso terapéutico

2 *experienciación*: Traducción de *experiencing*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

3 *procesar*: Traducción de *working through*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

4 *sentir completamente*: Traducción de *feeling through*, empleada en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

incluye no solo conceptos, sino también un proceso de sentir, que me gustaría llamar “experienciación”.

Freud relata cómo descubrió que no era suficiente que la terapia llegara a un diagnóstico acertado. El diagnóstico debía ser comunicado al paciente. Entonces, este todavía tenía que llegar a comprenderlo y aceptarlo. Pero, incluso en ese momento, el paciente muchas veces aceptaba el diagnóstico más como una cortesía hacia el médico, o como un discernimiento intelectual,⁵ sin que se produjera un cambio emocional genuino.

Para el ego sigue siendo difícil anular sus represiones, aún después de haber resuelto abandonar sus resistencias, y hemos designado período de “procesamiento” a la fase de agotador esfuerzo que sigue a esta loable resolución (1936).

La verdadera psicoterapia comienza en este punto; es decir, en el momento en que se va más allá del enfoque intelectual y se ayuda al paciente a lograr una *experienciación inmediata, presente*, de sus problemas. Aun cuando los problemas puedan referirse a sucesos tempranos de su vida, el cambio terapéutico con respecto a estos problemas requiere una *experienciación presente*, es decir, un *proceso presente de sentir*. Freud logró esta inmediatez presente descubriendo manifestaciones de los problemas del paciente en el momento presente de la relación entre este y el médico. Así se podía ayudar al paciente a lidiar con sus problemas en un nivel emocional y en el *presente inmediato*.

A partir de este análisis de Freud podemos formular las dos características de la experienciación antes señaladas: 1) la experienciación es un proceso de sentir más que una comprensión intelectual; 2) la experienciación es un proceso que ocurre en el presente inmediato de la hora de terapia.

3) La experienciación es un referente directo

Permítanme agregar ahora una tercera característica. Un individuo puede referirse directamente a la experienciación como un dato sentido en su propio campo fenomenológico. Con mucha frecuencia, durante las horas de terapia, es posible observar a los consultantes referirse directamente a su experienciación. La experienciación en sí misma es, por supuesto, privada e inobservable. Sin embargo, los gestos, el tono de voz, los modos de expresión, así como el contexto de lo que se dice son, a menudo, indicios observables de una referencia directa a la experienciación. Ciertas formas características de expresión verbal también

5 *Discernimiento intelectual*: Traducción de *intellectual insight*, empleado en inglés por diversos autores. (Nota del revisor técnico)

son indicios observables de la referencia directa a la experienciación. Cuando un consultante se refiere directamente a su experienciación, es probable que use algunos pronombres demostrativos como “esto” o “eso” o expresiones tales como “esta sensación tan trabada”. Estas expresiones verbales indican que está señalando un dato sentido dentro de sí mismo. Permítanme citar algunas observaciones comunes en las horas de terapia en las cuales hay referencias directas a la experienciación.

Los consultantes hablan con frecuencia de sentir algo sin saber qué es lo que sienten. Tanto el consultante como el consultor llaman a dicha sensación “esta sensación” y continúan comunicándose sobre eso, a pesar de que ninguno de ellos sabe exactamente de qué se trata dicha sensación. En estas ocasiones, ambas personas se refieren directamente a la experienciación presente del consultante. Lo hacen sin una conceptualización de aquello a lo que el consultante se refiere. Los símbolos utilizados (como el término “esto”) no conceptualizan. No formulan nada. Solo señalan. Dichos símbolos no son exactos ni inexactos. No transmiten información sobre la sensación; solo se refieren a ella. Estoy denominando “referencia directa”, a este señalar a experienciación presente.

La referencia directa también puede ocurrir cuando el consultante y el consultor *saben* cuál es la sensación, pero necesitan referirse directamente a la experienciación y no a la conceptualización. Por ejemplo: “He *sabido* todo el tiempo que me siento así, pero me asombra *con qué fuerza* lo siento”.

Permítanme citar otro caso similar en el cual la referencia directa a la experienciación es necesaria aunque también está presente una conceptualización precisa. Un consultante se la pasa afirmando algo sobre sí mismo, por ejemplo: “Tengo miedo de ser rechazado”. Después de muchas horas de terapia descubre las sensaciones que hacen que esto ocurra. Descubre *de una manera nueva* que teme ser rechazado. Por lo general, entonces, se siente algo perturbado por el hecho de que las sensaciones son nuevas, diferentes, asombrosas, a pesar de que no existen palabras mejores para ellos que el viejo y trillado “Tengo miedo de ser rechazado”. El consultante entonces lucha por comunicarle al consultor que ahora “realmente” lo siente, que los conceptos son viejos pero la experiencia es *nueva*.

La referencia directa a la experienciación también es observable en los informes de muchos consultantes sobre su experienciación entre las sesiones de terapia. Muchas veces los consultantes comentan sentirse “perturbados”, “inestables”, un “revoltijo”, un “algo está ocurriendo en ellos”, pero pueden o no saber de qué se trata.

En estas observaciones es claro que el consultante se refiere a algo diferente de las conceptualizaciones. Se refiere directamente a su *experienciación* presente.

4) La experienciación guía la conceptualización

Una cuarta característica de la experienciación reside en su uso por parte del consultante para guiarlo hacia conceptualizaciones cada vez más precisas. Un consultante puede tener una sensación y referirse a ella por cierto tiempo antes de intentar una formulación de la misma en términos conceptuales. Cuando intenta una primera formulación muchas veces considera lo que ha dicho y entonces dice: “¡Sí, eso es!” o: “No, no es así”. Con frecuencia no sabe cómo lo que dijo difiere de lo que siente, pero sabe que es diferente. En estos ejemplos resulta claro que la persona se refiere directamente a su experienciación, y está verificando sus primeras formulaciones conceptuales rudimentarias con respecto a su experienciación presente. De esta manera la experienciación presente guía las conceptualizaciones.

Hasta ahora dije que la experienciación se siente, que ocurre en el presente inmediato, que el individuo se refiere directamente a ella como un dato en su propio campo fenomenológico, y que guía sus formulaciones conceptuales por dicha referencia directa.

5) La experienciación es implícitamente significativa

El hecho de que la referencia directa a la experienciación pueda guiar la conceptualización alude a una quinta característica: la experienciación es implícitamente significativa. El significado implícito solo se siente, y puede no hacerse explícito sino hasta más adelante. Sin embargo, este significado implícito puede guiar la conceptualización.

Aquí hay algo que llamamos una “sensación”, algo sentido físicamente, aunque más tarde el individuo dirá que ciertos conceptos ahora representan con precisión esa *sensación*. La sensación, dirá, *era* esto y lo otro todo el tiempo, pero él no lo sabía. Solo lo sentía. Lo sentía de una manera tan única y específica que, al referirse directamente a ella, gradualmente podría llegar a conceptualizarla. Esto quiere decir que la sensación era implícitamente significativa. Tenía un significado distintivamente diferente de otras sensaciones y significados, pero su significado era sentido más que conocido en símbolos explícitos.

Si puedo hablar de “significado sentido”, por supuesto que estoy usando el término “significado” en un sentido muy especial. Este “significado” es algo diferente del sentido en el cual los conceptos o las palabras tienen significado. He aquí un ejemplo de la diferencia. *Un* concepto o *una* palabra tiene un solo significado unívoco, mientras que *una* sensación con frecuencia contiene implícitamente numerosos significados conceptuales diferentes. Como ocurre

con un símbolo en un sueño, *un* dato sentido puede dar origen a numerosas conceptualizaciones complejas. Un consultante en terapia puede trabajar con un referente sentido que contiene numerosos significados complejos implícitos que pueden llegar a ser conceptualizados solo mucho más tarde.

El siguiente es un ejemplo de cómo llega a conceptualizarse el significado sentido *implícito*.

Una persona puede decir: “Tengo que ir a una reunión esta noche, pero por alguna razón no quiero ir”. Ahora bien, a partir de este contenido verbal, *nosotros* no tenemos manera de llegar a por qué no quiere ir. Solo *esa persona* tiene forma de llegar a las sensaciones y la vía es a través de la referencia directa a su experienciación presente sobre ella. Cuando la persona se refiere directamente a su experienciación presente, puede decir: “Bueno, no sé *qué es*, pero estoy seguro de que no quiero ir”. Puede continuar refiriéndose a su experienciación presente y esta puede cambiar incluso sin una formulación conceptual adicional. O, a medida que continúa refiriéndose a ella, puede decir: “Hhmmm, no quiero ir porque fulano de tal estará allí y se va a poner a discutir conmigo y yo odio eso, me molesta mucho”. Este contenido verbal habrá surgido para la persona a partir de un referente directo; un lidiar inmediato con su experienciación presente. Pero este tampoco es todo el significado que podría surgir a medida que lidia con su experienciación presente. Un poco más tarde puede decir: “Oh, no es que odie discutir con fulano; en realidad me encanta discutir con él, pero tengo miedo de que se burle de mí cuando me acaloro con la discusión”. En este ejemplo, el individuo forma conceptos sobre la base de la referencia directa a su experienciación. No solo está usando ciertos conceptos que dicen con precisión algo sobre él. No está deduciendo de su conducta que tiene miedo de ser ridiculizado. Más bien, forma las conceptualizaciones sobre la base de la referencia directa a su experienciación presente.

En la medida en que se refiere directamente al dato sentido a partir del cual brotan todas estas verbalizaciones, la persona encuentra aspectos nuevos que ahora puede diferenciar, todos los cuales estaban implícitamente contenidos en su no querer ir a la reunión. Puede estar sintiendo todo el tiempo con intensidad y trabajando su miedo a ser ridiculizado y sus sentimientos de inadecuación. Podría escribirse un libro acerca de todos los significados implícitamente contenidos en este único dato de referencia directa a la experienciación con el cual ahora está trabajando. A pesar de no estar conceptualizados, todos estos significados pueden estar en proceso de cambio. Dichos significados se sienten como un simple “me siento de esta manera”; los significados implícitos pueden ser complejos, múltiples, y pueden contener toda clase de percepciones y diferenciaciones entre circunstancias, pasadas y presentes. Por eso, la experienciación presente es un dato sentido implícitamente significativo.

6) *La experienciación es un proceso organísmico preconceptual*

Me gustaría distinguir el significado implícito sentido de lo que habitualmente se denomina “inconsciente” o “negado a la consciencia”.⁶ El significado implícito suele no ser conceptualizado en consciencia. Sin embargo, la experienciación del dato sentido es consciente. Solo porque es consciente, el consultante puede sentirlo, referirse a él, hablar de él, intentar conceptualizarlo, y verificar la precisión de sus conceptualizaciones contrastándolas con él. El significado implícito de la experienciación se siente en consciencia, a pesar de que los múltiples significados complejos de dicha sensación pueden no haber sido conceptualizados antes.

Los múltiples significados implícitos de la experienciación de un momento dado no son antes conceptuales y luego reprimidos. Más bien, debemos considerar estos significados como preconceptuales, conscientes pero todavía indiferenciados.

Los eventos preconceptuales en el organismo pueden tener significado porque todos los eventos organísmicos ocurren en patrones de interacción organizados en los entornos biológico e interpersonal. De esta manera, como señala Harry Stack Sullivan (1953, p. 186): “Toda experiencia humana es simbólica”. La compleja organización del organismo es en parte biológica y en parte interpersonal. Existe desde el nacimiento, pero también es modificada por los condicionamientos y aprendizajes subsiguientes. Entonces, cualquier evento del organismo es simbólico de sus interrelaciones organizadas con otros eventos y procesos de vida e interacción. De ahí que un tal evento puede representar implícitamente “o significar” múltiples aspectos complejos de muchos otros eventos. Por lo tanto, los datos sentidos directamente de la experienciación presente tienen significado preconceptual implícito.

El proceso de cambio terapéutico incluye esta experienciación organísmica directamente sentida e implícitamente significativa. En el proceso terapéutico, algunos pocos significados diferenciados juegan un papel importante. Sin embargo, los procesos organísmicos juegan también un papel vital, ya que estos son sentidos en cualquier momento dado. Constituyen un dato interior presente, un referente directo. El cambio terapéutico no se relaciona solamente con aquellos pocos significados conceptuales que el individuo piensa o pone en palabras. El cambio terapéutico ocurre como resultado de un proceso en el cual los significados implícitos están en la consciencia, se sienten intensamente, se refieren directamente a ellos, y cambian, sin siquiera haber sido puestos en palabras. Así, el proceso terapéutico incluye la experienciación.

6 *consciencia*: Traducción de *awareness*, empleado en inglés por diversos autores humanistas.
(Nota del revisor técnico)

Las características de la experienciación mencionadas son: 1) la experienciación es un proceso de *sentir* 2) que ocurre en el presente *inmediato*. 3) Los consultantes pueden *referirse directamente* a la experienciación. 4) Al formular las conceptualizaciones, los consultantes son *guiados* por la experienciación. Las primeras conceptualizaciones rudimentarias pueden ser verificadas contrastándolas con la referencia directa a la experienciación. 5) La experienciación tiene *significados implícitos*. 6) Estos son preconceptuales. La experienciación es un proceso organísmico concreto, sentido en consciencia.

Respuestas terapéuticas

Si es cierto que los terapeutas observan y hablan en terapia sobre la función que estoy llamando *experienciación*, entonces esta formulación debería ayudar a plantear el objetivo de las respuestas terapéuticas y contribuir a explicar cómo estas logran su propósito. Permítanme intentar exponer el objetivo y el efecto de dos tipos de respuestas terapéuticas en términos de la función de la experienciación en el proceso terapéutico.

Intentaré mostrar que tanto las respuestas centradas en la persona como las interpretaciones pueden ser descritas de una manera que las haga parecer efectivas, o de modo que parezcan inefectivas. Intentaré mostrar que, cuando se dice que las respuestas terapéuticas son efectivas, es porque maximizan el papel de la experienciación en el proceso terapéutico.

Las respuestas centradas en el consultante a veces son descritas como meras repeticiones de lo que el consultante dice. Según esta descripción, el terapeuta no agrega nada a lo que la persona está diciendo. Dicha descripción hace que las respuestas centradas en el consultante parezcan vacías. Los terapeutas centrados en el consultante no solo repiten. Pero, porque también quieren enfatizar que no interpretan, es difícil formular con exactitud lo que realmente hacen. Aplicando lo que dije sobre la experienciación, creo que sería cierto decir que una buena respuesta centrada en el consultante formula⁷ el significado sentido, implícito, de la experienciación presente del consultante. En su máxima expresión, la respuesta centrada en el consultante formula algo que todavía no ha sido formulado del todo, o completamente conceptualizado. Formula aquello de lo que el consultante está consciente, pero no conceptual o verbalmente consciente. Formula el significado al que el consultante ha estado intentando llegar a través de varias y diversas verbalizaciones. En resumen, creo que la respuesta óptima centrada en el consultante intenta referirse a, y formular, la experienciación

7 *formular*. Traducción de *formulate*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

sentida presente del consultante. De esta forma ayuda al consultante a formularla, y a referirse directamente a ella, de manera que puedan procurarse mejores y más diferenciadas conceptualizaciones, y así el consultante pueda percibir su sensación presente de manera más profunda e intensa.

Intenté contrastar una descripción vacía e inadecuada de una respuesta centrada en el consultante con lo que considero una descripción precisa. Esta descripción precisa requiere la noción de la experienciación como un referente directo consciente, sentido, e implícitamente significativo.

Permítanme intentar el mismo tipo de comparación en el caso de la interpretación. Una descripción pobre y vacía de la interpretación, creo, sería que la interpretación explica al paciente algo de lo cual él está inconsciente. El paciente es inconsciente del asunto, presuntamente porque sus defensas hacen imposible la conciencia directa. Por lo tanto, el paciente puede obtener beneficio de tal interpretación solo en un sentido intelectual. El mero concepto no vence las defensas emocionales. Por lo tanto, el paciente se va a su casa solo con un concepto. En lugar de ayudar al paciente, el terapeuta deja que lidie por sí mismo con las emociones y defensas.

Obviamente esto describe la terapia interpretativa tal como era antes de que Freud descubriera que la comprensión intelectual no es suficiente. Una interpretación efectiva de alguna manera debe ayudar al paciente a abordar la experienciación interna a la cual se está refiriendo la interpretación. ¿Cómo lo ayuda a lidiar con la experienciación? Fenichel (1945), en *La teoría psicoanalítica de la neurosis*, dice:

Como la interpretación significa ayudar a que algo inconsciente se vuelva consciente nombrándolo en el momento en que lucha por aparecer, las interpretaciones efectivas pueden ser dadas solo en un punto específico, es decir, en el que el interés inmediato del paciente está momentáneamente centrado.

En otras palabras, una interpretación efectiva es aquella que se refiere solo a aquel dato en el cual está centrado el interés del paciente, o, como yo lo diría, una interpretación efectiva se refiere a la experienciación presente a la cual el paciente se está refiriendo directamente en este preciso momento. También, una interpretación efectiva nombra o trata de conceptualizar el significado *implícito* que, a pesar de *ser sentido ahora* y que ahora lucha por surgir, todavía no ha emergido por completo.

Intenté mostrar que cuando los métodos terapéuticos se simplifican y critican exageradamente, por lo general se los describe a gusto, omitiendo la experienciación. Esto los hace parecer puramente conceptuales. Las respuestas centradas en el consultante pueden ser simplificadas de manera exagerada como

meras repeticiones de los conceptos de este. Las interpretaciones pueden ser simplificadas de manera exagerada como meras intelectualizaciones. Por otro lado, se dice que estas respuestas son efectivas cuando pueden intensificar el papel de la experienciación en el proceso terapéutico. Se refieren a la experienciación presente del individuo. Intentan nombrar con precisión aquello de lo que es consciente y siente, pero que no ha conceptualizado totalmente. Ayudan al individuo a referirse a un dato interior presente que, a pesar de sentir en consciencia, no conoce conceptualmente.

Creo que cuando estos tipos de respuestas terapéuticas logran su objetivo, en la práctica son bastante similares entre sí. Permítanme ahora procurar describir dicha respuesta en términos que no pertenecen a ninguna orientación específica. Una respuesta terapéutica efectiva se refiere a aquello de lo que el individuo ahora está consciente. Sin embargo, no se refiere solo a sus palabras o pensamientos. Más bien, se refiere al dato sentido presente, a su experienciación presente. Presumiblemente, las palabras y gestos del individuo son intentos de expresar, implicar, llegar a, este dato sentido presente. La respuesta no siempre será capaz de enunciarlo con precisión, pero siempre puede referirse a él. Aun antes de que se haga claro el significado implícito de una experienciación presente, ambas personas pueden referirse a él, las dos pueden llamarla “esta sensación es así o así”, o “todo este problema con tu madre” o, “a lo que estás tratando de llegar parece ser algo atemorizante”, o palabras similares que obviamente se refieren a *esto* en el individuo, aquello a lo cual se refiere directamente ahora. Entonces, una respuesta terapéutica efectiva tiene el objetivo de referirse directamente a la experienciación presente de la persona y ayudarla a ella a hacerlo. Dicha respuesta ayuda al individuo a sentir con más intensidad esta experienciación presente, para lidiar con ella, afrontarla, tolerarla y procesarla. Lo ayuda a poner el significado implícito de la experienciación en conceptos que lo plantean con precisión.

Está claro que las respuestas del terapeuta, cuando se refieren a la experienciación presente y la nombran, no son deducciones teóricas acerca del consultante. Más bien, se refieren a un significado implícito del cual el consultante está directamente consciente ahora y que comunica por implicación. Cuando las respuestas se refieren a la experienciación y la nombran, tienen “profundidad”, porque lo que el consultante siente ahora suele ser mucho más de lo que sus palabras expresan de modo explícito. Es un tipo de profundidad que está totalmente en la consciencia del consultante, pero de una manera sentida más que conceptual.

Intenté ofrecer una formulación teórica del papel de la experienciación en el proceso terapéutico y de mostrar cómo este papel está implícito en el objetivo de las respuestas terapéuticas efectivas.

Investigación

Me gustaría ahora tratar de los índices operacionales que hasta ahora se han usado para probar las hipótesis relativas a la experienciación. Los estudios que citaré no se presentan como informes de investigación. Tienen la intención de ilustrar que, a pesar de que la teoría de la experienciación formula fenómenos subjetivos, conduce a la investigación operacional empleando técnicas e instrumentos comúnmente conocidos.

Los instrumentos utilizados se han desarrollado durante los últimos diez años para medir los resultados de la psicoterapia. Además de las mediciones de la personalidad, incluyen la selección Q,⁸ las escalas de rangos y otras maneras de cuantificar los aspectos subjetivos de la psicoterapia. Aunque estos instrumentos se usan en modalidades nuevas, su carácter operacional básico no se ve alterado por la teoría de la experienciación.

Los índices de experienciación son observados por los consultores. Así, una vía de investigación utiliza las escalas de rangos por los consultores de sus observaciones de los consultantes durante la terapia. Los puntajes en estas escalas se correlacionan luego con otras mediciones. Otra vía de investigación es el informe cuantificado del propio consultante de su experienciación en una escala de selección Q consistente en descripciones de sus experiencias en terapia. Una tercera vía es una clasificación de las verbalizaciones grabadas de las horas de terapia. Los índices de experienciación encontrados en las cintas pueden ser correlacionados con las mediciones de cambio de la personalidad.

La hipótesis básica derivada de la teoría es: mientras mayor es el papel desempeñado por la experienciación durante las horas de terapia, mayor será el cambio terapéutico y el éxito en el resultado de la terapia. El cambio y el resultado se cuantifican a través de mediciones tradicionales de la personalidad, tales como el TAT, el Rorschach, o el MMPI, y las evaluaciones de éxito de los consultores después de la terapia. El papel desempeñado por la experienciación durante la terapia ha sido medido en términos de los índices operacionales de tres de las características mencionadas de la experienciación:

- a) la inmediatez de la sensación (característica 2) en comparación con el afecto pospuesto
- b) referencia directa a datos directamente sentidos (característica 3) en contraste con contenido externo o cognitivo.

8 *selección Q*: Traducción de *Q-sort*, empleado en inglés por Stephenson, quien la desarrolló.
(Nota del revisor técnico)

c) sensaciones no comprendidas todavía pero que guían la formulación del individuo de nuevos conceptos acerca de sí mismo (característica 4).

En cada uno de los siguientes proyectos de investigación la hipótesis es que el grado de cambio terapéutico se correlaciona con el grado en el cual se observa un índice operacional de una característica de experienciación durante la terapia.

a) La inmediatez de la experienciación

En un estudio de Gendlin, Jenney & Shlien (1956) los consultores cuantificaron sus observaciones de los consultantes durante la terapia utilizando varias escalas de rangos de 1 a 9. Estos puntajes luego se correlacionaron con las estadísticas de éxito de los consultantes. Se encontró que los puntajes de éxito *no* se correlacionaban en absoluto con las escalas que se referían al contenido verbal. No había diferencia si los consultantes hablaban principalmente de eventos pasados o presentes. Por otro lado, los puntajes de éxito correlacionaban con una escala de rangos de la inmediatez. Los puntajes de éxito se asignaron a aquellos consultantes en quienes se observó que, durante la terapia, expresaban con más frecuencia sentimientos directamente y con *inmediatez*, más que limitarse a hablar *sobre* los sentimientos.

La inmediatez de la experienciación también se mide a través de la Escala de Proceso de Rogers (Rogers, 1958; Walker, Rogers & Rablen, 1958). Una parte de esa escala sitúa en rangos material grabado de entrevistas en un continuo entre los polos que van desde la “lejanía de la experienciación” hasta la “experienciación en el presente inmediato (...) como un referente claro y utilizable”.

b) Referencia directa a la experienciación

Zimring diseñó un sistema de clasificación de las verbalizaciones de los consultantes para medir la referencia directa a la experienciación. Las categorías incluyen la referencia directa a datos sentidos en el presente pero no conocidos *cognitivamente*, así como otros tipos de referencias. El sistema de clasificación se aplica a entrevistas grabadas de terapia, y los puntajes pueden ser correlacionados con mediciones de cambio de personalidad para probar la predicción de que aquellos consultantes que presentan los mayores índices de referencia directa mostrarán el mayor cambio terapéutico.

c) Las sensaciones guían la formulación de conceptos

Se diseñó una selección Q para medir el grado en el cual la experienciación de un consultante durante la terapia guía su formulación de conceptos. La selección Q consistía en treinta y dos tarjetas con afirmaciones que describen experiencias que muchos consultantes tienen durante las sesiones de terapia. Cada afirmación describe una experiencia que involucra fuertes sentimientos todavía no comprendidos, o esfuerzos por comprender sentimientos desconcertantes presentes durante la terapia. La selección Q fue administrada a los consultantes durante y después de la terapia. Los resultados preliminares muestran que en esta selección Q los puntajes de éxito de los consultores correlacionan significativamente con los puntajes de los consultantes en esta selección Q. El resultado es un indicio preliminar de que los consultantes tienen éxito en terapia si experimentan con frecuencia sentimientos inmediatamente presentes que todavía no comprenden.

Las escalas de rangos, las selecciones Q y las clasificaciones de las respuestas verbales utilizadas por consultores, consultantes y jueces pueden definir formulaciones cuantitativas operacionales de las características de la experienciación. Por eso, aunque teóricamente el término experienciación se refiere al proceso de sentir *subjetivo* al que el individuo se refiere privadamente, la teoría conduce a hipótesis operacionales que pueden ser probadas por medio de observación objetiva cuantitativa.

Este trabajo introduce algunos de los conceptos teóricos (Gendlin, 1962) de la constante investigación sobre la experienciación. Muchos de los conceptos básicos fueron originados y desarrollados en colaboración con Fred M. Zimring (Gendlin & Zimring, 1955). Todo el enfoque fue desarrollado a partir del trabajo de Carl R. Rogers.

Estos comienzos de la investigación muestran que es posible medir la relación entre el resultado de la terapia y los índices de experienciación, tal como esta funciona en el proceso terapéutico. Por lo tanto, la investigación operacional relativa a la función de la experienciación en el proceso terapéutico es posible.

Conclusión

La experienciación es una variable del proceso de cambio terapéutico. Es un proceso de sentir, más que de conceptos. Ocurre en el presente inmediato y el individuo puede referirse directamente a él como un dato sentido en su campo fenomenológico. La experienciación guía la conceptualización en el consultante, y tiene un significado implícito que es organísmico y pre conceptual. El cambio ocurre en la terapia incluso antes de que el consultante tenga conceptos precisos

para representar los sentimientos a los cuales el consultante se refiere directamente. La experienciación está en la consciencia, pero es sentida más que conocida conceptualmente. La experienciación puede tener implícitamente múltiples significados complejos, todos los cuales pueden estar en el proceso de cambio aún cuando la persona se refiera directamente a ellos como “me siento de esta manera”.

Cuando las respuestas terapéuticas, tanto las centradas en el consultante como las interpretativas, se consideran efectivas, esto ocurre porque presumiblemente intensifican la función de la experienciación en la terapia.

La investigación operacional ha comenzado a probar la importancia de la función de la experienciación en el cambio terapéutico a través de la correlación de los índices observables de la experienciación con otras medidas de la terapia.

Referencias

- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York: Norton. Traducción española: (1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. Nueva York: Norton.
- Gendlin, E. T. & Zimring, F. (1955). The qualities or dimensions of experiencing and their change. *Counseling Center Discussion Papers*, 1(3).
- Gendlin, E. T.; Jenney, R. H. & Shlien, J. M. (1956). *Counselor ratings of process and outcomes in client-centered therapy*. Informe a la American Psychological Association Convention.
- Gendlin, E. T. *Experiencing and the creation of meaning* (1962). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. New York, New York, USA: Free Press of Glencoe.
- Rogers, C. R. (1958). A process conception of psychotherapy. *American Psychologist*, 13(4), 142-149. Traducción española: (1972). Una concepción de la psicoterapia como proceso. En *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica* (pp. 117-146). Buenos Aires: Paidós.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton. Traducción española: (1974). *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires: Psique.
- Walker, A., Rogers, C. R. & Rablen, R. (1958). *Development and application of a scale to measure process changes in psychotherapy*. Informe a la American Psychological Association Convention. Washington, Distrito de Columbia.

COMENTARIOS PARA ACOMPAÑAR A EXPERIENCIACIÓN: UNA VARIABLE EN EL PROCESO DE CAMBIO TERAPÉUTICO^{1 2}

Eugene T. Gendlin

Gran parte de los cincuenta años de investigación, filosofía y teoría psicológica que siguieron al artículo anterior pueden encontrarse en <http://www.focusing.org/gendlin/> .

Publicaciones posteriores seleccionadas

- Gendlin, E. T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning*. Nueva York: Free Press of Glencoe.
- Gendlin, E. T. (1986). *Let your body interpret your dreams*. Wilmette, Illinois: Chiron Publications. Traducción española: (2001). *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Nueva York: Guilford Press. Traducción española: (1999). *El focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gendlin, E. T. (1997). *A process model*. Spring Valley, Nueva York: The Focusing Institute. (Disponible en <http://www.focusing.org/process.html>). Traducción española: Riveros, E. (Ed.). (2009). *Un modelo procesal: Parafraseando a Eugene Gendlin Ph.D.*. Quito: Instituto Ecuatoriano de Focusing.

1 Trabajo original. Comentarios elaborados por Gene Gendlin para este libro, recibidos el 21 de agosto de 2010. (Nota del revisor técnico)

2 Agradezco a Eduardo Blacher, Flor Sassoli y Edgardo Riveros las opiniones recibidas sobre la traducción adecuada de algunos de los términos incluidos en este trabajo. La responsabilidad total de la decisión final es del revisor técnico. (Nota del revisor técnico)

Levin, D. M. (Ed.). (1997). *Language after postmodernism: Fourteen commentaries on the philosophy of Eugene Gendlin, and Gendlin's replies*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.

Nuevos conceptos derivados

- *Implicación, implicar*:³ La contribución del organismo al siguiente suceso ambiental cercano.
- *Multiplicidad no separada*:⁴ Un embrollo precisamente ordenado, previo a unidades separadas.
- *Funcionamiento implícito*:⁵ Muchas características definibles de cómo funcionan los eventos orgánicos.
- *Llevar adelante*:⁶ Ni lo mismo ni diferente; más bien una continuidad novedosa que es generada.
- *Proceso cuerpo-ambiente*:⁷ Genera estructura corporal, percepción y cognición.
- *Ambiente*:⁸ Una palabra que puede tener cuatro significados.
- *Versionar*:⁹ La percepción y la cognición son *versiones* del proceso cuerpo-ambiente.
- *Venida*:¹⁰ La manera corporal en la que *vienen* las palabras, los pensamientos, las imágenes, la ira, la risa, el orgasmo y el sueño.
- *Escucha reflexiva*:¹¹ Hace posible que los próximos pasos en el consultante vengan de un nivel implícito más profundo.

3 *implicación, implicar*: Traducción de *implying*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

4 *multiplicidad no separada*: Traducción de *un-separated multiplicity*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

5 *funcionamiento implícito*: Traducción de *implicit functioning*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

6 *llevar adelante*: Traducción de *carrying forward*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

7 *proceso cuerpo-ambiente*: Traducción de *body-environment process*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

8 *ambiente*: Traducción de *environment*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

9 *versionar*: Traducción de *versioning*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

10 *venida*: Traducción de *coming*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

11 *escucha reflexiva*: Traducción de *reflective listening*, empleada en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

- *Generalidades de cultura*:¹² Todo individuo vive corporalmente en un mundo único más allá de la cultura.

Sensación sentida¹³

Una persona puede atender no solamente a sensaciones familiares sino también a un “todo eso” más amplio que viene, si uno presta atención a la pregunta: “¿Cómo es *todo eso* (la cosa toda) en el medio de mi cuerpo ahora?”.

Cuando viene el sentido corporal de “todo eso”, parece haber estado allí todo el tiempo, pero en realidad *este* sentido acaba de formarse en ese momento. Viene en respuesta a la atención.

Lo que viene *lleva adelante* lo que *estaba* allí antes. Entonces, después de un minuto, la persona dice “¡Oh! ... algo sobre esto es que...” o, “Oh, lo que esto realmente es, es...”, estos pasos de claridad creciente *llevan adelante* lo que *estaba* allí.

Cuando tratamos de hablar desde una *sensación sentida*, solemos rechazar las primeras oraciones que vienen, porque la sensación sentida es más precisa de lo que las frases dicen. Dos tipos de precisión están involucradas: la precisión de lo que el lenguaje dice, y la precisión implícita de esa articulación.

Una sensación sentida puede venir porque nuestros cuerpos están viviendo en interacción en ese contexto (esa situación, esa discusión, ese detalle...). Esta es la razón por la cual la sensación sentida trae mucho más de lo que ya sabemos o podemos inferir. Conducta, percepción, lenguaje y pensamiento son interacciones cuerpo-ambiente.

El “ambiente” no es solo lo que un observador ve desde afuera. El cuerpo se siente a sí mismo desde dentro, como una interacción ambiental implícitamente embrollada.

Focalización¹⁴

Lo que llamamos “focalización” es destinar tiempo a prestar atención a algo significativo pero poco claro, sentido directamente pero todavía no conocido.

12 *generalidades de cultura*: Traducción de *generalities of culture*, empleada en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

13 *sensación sentida*: Traducción de *felt sense*, empleada en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

14 *focalización, focalizar*: Traducción de *focusing*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

Puede venir algo más profundo que los sentimientos conocidos. Entonces uno lo siente directamente. Quizás uno pierde contacto con ello, y luego vuelve a encontrarlo. Está justo ahí. Un pequeño paso viene de ello, y luego otro y otro hasta que se abre con un gran “¡Oh...!” y un cambio sentido y un alivio en el cuerpo. Los terapeutas de cualquier orientación se alegran cuando los consultantes focalizan y encuentran nuevos pasos desde un nivel más profundo. La focalización la hace el consultante.

Las *instrucciones* para la focalización son dadas por el terapeuta o por un maestro de focalización. La focalización puede enseñarse dentro o fuera de la terapia, todo de una vez o muy gradualmente. Lo que importa es trabajar con más que conceptos y sensaciones familiares.

El terapeuta puede ofrecer pequeñas invitaciones a focalizar. Por ejemplo, puede referirse a lo que consultante dijo como “Algo allí en ti, que ...”. O, cuando lo que mi consultante dice parece importante, puedo señalar mi pecho y estómago y preguntar: “¿Qué viene de aquí para ti, justo ahora, cuando dices eso?”. En algunos consultantes algo viene, y la terapia inmediatamente se profundiza. Si no, desecho la pregunta y vuelvo al contenido.

Cuando el consultante sigue adelante, y pasa algo importante, puedo referirme a ello y decir “Quédate con eso por un momento”. Cuando algo es doloroso o amenazante, puedo decir : “No te escapes ni presiones. *Solo quédate cerca de eso*”. El consultante puede parecer perplejo, y luego encontrar, un momento más tarde, el lugar “cerca de”. Una vez que descubre un “cerca de”, el consultante siempre puede encontrar ese lugar seguro.

La focalización va bien con la escucha reflexiva. Cuando el consultante da vueltas en círculo, podemos intentar cualquier otra cosa, siempre y cuando respondamos inmediatamente reflejando la reacción del consultante.

La focalización encaja en cualquier método terapéutico. Hace cualquier enfoque más efectivo. Pero la focalización sola no es terapia. La terapia requiere responsabilidad continua para una respuesta empática consistente, consideración positiva y hábil interacción genuina.

Recientemente se está enseñando la focalización a poblaciones completas como una dimensión psicosocial, junto con técnicas de higiene y de agricultura. Los aldeanos aprenden a dar la bienvenida a sensaciones intensas como “huéspedes”, sentándose, entrando en silencio, sabiendo que vendrá algo más profundo. Véanse Afganistán, San Salvador y Ecuador en www.focusing.org .

¿QUÉ ES COUNSELING?^{1 2}

Manuel F. Artiles

Me toca dar una idea y hacer cierta conceptualización que nos ayude a desentrañar qué es esto de *counseling*,³ interpretar qué es lo que intentamos hacer, cuál es nuestro pensamiento, el tipo de servicio que estamos tratando de brindar.

Esta palabra *counseling* tiene su particularidad. En el idioma inglés es un gerundio que nos indica algo ya sugestivo: una noción de acción temporal en continuidad. Esa palabra existe en los Estados Unidos de América (EE.UU.) adosada a la actividad peculiar que vamos a explicar y ha sido traducida al francés y al español.

La usamos ciertamente no por prurito de extranjerismo, sino porque en realidad *counseling* es actualmente una palabra técnica, pero de todas maneras cuando se escribe sobre *counseling* se intentan traducciones. Hemos consultado y pensado esto, y hemos visto que es mejor no traducirla. Si, por ejemplo, usamos otras palabras, como *stress*,⁴ podemos también aceptar como un término técnico la palabra *counseling*.

En español, cuando se traduce, se la da como orientación psicológica o relación orientadora; lo que pasa es que esas palabras no dan cuenta totalmente de lo que quiere decir *counseling*.

Los franceses la han traducido como *relation d'aide* (relación de ayuda), pero hay distintas relaciones de ayuda, por lo cual la expresión resulta poco precisa.

Vamos a dar ciertas definiciones que pueden ayudarnos a desentrañar esto.

1 Fuente: Artiles, M. F. (1981). ¿Qué es “*counseling*”? (Exposición en el acto inaugural de Counseling: Centro de Orientación Psicológica y Desarrollo de la Personalidad, 10 de abril de 1981). Buenos Aires: Centro de Orientación Psicológica y Desarrollo de la Personalidad.

2 Dado el carácter histórico de la exposición, se respetan los términos y expresiones empleadas por el autor; diversas notas al pie señalan la terminología empleada en el resto de la obra. Las traducciones de las citas son del autor. Se añaden las traducciones de los términos y expresiones empleadas originalmente en inglés y las referencias de las fuentes mencionadas por el autor. (Nota del revisor técnico)

3 *counseling*, empleado por el autor; en el resto de la obra se traduce por *consultoría*. (Nota del revisor técnico)

4 *stress*, empleado por el autor; en el resto de la obra se traduce por *estrés*. (Nota del revisor técnico)

Carl Rogers dice: “es una relación definidamente estructurada y permisiva que permite al sujeto (cliente)⁵ comprenderse mejor a sí mismo, de tal manera que pueda ir dando pasos positivos a la luz del nuevo enfoque que quiere dar a su vida”, y esto lo dice en 1942, cuando comienza a elaborar más su pensamiento; lo expresa en un libro que justamente se llama *Counseling and Psychotherapy*; usa las dos palabras: *counseling* y psicoterapia.

La española Elvira Repetto (1977), que es psicóloga y psicopedagoga, y se formó también en EE.UU., habla de *counseling* en un libro muy importante que se llama *La personalización en la relación orientadora*; allí dice lo siguiente:

Proceso de ayuda a un sujeto para que, conociéndose a sí mismo, y a la realidad en que vive, sepa hacer elecciones prudentes y se comprometa con las decisiones tomadas, de tal modo que logre la integración de su personalidad y el cambio requerido en su conducta, su efectividad como ser humano y su maduración como persona.

Un discípulo de Rogers, Charles Curran (1952), da una larga definición que contiene elementos sugestivos:

Una relación definida, en donde por medio de la comprensión empática del consultor y de repuestas precisas, una persona pasa revista objetivamente a los factores del pasado y presente que confluyen en sus confusiones y conflictos personales presentes, y al mismo tiempo reorganiza sus reacciones emocionales, de modo que no solo elige los mejores caminos para alcanzar sus metas razonables, sino que también tiene la suficiente confianza, coraje y moderación para actuar en estas elecciones.

Estas definiciones nos aproximan, nos dan una idea del sentido, pero creo que nos ayudarán mucho más si podemos recurrir a ciertos elementos concretos.

En los Estados Unidos hay dos carreras distintas en las facultades y en las universidades de psicología. Una carrera es la de psicología clínica, otra es la de *counselor*,⁶ de aquel *que hace counseling*. Hay, por lo tanto, carreras de *counseling* y de psicología clínica, con programas de formación específica y diferentes. Existen cien facultades en EE.UU. dedicadas a *counseling* y patrocinadas por la Asociación Psicológica Americana (APA).⁷ Además, existen doscientas cincuenta

5 *cliente*, empleado por el autor; en el resto de la obra se traduce por *consultante*. (Nota del revisor técnico)

6 *counselor*, empleado por el autor; en el resto de la obra se traduce por *consultor*. (Nota del revisor técnico)

7 *Asociación Psicológica Americana (APA)*. Traducción de *American Psychological Association (APA)*, nombre de la asociación en inglés. (Nota del revisor técnico)

universidades de educación, de psicología y de pedagogía, que tienen sus Escuelas de *Counseling* aunque no estén patrocinadas por la APA. Como actividad concreta hay unas trescientas agencias o consultorios donde se hace *counseling* en forma privada también en los EE.UU.

Más cercanamente tenemos otro ejemplo: en la Universidad Iberoamericana de México, en la cual existe el Departamento de Desarrollo Humano, donde se da el título de Maestría en Orientación y Desarrollo Humano, una actividad también especificada. Igualmente existe el doctorado, con lo cual se puede ser *Maestro* o Doctor en Orientación y Desarrollo Humano; los mexicanos traducen *counseling* por orientación.

En la revista *Temario Psicopatológico*, dirigida por el Dr. Materazzi, hay un artículo titulado: “Una respuesta al problema de la higiene mental. Programa de orientación y desarrollo humano”, del Dr. Ricardo Blanco Beledo (Blanco & Segrera, 1979). Es una comunicación hecha al Congreso Mundial de Psicología realizado en Hawai en septiembre de 1977, y ahí el Dr. Beledo nos va a decir una serie de cosas interesantes que citaré brevemente.

El concepto de educación –expresa– ha trascendido los límites de lo institucional del sistema educativo; se ha visto la necesidad de una educación permanente en todos los ámbitos de la actividad humana. Del mismo modo se ha constatado la necesidad de facilitar el mantenimiento y el desarrollo de la Higiene Mental, por parte de los técnicos en salud en los términos antedichos (...)

En esa perspectiva de conjunción interdisciplinaria aparece el Programa de Postgrado en Orientación y Desarrollo Humano de la Universidad Iberoamericana. Su objetivo es el entrenamiento de diversos especialistas que, proviniendo de diferentes profesiones, sienten la necesidad de promover el desarrollo humano, favoreciendo individual y grupalmente una mayor estabilidad emocional y el creciente aprovechamiento de todos los recursos potenciales de las personas.

En otro párrafo dice:

La actividad teórica y práctica del Dr. Carl Rogers y de muchos adherentes al enfoque centrado en la persona en psicoterapia ha ido generando múltiples experiencias –la nuestra, por ejemplo- a la par de investigaciones

en el terreno de la educación, iniciando una fuerte conjunción entre la Corriente Humanista en psicología y la educación.

Más adelante dice: “la base teórica del actual programa es esencialmente interdisciplinaria recibiendo un aporte primordialmente de la psicología humanista con énfasis especial en el pensamiento de Rogers”. En otro párrafo leemos:

Las actividades experienciales de la formación van encaminadas a proporcionar a los participantes una vivencia personal de crecimiento y cuestionamiento propios, que les permitan evaluar en sí mismos los resultados de los elementos teóricos y empíricos que deberán aplicar en su trabajo. (...)

El modelo del orientador que buscamos formar partiría de las actitudes originalmente propuestas por Rogers, posteriormente corroboradas por diversos autores.

O sea, el panorama es amplio y personalmente he tenido comunicación epistolar con la Universidad Iberoamericana y obtenido así el programa de estudios del título de Orientador en Desarrollo Humano como carrera de postgrado. Leo el título de algunas de las materias:

- Bases psicológicas del desarrollo humano
- Alteraciones del desarrollo humano
- Bases socio-culturales del desarrollo humano
- Bases antropológico-filosóficas del desarrollo humano
- Grupo de crecimiento personal
- Fundamentos del desarrollo humano
- Teoría del enfoque centrado en la persona
- Teoría y técnica de dinámica de grupos
- Teoría y técnica de la entrevista
- Orientación personal
- Grupo de encuentro
- Teoría y técnicas Gestalt
- Teoría del funcionamiento de organizaciones, etcétera.

Esta carrera tiene su forma específica, su programa y su título diferenciado. Está fundamentalmente orientada a lo que se denomina: la educación permanente, no ya a nivel de conocimientos, sino de la educación permanente de la conducta grupal e individual.

Nuestro objetivo está en el área de la educación social y de la psicohigiene; intentamos entrar en este cuadro de referencia y ubicamos lo que es *counseling* en los términos de la educación de la conducta individual y grupal; por eso la palabra *counseling* habla de un proceso que no es meramente la entrevista de orientación. La entrevista individual o grupal forma parte de algo más amplio, puede advertirse esto en las materias que se estudian en la carrera de México.

El concepto mismo de *counseling* contenido en la palabra está dando cuenta, como dijimos ya, de un proceso de acción en continuidad que prevenga la acción específicamente terapéutica; esto es lo que intenta Counseling⁸ instaurar, un proceso preventivo.

Hay diversos tipos de *counseling*: el vocacional, el educacional, el laboral, el profesional, el geriátrico, el de pareja, el institucional, empresarial, etcétera.

El *counseling* es preventivo de las perturbaciones mayores que tendría que atender la psicoterapia, y lo hace promoviendo la corrección oportuna de las desviaciones que puede haber en la conducta normal.

Promoviendo también el desarrollo del potencial humano del mismo sujeto, la meta del *counseling* está incluida en la totalidad de la tarea que proponemos en la institución. Hay que ubicar qué es el *counseling* en la propuesta general, tal como en la Universidad Iberoamericana se da una propuesta general que incluye una serie de elementos diversificados.

Querría darles una idea de lo que también es nuestra forma de ver las cosas respecto de este problema de la prevención y orientación.

En 1966 alguien, que en nuestro medio ha sido siempre muy estimado, el Dr. Bleger, ya fallecido, escribió en su conocido libro *Psicohigiene y psicología institucional*:

El objetivo históricamente más reciente en la higiene mental ya no se refiere tan solo a la enfermedad o su profilaxis, sino también a la promoción de un mayor equilibrio, de un mejor nivel de salud en la población. De esta manera ya no interesa solamente la ausencia de enfermedad, sino el desarrollo pleno de los individuos y de la comunidad total. El énfasis de la higiene mental se traslada así de la enfermedad a la salud y con ello a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos. Y esto es para nosotros de vital importancia e interés.

Las situaciones no médicas corresponden al psicólogo, ya sea por su acción directa o por su asesoramiento a otros profesionales (educadores, abogados, jueces, etc.), en todo lo que significa atender los factores psicológicos perturbadores en la vida corriente en sus múltiples manifestaciones y fenómenos humanos.

Yo tengo la leve impresión de que no hemos tenido en cuenta lo que él expresó aquí; su propuesta no fue traducida suficientemente en las estructuras sociales de salud mental, etc. Creo que pasó bastante desapercibido. Lo que dice Bleger, aunque sea desde otra perspectiva teórica, es algo que podemos denominar como *counseling*. Ese pensamiento de Bleger lo hemos perdido un poco en el tráfago de muchas otras cosas teóricas y prácticas que nuestra comunidad necesita en este

8 El autor se refiere a Counseling: Centro de Orientación Psicológica y Desarrollo de la Personalidad. (Nota del revisor técnico)

terreno. Por nuestra parte, tenemos la audacia de hablar de *personalidad normal*, la audacia de hablar de normalidad.

¿Y quién es normal? Carl Rogers tiene su concepto sobre normalidad: persona que funciona plenamente = funcionamiento óptimo de la personalidad; está dado por la apertura de la persona a la corriente fluida y actual de sus experiencias-vividas que constituyen su conciencia orgánica, como un proceso de sentimientos que acontece continuamente en el campo perceptivo fenoménico del individuo.

Maslow hablará de autorrealización, de actualización, y el psicoanalista Jean Bergeret (1974) dice que es:

El conjunto de elementos reguladores internos que permite a los humanos (siempre limitados) acomodarse interiormente para procurarse, no la ilusión de la omnipotencia o la felicidad, sino al menos zonas bastante sólidas y constantes de eficiencia y bienestar, en medio de sus obligatorias imperfecciones y sus no menos obligatorios conflictos internos.

Esto lo afirma en su libro *La personalidad normal y patológica*.

El de normalidad es un concepto que, por otra parte, ciertamente es discutible desde distintas perspectivas y niveles especulativos y operativos, pero creemos que hay un concepto y una realidad concreta de normalidad a la cual intentamos atender.

En EE.UU. existe un movimiento de pensamiento, la psicología humanista, que aplica particular atención a este asunto. La psicología humanista, en la cual está incluido Rogers, tiene figuras como Maslow, Murray, Murphy, Rollo May. Es antimecanicista, antipositivista, antirreduccionista, y concibe el organismo humano como un sistema dinámico abierto, complejo, tanto activo como reactivo, en libre intercambio con el medio, que participa en un proceso creativo específico del ser humano que es la simbolización. Afirma que el hombre posee enormes recursos interiores y potenciales para el crecimiento, que no están totalmente realizados en la inmensa mayoría de las personas.

El interés central está dado por el desarrollo del potencial humano, por una conceptualización de la persona sana, y el acento está puesto en la normalidad y en la salud y no en la psicopatología. Este pensamiento de la psicología humanista concuerda con el pensamiento de Rogers. Tiene conexión también con el planteo biológico de Von Bertalanffy (1973), creador de la teoría general de los sistemas.

Hay un marco de referencias muy profundo detrás de todo esto, en relación con la nueva física. Conocemos ya lo que se ha escrito sobre el cuestionamiento del modelo físico-biológico en el cual se basó Freud para estructurar su pensamiento teórico, incluso su práctica que implica un concepto de la persona. Este pensamiento es cuestionado desde la llamada nueva física y la nueva biología,

nueva física y nueva biología que ven al organismo, o mejor dicho ven al mundo y al cosmos, como un todo orgánico que conforma un sistema único, energético, que incluye al hombre, a los animales, a los vegetales, y a la vida celular primaria en concordancia con el pensamiento de Einstein, Heisenberg y Plank.

Carl Rogers nos va a decir en una conferencia que dio en Madrid en 1978, en la Universidad Autónoma de Madrid:

Mi tesis principal es esta: parece haber una tendencia formativa actuando en el universo que puede ser observada a cualquier nivel. Esta tendencia ha recibido mucha menos atención de lo que merece. Los científicos físicos se han centrado hasta ahora principalmente en la entropía, una tendencia hacia el deterioro (...) Pero hay un reconocimiento y un énfasis mucho menor en la –incluso más importante– tendencia formativa que puede igualmente ser observada a cualquier nivel del universo.

Lo que todavía se cuestiona es si esta estructura dinámica debe ser descrita en su desarrollo y funcionamiento por medio de una teoría impersonal de procesos que use algunas nociones tan mecánicas como la de un aparato psíquico como modelo científico, o si lo psicológico y lo personal deben ser considerados como equivalentes en cuanto a su significado, alcanzándose así un modelo personal de la psique (...) Me parece hacer posible de esta hipótesis una base sobre la que podríamos comenzar a construir una teoría para la psicología humanística. Ella indudablemente constituye una base para el enfoque centrado en la persona.

La hipótesis es que existe en el ser humano una definida tendencia a la realización, hacia la actualización de todas sus capacidades, no solamente al mantenimiento, sino también al crecimiento del organismo. En resumen, tratamos con un organismo que está siempre motivado, siempre dispuesto a algo, siempre a la búsqueda. Así pues, volveré a afirmar, hasta con más fuerza que cuando adelanté esta idea hace muchos años, mi creencia de que existe una fuente central de energía en el organismo humano, que con seguridad es una función de todo el organismo humano (holismo) más que una parte de él, y que puede ser definida como una tendencia a la realización, hacia la actualización, no solamente hacia el mantenimiento, sino también hacia el crecimiento del organismo.

Basándose en la nueva física, en el pensamiento biológico actual y en el pensamiento de Von Bertalanffy, que es el creador de lo que se denomina el concepto de lo organísmico, Rogers contrapone el concepto de entropía positiva al de la entropía negativa.

Existe un movimiento de la energía que no es meramente de degradación, sino de crecimiento, de afirmación, de progreso, como dice él; hay dos vertientes de una misma realidad, no una sola. Si queremos hablar en términos freudianos,

no existe solamente lo tanático, el impulso de muerte, existe también el impulso de vida. Yo diría, si uno quiere simplificar, que si Freud estudió y nos dio elementos para desentrañar lo que es atingente al impulso de muerte, a través de Rogers y la psicología humanista estamos teniendo la posibilidad de desentrañar qué es el impulso de vida, y por eso podemos intentar atender a la personalidad normal.

Para cumplir con nuestra tarea en Counseling hacemos uso de recursos, como son, por ejemplo, la orientación individual, la orientación vocacional, la dinámica grupal, los cursos y cursillos, charlas de divulgación, asesoría a instituciones y empresas, publicaciones y recursos audiovisuales.

Para darle el cuadro de referencia amplio que más o menos he tratado de exponer, hemos programado determinadas actividades. Esas actividades tienen que estar preponderantemente relacionadas con lo que es Counseling. Así, por ejemplo, el cursillo de Orientación para padres separados, la problemática de la adopción como realización social y humana, la problemática de la tercera edad como nueva forma de vivir, etcétera.

Nuestra perspectiva, por lo tanto, encara al hombre en su integridad y en un marco en el cual está incluido el elemento de orientación y el amplio horizonte del desarrollo humano. Fíjense que esta modalidad de trabajo se denomina hoy día higiología. No estamos, pues, trabajando en el campo de la psicopatología, estamos trabajando en el campo de la educación permanente y tratamos de hacer higiología, que es una disciplina que se ocupa de la personalidad normal y su desarrollo.

En nuestra perspectiva de trabajo incluso vamos haciendo un camino de maduración, también muy atentos a la posibilidad de encarar al hombre en su marco de tipo ecológico y psicosocial.

Nuestra idea es alcanzar de alguna manera lo que se denomina la dimensión planetaria del ser humano, dimensión en la cual vivimos y que nos condiciona de mil maneras que no podemos ignorar.

Muchas gracias.

Referencias

- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod. Traducción española: (1980). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Bertalanffy, L. von (1973). *General system theory: Foundation, development and applications*. Nueva York: George Braziller. Traducción española: (1976).

Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. México: Fondo de Cultura Económica.

- Blanco, R. & Segrera, A. S. (1979). Una respuesta al problema de la higiene mental: Programa en orientación y desarrollo humano. *Temario psicopatológico*, 2(7), 176-183.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Curran, C. A. (1952). *Counseling in Catholic life and education*. New York: Macmillan. Traducción española: (1963). *La psicoterapia autogógica y sus aplicaciones educativas y pastorales*. Madrid: Razón y Fe.
- Repetto, E. (1977). *La personalización en la relación orientadora*. Valladolid: Miñón.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.
- Rogers, C. R. (1978). Fundamentos de un enfoque centrado en la persona. En *Orientación psicológica y psicoterapia* (pp. 337-346). Madrid: Narcea.

LA TENDENCIA FORMATIVA: LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS CENTRADOS EN LA PERSONA, LA INTERDEPENDENCIA Y EL POTENCIAL HUMANO¹

Jeffrey H. D. Cornelius-White y Jürgen Kriz

Aun cuando Rogers escribió que la tendencia formativa “definitivamente conforma una base para el enfoque centrado en la persona” (1980, p. 133), continúa siendo un constructo apenas explorado. Por ejemplo, una búsqueda en PsychINFO² el 12 de noviembre de 2006 utilizando el término “tendencia formativa” arrojó solo ocho de las 5190 referencias producidas por la expresión “centrado en el cliente”. Aunque la tendencia formativa apenas ha sido explorada directamente, recientes escritos relativos al enfoque centrado en la persona desde la perspectiva de la teoría de sistemas (por ejemplo, Cornelius-White, 2007; Kriz, 2006, 2007; O’Hara, 2006/2007; Seeman, 2001, Wyatt, 2001) representan una base sólida para comprender cómo la tendencia formativa ha sido un participante callado pero relevante en la “revolución silenciosa” que representa el enfoque centrado en la persona.

Con la postulación de la tendencia formativa, Rogers expandió su intento de toda la vida de comprender los fenómenos en los que el orden emerge, cambia y se desarrolla sin la imposición de ese ordenamiento desde el exterior, o sin que alguien lo establezca explícitamente. Hoy en día, en el discurso interdisciplinario de la teoría de sistemas, hablamos de esos fenómenos como “autoorganización”. Este discurso incluye subconceptos tales como “emergencia”³ (la formación

1 Fuente: Cornelius-White, J. H. D. & Kriz, J. (2008). The formative tendency: Person-centered systems theory, interdependence and human potential. In B. Levitt (Ed.), *Reflections on human potential: Bridging the person-centered approach and positive psychology* (pp. 116-130). Ross-on-Wye, UK: PCCS.

2 Base de datos de la American Psychological Association, disponible en Internet, bajo ciertas condiciones de acceso. (Nota del revisor técnico)

3 *emergencia*: Traducción de *emergency*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

autoorganizada de orden, patrones o estructura) y “transición de fases”⁴ (el cambio autoorganizado de orden, patrones o estructura), que están basados en la “interconectividad” (bucles interactivos, recíprocos, de retroalimentación). El concepto de “tendencia formativa” obliga a reconocer que los procesos de actualización son relevantes como una perspectiva desafiante para la epistemología (el estudio del conocimiento), así como para el desarrollo de una psicología (el estudio de las personas individuales). Además, ofrece un medio de conocer no solo a las personas individuales sino también a los grupos, fuerzas sociales, la biodiversidad, la química y muchas otras áreas. Este trabajo rastreará el desarrollo del pensamiento de Rogers con respecto a los procesos de actualización desde la persona hacia sistemas cada vez más grandes.

El desarrollo de la tendencia formativa

Rogers estaba consciente de que los fenómenos de la emergencia y del cambio (autoorganizado) del orden deben ser explicados a través de principios totalmente diferentes de aquellos del conductismo clásico y la ciencia mecanicista occidental. Sin embargo, estos conceptos conductuales aún gobiernan la comprensión occidental dominante del mundo, incluyendo a los seres vivientes, en la psicología y la cosmovisión cotidianas. Mientras que el concepto de control, o imposición externa de orden en un sistema, puede funcionar bien si uno debe reparar una máquina defectuosa o arreglar una abolladura en una lata, la intervención sobre un ser viviente, como por ejemplo un consultante en psicoterapia, puede explicarse mejor con principios diferentes. Estos principios describen los fenómenos del orden autoorganizado y toman en cuenta los procesos de cambio recíprocos (Kriz, 2006).

Hace más de cincuenta años, en *Psicoterapia centrada en el cliente*, Rogers (1951) se refería al “yo-mismo”⁵ como una *Gestalt*.⁶ La psicología de la Gestalt (en especial la Escuela de Berlín) ya había desarrollado su concepto central de *Gestalt*, que afirma que un todo estructural integra varios elementos de una manera

4 *transición de fase*: Traducción de *fase-transition*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

5 *yo-mismo*. Traducción de *self*, empleado en inglés por Rogers. La razón de descartar en español el uso de *sí-mismo* (en tercera persona) es que sitúa fuera de la persona un elemento central de la misma. (Nota del revisor técnico)

6 *Gestalt*. Término en alemán, que corresponde en español a *configuración*. (Nota del revisor técnico)

dinámica (la perspectiva de abajo hacia arriba)⁷ mientras que las características especiales de los elementos obtienen su significado fundamentalmente a través de ser partes del todo (la perspectiva de arriba hacia abajo).⁸ Por ejemplo, una melodía integra tonos individuales, y puede seguir siendo “la misma melodía” aun cuando se transporte a otra clave, debido a la invariación estructural de las relaciones entre los tonos. Una melodía también otorga significado especial a muchos de sus tonos; por ejemplo, el “tono clave”, el “tono principal”, etcétera. Como Rogers estaba especialmente interesado en la perspectiva *de desarrollo* –cómo las personas pueden cambiar por ellas mismas y en qué condiciones facilitadoras– se enfocó no solamente en la estabilidad dinámica de la Gestalt sino también en el concepto de “autoactualización”, acuñado por Kurt Goldstein (1939). Como fisiólogo, Goldstein⁹ se estaba refiriendo a los procesos de autoorganización de un organismo biológico, particularmente el organismo humano. Siguiendo a Goldstein, Rogers (1951) utiliza el término “autoactualización” para subrayar que el desarrollo de un ser humano, y su funcionamiento, se basa fundamentalmente en posibilidades estructurales *inherentes*. El desarrollo humano –incluyendo el facilitado por el apoyo de un terapeuta– es hacia “el aumento de la autodeterminación, la autorregulación y la autonomía y alejándose del control heterónimo, o control por parte de fuerzas externas” (Rogers, 1951, p. 488).

A medida que fue desarrollando su teoría de la personalidad, el “yo-mismo” como constructo psicológico devino tan importante que Rogers estableció una distinción analítica entre la actualización del “yo-mismo”, denominada “autoactualización”, y la actualización del organismo, a la que ahora se refería simplemente como “actualización”. A pesar de que la “autoactualización” es una parte o aspecto de la actualización del ser humano, el significado del término “autoactualización” cambió. En la teoría de Rogers la “autoactualización” no es la actualización por uno *mismo* en contraste con un orden externo impuesto. Más bien, involucra la actualización de un “autoconcepto” en contraste con el campo fenomenológico total de la experiencia de la persona. Por lo tanto, la “autoactualización” se refiere al nivel psicológico, mientras que la “actualización” se refiere al nivel holístico, incluyendo el corporal o biológico.

7 *de abajo hacia arriba*: Traducción de *bottom-up*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

8 *de arriba hacia abajo*: Traducción de *top-down*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

9 De hecho, después de su emigración forzada de Alemania a los Estados Unidos de América debido al régimen nazi, Goldstein se hizo famoso como uno de los fundadores del “enfoque organísmico” norteamericano. (Nota de los autores)

Como esta idea fue, ya sea incomprendida, ya sea rechazada, por aquellos psicólogos que todavía creían solamente en los principios clásicos de control de la ciencia occidental –e incluso devaluada por algunos por no considerarla en sintonía con la “ciencia”–, Rogers buscó apoyo para sus descripciones y explicaciones teóricas en las ciencias duras como la física, la química y la biología. De hecho, encontró este apoyo para sus principios entre ciertas teorías científicas existentes que ya habían sido formuladas:

No soy el único en considerar dicha tendencia actualizante como la respuesta fundamental a la pregunta de qué hace que un organismo “se mueva”. Goldstein (1947), Maslow (1954), Angyal (1941, 1965), Szent Gyoergyi (1974), y otros sostienen visiones similares e influenciaron mi propio pensamiento (Rogers, 1980, p. 119).

Obtuvo apoyo adicional con el surgimiento de la teoría interdisciplinaria de sistemas en los años 1970, que fue validada por el otorgamiento del Premio Nobel a sus principales proponentes. Rogers, a diferencia de la mayoría de los psicólogos, estaba consciente de este cambio de paradigma altamente significativo en la ciencia. Amplió su concepto de la actualización para incluir fenómenos que excedían los niveles psicológico y somático hasta fenómenos de autoorganización en los niveles interpersonales y más allá. Denominó a este concepto más amplio la “tendencia formativa”. Como consecuencia, en la teoría centrada en la persona, la “tendencia a la autoactualización” (en el nivel psicológico) es un aspecto especial de la “tendencia a la actualización” (en el nivel orgánico) que, a su vez, es un aspecto especial de la “tendencia formativa” (en el nivel universal).

La inconsistencia de la tendencia formativa con la sociedad occidental

La terapia centrada en la persona se considera más bien como un paradigma transformacional (Rogers, 1977, 1980). Sin embargo, por lo general se la ha descrito dentro del contexto de la cultura occidental. La sociedad occidental está muy preocupada por el “poder sobre” el ambiente de una persona, incluyendo a otras personas, animales, minerales y plantas. Los valores de la Iluminación y de la Ciencia, impuestos desde el exterior, sitúan el control como centro del descubrimiento del “conocimiento”. En particular, el paradigma conductista del control a través del refuerzo todavía domina la psicología.

Este paradigma, que incluye el aislamiento de la conducta por o hacia la persona individual, como el aislamiento de la variable individual en la ciencia

tradicional, no es una manera apropiada de describir nuestro mundo si uno toma en cuenta la interrelación de las entidades materiales. Incluso en la física o la química, la comprensión “del mundo” tuvo que cambiar para reconocer estos fenómenos, en los cuales son importantes la retroalimentación y la interrelación. En el campo de los seres vivos, en especial entre los seres humanos, la interrelación es ubicua. La ciencia mecanicista, por lo tanto, explica solo “un área artificial especial de nuestro mundo”. Es una creencia del siglo XIX que este enfoque sería suficiente para describir no solo los arreglos mecanicistas de la materia, sino el mundo completo, incluyendo los fenómenos biológicos e incluso los de los seres humanos. La ciencia moderna, por el contrario, ha probado que “estos principios funcionan solo bajo condiciones y límites muy restringidos, que son adecuados para las máquinas pero, como efectivamente resultó, inadecuados para entidades en las cuales los complejos procesos recursivos son esenciales” (Kriz, 2006, p. 126).

La consistencia de la tendencia formativa con la teoría interdisciplinaria de sistemas

La teoría interdisciplinaria de sistemas muestra que en la dinámica de desarrollo de un sistema –por ejemplo, para una entidad donde la interrelación de las partes es crucial– el orden puede emerger (“emergencia”) y cambiar (“transición de fases”) debido a las condiciones cambiantes del entorno. Sin embargo, estas “condiciones” no imponen ni transportan orden desde afuera al sistema, como proponen el enfoque y las intervenciones clásicas. En contraste con la perspectiva clásica, estas “condiciones” solo pueden apoyar o facilitar el proceso de emergencia o la transición de fases del orden, que se deben a posibilidades inherentes. Por lo tanto, al manejar tales sistemas, incluso los físicos y los químicos tienen que respetar sus posibilidades estructurales inherentes y no pueden “dar forma” a su estructura y orden solo a través de la voluntad o de la fuerza.

En los sistemas dinámicos hay otros principios importantes. Por ejemplo, la emergencia y la transición de fases del orden muestran que la comprensión clásica de entradas mayores que resultan en salidas mayores (o estímulos mayores que resultan en respuestas mayores) no se sostiene. Para cualquier sistema particular, con su propia historia única y su estado especial, las influencias fuertes podrían casi no tener efectos debido a un alisamiento de las “perturbaciones” (efectos atractores).¹⁰ En otros estados, y/o debido a otros caminos históricos, aun

10 *attractor*. Traducción de *attractor*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

influencias muy pequeñas pueden resultar en cambios (“efecto mariposa”) muy grandes (o “cualitativos”). Estos fenómenos son típicos en el área del desarrollo de los seres vivos, y en particular en los seres humanos. En estos sistemas humanos vivos, son característicos los “saltos” a nuevos niveles después de un período de casi no progreso (observable), como, por ejemplo, un cambio repentino en la comprensión de un problema complejo después de recoger muchas piezas de información dispersa (la experiencia “ajá” descrita por la psicología de la Gestalt). En la literatura y en los cuentos de sabiduría, estos saltos repentinos en la dinámica de la estructura han sido denominados el principio de “¡morir y transformarse!”, subrayando que solo es posible un nuevo orden (parcial), patrón o estructura atravesando el viejo y pasando la puerta (o estado) de la inestabilidad caótica. La idea de “crecimiento” en la psicología humanista se refiere a este mismo principio de “¡morir y transformarse!”. Esto se opone a la noción de crecimiento como más y más acumulación, que las culturas occidentales podrían sostener.

En la ciencia de sistemas es necesario respetar (o al menos tomar en cuenta) la historia del sistema, porque las mismas condiciones del entorno pueden con frecuencia estar asociadas con estados muy diferentes en el sistema. Un ejemplo de esto es el principio de la “histéresis” (también denominada “homeostasis”). La histéresis se refiere a una hiperestabilidad del estado de un sistema en oposición al cambio en el entorno. El estado interior y los potenciales del sistema son al menos tan importantes como la influencia del entorno. Un sistema no solo “reacciona” a estímulos externos, como supone el enfoque clásico.

Los fenómenos de emergencia y transición de fases están relacionados con una conexión entre las dinámicas de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo (véase también Kriz, 2006). Ya exploramos esto a través del ejemplo de una melodía y sus notas individuales. Las partes contribuyen, hacia arriba, a la emergencia del orden. Otras estructuras o “fuerzas de campo”, hacia abajo, promueven la dinámica de las partes. Esto también es cierto y puede observarse en los seres humanos. Por ejemplo, las reglas culturales se mantienen a través del tiempo y las generaciones mediante la acción humana (hacia arriba), mientras que las reglas culturales (patrones, orden) a su vez estructuran el aprendizaje conductual de las personas, particularmente en cada nueva generación (hacia abajo). La relación entre las dinámicas hacia abajo y hacia arriba también puede ser vista en el prejuicio. Los individuos que se enfocan en los comportamientos “extraños” y “poco confiables” de otras personas pueden, hacia arriba, crear una “actitud” y una “cosmovisión” de desconfianza o prejuicio. Al mismo tiempo, estas cosmovisiones pueden actuar como “fuerzas de campo” que, hacia abajo, influyen los procesos cognitivos de los individuos para enfocarse en las acciones “extrañas” y “poco confiables” de otros.

Cornelius-White (2006a) describe cómo el propósito del libro *Carl Rogers sobre el poder personal* era explorar “las maneras en que se ejerce el control, consciente o inconscientemente” (Rogers, 1977, p. 56). Rogers utilizó el concepto de los velos sutiles del condicionamiento cultural para explicar cómo una consciencia social, fuera de nuestra consciencia individual, puede conformar nuestras visiones individuales. Fuerzas sociales como el género, la raza, y la nacionalidad estructuran hacia abajo nuestras actitudes individuales con respecto a las conductas hacia arriba de los individuos de géneros, razas o nacionalidades particulares. La raza blanca, el patriarcado y el lenguaje son fuertes atractores sistémicos y conceptos que explican gran parte de la injusticia y el sufrimiento. Rogers (1977) apuntó a que el enfoque centrado en la persona “suprimiera la discriminación”, ofreciendo ejemplos de un sutil velo de sexismo, incluyendo “situaciones menos obvias como nuestro lenguaje: *el hombre*,¹¹ *el presidente*,¹² homenaje a *Él*”¹³ (p. 45).

Los principios de la ciencia interdisciplinaria de sistemas son obviamente mucho más adecuados que los principios de la ciencia occidental clásica al referirse, describir y comprender muchos fenómenos considerados centrales para los procesos vitales de los seres humanos. Sin embargo, deseamos enfatizar que dicha aseveración no es una afirmación ontológica. Nos disgustan sobremedida las afirmaciones que son conceptualizaciones reduccionistas ilimitadas, tales como: “El ser humano es no lineal y, por lo tanto, un sistema autoorganizado”. El ser humano es un ser humano. Punto. Cuando un ser humano salta de la ventana de un rascacielos, los principios de la física clásica serían suficientes para responder preguntas concernientes a la naturaleza de la caída (tales como la trayectoria y la velocidad). Para algunas preguntas, por ejemplo, el análisis de una pequeña pieza de carne bajo un microscopio, la biología clásica también sería suficiente. Para algunas otras preguntas, el enfoque conductista también podría ser adecuado. Sin embargo, si no se toma en cuenta a un ser humano como un sistema aislado, sino que se toman en consideración sus interrelaciones, los principios de la teoría de sistemas son descriptores mucho más completos y satisfactorios que los principios de la ciencia occidental clásica. La “tendencia

11 *hombre*: Tanto en español como en inglés se solía emplear para referirse indistintamente a hombres y mujeres. Actualmente se prefiere el uso de *seres humanos*. (Nota del revisor técnico)

12 *presidente*: En inglés se solía emplear *chairman* (hombre que preside). Actualmente se prefiere el uso de *chairperson* (persona que preside). En español existen otras expresiones que se emplean en género masculino aun cuando se refieren a mujeres. Actualmente se prefiere el uso de expresiones acordes con el género de la persona. (Nota del revisor técnico)

13 *Él*: Tanto en español como en inglés se emplea para referirse a Dios. Actualmente la perspectiva feminista sugiere el uso de expresiones que reconozcan la androginia en Dios. (Nota del revisor técnico)

formativa” en el enfoque centrado en la persona es un constructo central que refleja los principios de la teoría de sistemas.

Deberíamos estar conscientes de que incluso los principios de la teoría de sistemas no responden adecuadamente todas las preguntas con respecto a los seres humanos. Sin embargo, podemos usar estos principios para explorar la dinámica de muchos procesos cognitivos e interpersonales. Inclusive podemos utilizar las matemáticas para expresar estos principios con un alto grado de precisión (por ejemplo, Kriz, 2006). Sin embargo, para comprender la esencia de un ser humano en contraste con otros seres vivientes o entidades en el mundo, debemos acudir a la filosofía, como por ejemplo, las descripciones y principios del existencialismo. De acuerdo con Heidegger, debemos aceptar que un ser humano no puede ser comprendido como una categoría o clase como todas las otras “cosas” en el mundo, que son definidas por su “cosidad”, porque “el hombre nunca es un qué; su esencia (yo-mismo) subyace en su existencia” (King, 1964, p. 66). El ser humano, como un ser reflexivo, puede –y debe– definir significativamente su propia existencia y su propia presencia en este mundo. Su modo de ser diferente lo libera de la categorización. Y desde este punto de vista, es posible comprender mejor a una persona “desde dentro”, a través de las comprensiones personales de sí mismo y las narraciones del propio pasado biográfico, las estructuras de significado y de valores propias, así como por sus ideas personales del propio futuro. La psicología es la ciencia que debe enfrentar estas dos perspectivas: una ciencia en la cual las visiones interna y externa de los procesos vitales se encuentran.

La teoría interdisciplinaria de sistemas y sus principios no intentan responder todas las preguntas que podrían ser importantes en el reino de un ser humano. Ni el movimiento de un ser humano cayendo de un rascacielos, ni la esencia de la existencia y de la libertad pueden o deben describirse mediante estos principios. Sin embargo, hay muchos fenómenos importantes, especialmente aquellos relacionados con los aspectos de desarrollo o psicoterapéuticos de los seres humanos (incluyendo sus relaciones en pareja, familias u organizaciones) que, sostenemos, pueden describirse y comprenderse mejor a través de estos principios de autoorganización (y con menos precisión, por ejemplo, mediante principios del análisis de estímulo-respuesta, u otros principios mecanicistas).

Facilitación e imaginación

La actualización “no es una creencia ni una suposición en la teoría de Rogers, sino una simple descripción de las consecuencias de tomar seriamente en cuenta la interconexión y las relaciones” (Kriz, 2007, p. 40). Debemos considerar esta

interpretación de la tendencia actualizante cuando nos referimos a procesos del mundo real, no artificiales o aislados. Sin embargo, debemos también tomar en cuenta otros aspectos, que están en sintonía con la teoría interdisciplinaria de sistemas. La facilitación y la imaginación son dos de dichos aspectos que, en particular, nos piden “confiar” más que “hacer o controlar”. Con la tendencia formativa, nos enfocamos más en límites y categorías fluidos. Estamos abiertos a las posibilidades, a contrastar “planificar” con “imaginar el futuro” (Kriz, 2006). Planificación significa que el desarrollo comienza a partir de un estado claramente analizado y procede en pasos bien definidos en función de alcanzar un objetivo explícitamente dado. La desviación o abandono de estos pasos se interpreta como fracaso o error y, por lo tanto, es corregida o eliminada. Si cambian los objetivos o las condiciones, la planificación debe volver a comenzar. La imaginación, por otra parte, implica que el desarrollo procede hacia un objetivo aproximadamente especificado. Al moverse en una dirección general, deben ir tomándose decisiones y el objetivo comienza a ser cada vez más claro a lo largo del camino. La generación de las decisiones y la mayor claridad de los objetivos suceden de una manera recíproca. Todo el camino se adapta a las necesidades o condiciones cambiantes, y en el proceso el objetivo puede cambiar mucho.

La no-directividad es un aspecto crucial de la confianza. El terapeuta no-directivo no es un experto en contenido, sino en facilitar los procesos de desarrollo de la emergencia y la transición, de potenciales inherentes. Esta postura se opone claramente a la perspectiva del modelo médico, los tratamientos para desórdenes específicos, el entrenamiento para la conducta adecuada o la enseñanza del autocontrol. En lugar de reducir al consultante a ser un portador o a una manifestación de una categoría de desorden, la perspectiva no-directiva respeta la singularidad de los seres humanos individuales, incluyendo sus potenciales y biografías específicas. Angyal (1951) escribió: “Es incongruente con la naturaleza del amor tratar de reducir a la persona amada a un ítem en el propio mundo personal, procurar hacerla satisfacer las propias exigencias, o intentar ejercer poder sobre ella de cualquier manera” (p. 131).

El enfoque centrado en la persona no es la única manera de generar cambio. Sin embargo, podemos afirmar que el poder sanador de este enfoque se debe al respeto por la tendencia formativa. Esa postura contrasta con la que intenta imponer orden, y es una resolución ética. Imponer orden desde afuera y controlar los resultados puede funcionar bastante bien. Por ejemplo, después de un concierto, a partir del caos inicial del aplauso, por lo general emergerá espontáneamente un aplauso rítmico, una sincronización de los ritmos de las manos de los individuos en la audiencia. Este ritmo sincronizado de aplauso también puede ser impuesto por medio de la intervención “clásica”. Imaginemos un concierto en el ejército. Al final, un oficial sube al escenario. Él ha aprendido en el ejército, y escuchado

de políticos, maestros, o incluso terapeutas con una cosmovisión “clásica”, que el orden debe imponerse. Al gritar “¿No fue un hermoso concierto?” podría hacer grandes movimientos con sus manos, agregando “Aplaudamos: ¡ahora, ahora, ahora!”. Si los soldados lo siguen, el orden se impone desde afuera.

Emergencia y urgencia¹⁴

El poder hacia abajo de los campos de orden puede reducir o restringir el potencial en los individuos para encontrar soluciones novedosas y satisfacer nuevos requerimientos. En la teoría de sistemas de las ciencias naturales esto se conoce como el principio de “esclavizar”. Kriz (2006) señala esta dinámica en su análisis de los “campos de significados”, que pueden imponer orden, de arriba hacia abajo, y restringir la creatividad individual. Las fuerzas estructurales de las narraciones, los términos, las categorías, o suposiciones, pueden entonces configurar los procesos de percepción, de mediación racionalemotiva y de conducta de los seres humanos individuales, así como de las parejas, las familias, las organizaciones y otros sistemas. Es posible responder reactivamente ante las nuevas situaciones (urgencia) o apreciando las posibilidades que genera (emergencia). Muchas fuerzas estructurales están presentes en las narraciones, debido a la biografía personal del individuo, la historia de una pareja y las historias familiares de más largo alcance a través de generaciones, e incluso en nuestra cultura como un todo.

Rogers (1951) subrayó la importancia de las fuerzas estructurales de una simbolización distorsionada en el yo-mismo con respecto a la experiencia de una sola persona:

La simbolización precisa sería: “Yo percibo a mis padres experimentando esta conducta como insatisfactoria para ellos”. La simbolización distorsionada, distorsionada para preservar el concepto amenazado del yo-mismo, es: “Yo percibo esta conducta como insatisfactoria”. De esta manera, parecería que las actitudes parentales no solamente son introyectadas sino, lo que es más importante, son experimentadas, no como la actitud de otro sino, de una manera distorsionada, como si estuvieran basadas en la evidencia del propio equipo sensorial y visceral de uno mismo (p. 500).

14 *urgencia*: Traducción de *emergency*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

Las fuerzas de la simbolización distorsionada también pueden verse en las comunicaciones de una pareja. La historia de una pareja da origen a patrones de significado que influyen cómo se reciben e interpretan las comunicaciones. Estos “patrones emergentes” reducen la capacidad de los individuos de una pareja de escuchar cuidadosamente lo que se dice aquí y ahora. El potencial de cambio (por ejemplo, mejorar la comunicación), entonces se reduce o se esclaviza. Una situación habitual en la terapia de parejas es que el terapeuta pregunta a uno de los dos: “¿Escuchaste lo que tu pareja acaba de decir?” El consultante responde: “No, no escuché; pero por la forma en que me miró, ¡ya sabía lo que diría!”.

De manera similar, el diagnóstico común, o narración, de que el pequeño Peter “tiene un desorden de conducta” reduce el altamente complejo espacio de situaciones e interpretaciones a un único foco estático e inflexible: “desorden de conducta”. Pero puede haber situaciones en las cuales su comportamiento parece ser una reacción natural a la provocación por parte de su hermana. En otras situaciones, podría ser una señal a través de la cual está pidiendo más atención. A veces, podría servir para distraer la atención del conflicto entre sus padres. Desde luego, también habrá situaciones en las que su comportamiento es simplemente escandaloso e imposible, pero incluso esto puede describirse de una manera más precisa y poética, en lugar de recurrir con simpleza a la etiqueta diagnóstica “desorden de conducta”. Es de crucial importancia trascender los límites de la etiqueta del “desorden de conducta” y restaurar la consciencia de la complejidad y amplitud de las situaciones y de su significación.

Kriz (2006) describió las complejas fuerzas atractivas en nuestro “*Lebenswelt*”,¹⁵ definido como “nuestra experiencia y comprensión personales del mundo, incluyendo las perspectivas individuales, sociales, políticas y ambientales. Estas estructuras funcionan en nuestra experiencia cotidiana sin ser explícitamente conscientes ni aun objeto de reflexión” (p. 62). En este sentido, incluso los principios de la ciencia occidental y el conductismo sirven como fuerzas estructurales que ordenan el pensamiento de muchas personas en nuestra cultura. Vemos esto cuando los consultantes vienen a terapia con la “idea” de que deberían ser “arreglados” como una máquina o, por lo menos, que el terapeuta debería dar algún consejo o “respuesta” desde la “pericia” o el “conocimiento” y por lo tanto traer algún orden a su vida.

15 *Lebenswelt*: Término empleado en alemán por Husserl, que corresponde en español a *mundo vivido*. (Nota de la traductora y del revisor técnico)

Hacia un mayor orden y una mayor complejidad: sobre el caos y la organización; la paradoja de la tendencia evolucionaria

Las fuerzas atractoras de los “velos sutiles”, los conceptos, las narraciones y las reglas en nuestra cultura son realmente poderosas. Reducen la complejidad de las posibles interpretaciones y significados de “lo que está sucediendo” a categorías de contenido y reglas explicativas. El “orden”, incluso a partir de la tendencia formativa o la autoorganización, es siempre una reducción de la complejidad. En este sentido, la definición de Rogers de la tendencia formativa como una “tendencia evolucionaria” no solo hacia un “mayor orden”, sino también hacia una “mayor complejidad”, parecería una contradicción. Pero no lo es. Encontraríamos un predominio de fuerzas atractoras (y por lo tanto reductoras de la complejidad) solo en relaciones metaestables sistema-ambiente, por ejemplo cuando las condiciones ambientales son bastante estables. Sin embargo, en contraste con las “cosas” mecánicas estables –como una lata–, los sistemas descritos adecuadamente mediante dinámicas no lineales, como la autoorganización y la emergencia de orden, suelen ser muy adaptativos a los cambios de las condiciones ambientales. Aclaremos, esto no significa de ninguna manera que el *orden* se importa desde afuera. En contraste, la transición de fases, el cambio autoorganizado de orden, patrones y estructura siempre implican que la complejidad aumenta, que la estabilidad dinámica del atractor se vuelve inestable. Desde este punto inestable, se abre una multitud de posibilidades. En un desarrollo posterior, el sistema nuevamente reduce complejidad; es decir, desarrolla otro atractor, encontrando orden, patrones y estructura nuevos (para detalles, véase Kriz, 1992; Matthies, Malchow & Kriz, 2001).

Esta descripción del cambio a través de la transición de fases se corresponde exactamente con el principio de “¡morir y transformarse!” Este principio es una descripción válida del “*crecimiento*” en las psicologías humanistas, como el enfoque centrado en la persona. Normalmente, este cambio adaptativo de orden/patrones tiene lugar sin la ayuda de psicoterapeutas. Por ejemplo, imaginen una familia formada por el padre, la madre y una hija de tres años. Los patrones de interacción que han emergido en esta pequeña familia pueden ser muy buenos en el presente, y ser adecuados para cada miembro de la familia. Sin embargo, si continuamos viendo estos mismos patrones veinte años más tarde, algunas personas, incluyendo los miembros de la familia, podrían referirse a la situación con términos como “loca” o “patológica”. Veinte años después, tratar a una (ahora) mujer de veintitrés años como si todavía fuera una niña de tres es, por supuesto, loco. Normalmente esto no ocurre: debido a las condiciones ambientales cambiantes en las cuales los patrones de interacción están incorporados –

maduración, exigencias y requerimientos cambiantes hacia la hija por parte de otras personas, expectativas de que la hija debería tomar sus propias decisiones, etcétera— los patrones de interacción harán una (o más) transiciones de fases para adaptarse a las exigencias modificadas o cambiantes. En otras palabras, algunos de los patrones realmente “mueren” mientras que otros “se transforman”.

Los patrones no cambian solo en el nivel de la interacción. También cambian en el nivel de cambios en los procesos cognitivos y emocionales. Este cambio por lo general ocurre a través de un incremento de la complejidad (por ejemplo, “atravesando la puerta del caos”), dejando atrás atractores previos de orden. Se establecen nuevos atractores y el sistema encuentra un orden, patrones y significado nuevos. La tendencia formativa, con su movimiento hacia un “orden mayor”, así como hacia una “mayor complejidad”, funciona en un ritmo de “respiración”: el “¡morir y transformarse!” del crecimiento significa que el orden (en otras palabras, la complejidad reducida) realmente se vuelve más complejo debido al ambiente cambiante. Se vuelve inestable (y crecientemente presenta más posibilidades). Deja el “viejo” orden (“muere”) y reduce nuevamente la complejidad, encontrando un nuevo orden, que es más adaptativo a las demandas modificadas del ambiente (para más detalles, véase Kriz, 1997, 1999, 2006).¹⁶

Hay situaciones en las que no ocurre ningún cambio, aun cuando las “condiciones ambientales” obviamente han cambiado. En otras palabras, el sistema es “maladaptativo”,¹⁷ (por ejemplo, la familia con una hija de veintitrés años interactuando como si fuera una niña de tres). Esta situación no contradice la noción de la “tendencia formativa”, ni la noción de la tendencia actualizante. No es una descripción adecuada si decimos que el proceso se “trabó”, está “bloqueado” o es “maladaptativo”. Si hablamos de esta forma, no estamos siendo conscientes de todas las condiciones y distintas perspectivas a medida que interactúan. Aun si un sistema parece maladaptativo, siempre se está adaptando y desplegando su potencial formativo con respecto al abanico

16 Estas descripciones son todavía algo simplistas. Los procesos relevantes para un ser humano, a quien describimos mediante la teoría de sistemas, tienen muchos aspectos, y deben ser descritos en un espacio multidimensional. En algunas dimensiones en este espacio multidimensional podemos encontrar que un proceso tiene aspectos atractores, acrecentadores del orden y reductores de la complejidad. Al mismo tiempo, en otras dimensiones en este mismo espacio, podría ser cierto lo opuesto. Los lectores para quienes resulten familiares los detalles de la moderna teoría de sistemas pueden estar conscientes del concepto de un “espacio de fase”. Dichos lectores deberían pensar en el famoso “atractor de Lorenz” que, aunque solo en una fase de tres dimensiones, muestra que las dimensiones atractoras y “caóticas” coexisten juntas en un proceso. (Nota de los autores)

17 *maladaptativo*: Traducción de *maladaptive*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

completo de condiciones ambientales. Con respecto al ser humano individual, y específicamente en la terapia centrada en la persona, Rogers (1951) subrayó:

1. Cada individuo existe en un mundo de experiencia continuamente cambiante, del que él es el centro.
2. El organismo reacciona al campo tal como lo experimenta y percibe. Este campo perceptual es, para el individuo, “la realidad”.
3. El organismo reacciona como un todo organizado ante este campo fenomenológico (pp. 483-486).

Debido a las “introyecciones”, las “percepciones traumatizadas”, y otras idiosincrasias, la realidad de las “condiciones obvias” para el observador puede no ser la misma que la realidad de las condiciones para el consultante o su familia. En el caso del ejemplo extremo de la hija de veintitrés años a quien se trata como si tuviera tres, las condiciones “objetivas” pueden haber cambiado drásticamente durante los veinte años desde que realmente tenía tres años, debido a factores como la maduración y nuevas exigencias. Sin embargo, quizás la hija tiene, desde los tres años, un asma severo y amenazante para su vida. Las condiciones cambiantes de maduración y las nuevas exigencias pueden ser realmente poco importantes comparadas con las “opiniones” y creencias de la familia de que todo “cambio” es peligroso. En tal caso, el patrón que vemos está realmente adaptado a *esa realidad*, que es la “verdadera realidad” de la familia. El patrón u orden se establece *no a pesar de* la tendencia actualizante, sino *debido a* ella. Nada se “trabó”. El sistema no es “maladaptativo”. En realidad, está funcionando muy bien con respecto a una realidad *particular*, la de esa familia. Como terapeutas centrados en la persona, confiamos en que el patrón cambiará en el contexto de una relación con un terapeuta que traiga nuevas condiciones a esta realidad, debido a la tendencia formativa. Una “realidad” estructurada por categorías abstractas es mucho más estable y reducida que una “realidad” llena de experiencias aquí-y-ahora. La terapia centrada en la persona facilita el movimiento hacia la *experienciación* del mundo en un encuentro más vívido, complejo y creativo que está en sintonía con el aquí y ahora. Facilita las condiciones mediante las cuales las descripciones abstractas reducidas se rompan y “mueran”, lo que permite que “se transforme” en una experiencia más plena aquí-y-ahora.

Exasperación,¹⁸ aprender a aprender y adaptarse a los cambios

El ejemplo de la hija de veintitrés años es, por supuesto, bastante extremo y artificial. Pero debería dejar claro el punto de que la “exasperación” puede dar lugar a una nueva etapa de desarrollo. En otras palabras, la inestabilidad genera el desafío de ser creativo y crecer. Para esto, por supuesto, se requiere, como condición, la confianza. La exasperación también puede conducir a la abstracción reductora: el miedo a la incertidumbre puede establecer estructuras narrativas que limitan el escrutinio debido a su abstracción reductora. En “*Lebenswelt* en exasperación” (Kriz, 2004, parcialmente en inglés en Kriz, 2006) se muestra como los “síntomas” están entretejidos en dichos procesos en diferentes niveles. Los distintos niveles de significado para los individuos, las familias y toda la cultura se influyen entre sí.

Nuestro “*Lebenswelt* en exasperación” compartido incluye guerras interminables, degradación ambiental, genocidios,¹⁹ extinción de especies,²⁰ violencia de género, hambruna evitable, opresión y terrorismo. Presenta simultáneamente una extrema vulnerabilidad y un “camino hacia la evolución social y psicológica” (O’Hara, 2006/2007, p. 47). O’Hara (2006/2007) sostiene: “nadie es ‘nativo’ en esta nueva cultura; el ‘shock cultural’ y la disonancia cognitiva son pandémicos, el desconcierto es normal y –con el ritmo de cambio acelerado– es probable que esté para siempre” (p. 50). Los principios de la ciencia occidental, particularmente el control en lugar de la confianza, la imposición del orden en lugar de facilitar e imaginar las posibilidades inherentes, han llegado hasta el extremo. Respetar la tendencia formativa ofrece una alternativa mediante la cual adaptarse.

Los escritos educativos de Rogers (1951, 1969, 1983) realzan la tendencia formativa más amplia, mientras que sus escritos sobre psicoterapia lo hacen con la tendencia actualizante más restringida. Rogers examina la necesidad de aprender a aprender, o de adaptarse a “la condición de cambio” para que la humanidad pueda sobrevivir (Cornelius-White, 2006c, 2007b; Cornelius-White & Harbaugh, 2010). Si como Rogers, O’Hara y otros han sugerido, la condición de cambio se ve como la realidad futura, entonces los conceptos de emergencia, transición de fases y la interrelacionalidad se convierten en constructos centrales

18 *exasperación*: Traducción de *upheaval*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

19 Véase www.genocidewatch.org . (Nota de los autores)

20 Véase www.genocidewatch.org . (Nota de los autores)

para una “capacidad de respuesta”²¹ humanista. Ya en 1951, Rogers escribió sobre la intención de “liberar al grupo” para actualizarse (p. 59) y de situaciones donde “el grupo asumió responsabilidad sobre sí mismo” (p. 56).

Potencial humano: balance ecológico y terapia descentrada²²

Balance ecológico: integración orgánica y responsabilidad ambiental

Por más de cincuenta años, Seeman (2001) ha descrito cómo se puede comprender mejor a la persona desde una combinación de perspectivas bioquímica, fisiológica, perceptual, precognitiva, cognitiva, interpersonal y ecológica. De esta forma, la persona congruente (o para usar el término preferido por Seeman, orgánicamente integrada) se conceptualiza como conectada y comunicada a través de todos estos niveles, de una manera simultánea y no reduccionista. No se piensa en una persona solo como un individuo, sino también como una relación entre las partes del cuerpo y todo aquello que está alrededor del mismo. De esta manera, el “campo fenomenológico” de alguien, para tomar prestado el término de Rogers, es visceral, subjetivo y cocreado por sistemas más amplios. De manera similar, Bronfenbrenner (1979) describe la ecología humana en términos de sistemas en red donde una persona es una persona, pero también parte de su microsistema (como la familia o el salón de clases), el mesosistema (que consiste en dos microsistemas en interacción), el exosistema (que es un sistema que influye el desarrollo, por ejemplo, el lugar de trabajo de los padres), y el macrosistema (el contexto cultural más amplio). Cada sistema contiene roles, normas y reglas que pueden moldear poderosamente el desarrollo.

Rogers (1951), en extensas citas, parece reconocer la prominencia de la ecología de los organismos. Escribió: “La afirmación de Angyal [1941] podría usarse como sinónimo de actualización: ‘la vida es un evento autónomo que tiene lugar *entre el organismo y el ambiente* [itálicas agregadas]. Los procesos vitales no tienden simplemente a preservar la vida sino que trascienden el statu quo momentáneo del organismo’” (Rogers, 1959, p. 196). Cita también a Pearse

21 *capacidad de respuesta*: Traducción de *response-ability*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

22 *descentrador*. Traducción de *de-centering*, empleado en inglés por Cornelius-White & Kriz. (Nota del revisor técnico)

y Williamson (1938, p. 38-40): “El biólogo concibe un orden que emana del organismo viviendo *con elegancia en su ambiente* [itálicas agregadas]. Nuestra necesidad, por lo tanto, es asegurar el libre flujo de fuerzas ambientales, de manera que el orden inherente en el material que estamos estudiando pueda emerger y cambiar adaptativamente. Nuestro interés está en ese *equilibrio de fuerzas* [itálicas agregadas] que sostiene natural y espontáneamente las formas de vida que estamos explorando” (1951, p. 62). De igual manera, muchas cosmovisiones ancestrales, particularmente aquellas de la gente de color, consideran a las personas integradas en conexiones con otras, interdependientes, partes de su tribu o familia, antes de ser vistas como individuos (Cornelius-White, 2006b, 2006d).

Aunque la mejor forma de comprender a una persona es desde el “interior” o personalmente, también reconocemos que lo personal no es un fenómeno aislado. Para muchas personas, lo personal tiene que ver con su ambiente, especialmente sus seres amados. En el contexto de su “enfoque sistémico centrado en la persona”, Kriz (1991) muestra cómo los procesos internos cognitivo-emocionales que son esenciales para el “yo-mismo” y la “persona” están integrados en procesos interactivos y comunicativos de la familia y de toda la cultura. La emergencia y la coconstrucción de “atractores de significado” (Kriz, 2006) se refieren a estructuras de significado, tanto de la persona como de los sistemas sociales, en una relación hacia arriba tanto como hacia abajo. La trillada frase, “lo personal es político” capta algo de esta paradoja, mientras que las elocuentes palabras de Schmid (2001) lo describen de esta manera: “hay dos dimensiones irrenunciables de la existencia humana: el aspecto sustancial o individual de ser una persona y el aspecto relacional o dialógico de convertirse en una persona” (p. 214). Las personas son simultáneamente individuos y sus relaciones.

Cornelius-White (2007c) escribe:

Si la tendencia formativa es central para la comprensión del enfoque centrado en la persona en concierto con su subconcepto, la tendencia actualizante, entonces la responsabilidad de los profesionales centrados en la persona cambia a ser liberar la tendencia natural, no solo de los individuos, sino de los grupos, de otros organismos y quizás de manera más importante de la ecología (...) La tendencia formativa y una correspondiente no-directividad valora la vida, no solo a los individuos. Como tal, se vuelve “obvio que el enfoque necesita un mayor desarrollo hacia un enfoque más verdaderamente social” e “implementar auténticamente su esencia en todos los campos de la vida” (Schmid, 2001, p. 226) (...) El enfoque formativo centrado en la persona es la práctica de respetar la verdad y la diversidad de la vida, incluyendo a cada persona, cada

grupo, cada especie, y la red general misma. Es una profunda renuncia al control, no solo sobre las personas individuales, sino sobre la vida toda. Al estar implícita en la tendencia actualizante, la tendencia formativa nos ayuda a darnos cuenta de que “todo está conectado con todo lo demás” de tal manera que nuestra obligación ética debe ser más amplia que con el individuo (pp. 135, 137).

La tendencia formativa contribuye a una apreciación de la interdependencia instrumental para la autoorganización y para los aspectos transformativos del enfoque centrado en la persona.

Conclusión

La terapia descentradora: un corolario del enfoque formativo centrado en la persona

O'Hara (2006/2007) afirma: “Rogers había perdido el interés en la consultoría y la psicoterapia casi por completo (...) Cada vez sentía más que los problemas que enfrentaba la humanidad eran de mucho mayor escala de los que la consultoría individual, [que se había] descontextualizado y alienado de los problemas culturales vislumbrados, podía ayudar a resolver” (p. 54). No obstante, Rogers también tenía claro que no consideraba la vieja terapia centrada en la persona y el nuevo enfoque centrado en la persona como inherentemente diferentes (Rogers, Cornelius-White & Cornelius-White, 2005). Rogers describió a las “personas del mañana” que sobrevivirán en el futuro. Cornelius-White (2007a) resume los valores de la persona del mañana como “abiertas a la experiencia, auténticas, íntimas, capaces de vivir con el cambio y la ambigüedad, altruistas, reverentes hacia la naturaleza, constructores de instituciones igualitarias, internamente morales, menos materialistas, y anhelantes de conexiones espirituales y/o ecológicas armoniosas” (p. 65). Más allá de esto, Cornelius-White (2007a) resume cinco temas que parecen ser representativos del paradigma emergente centrado en la persona, todos congruentes con la tendencia formativa: “1) ser parte de un contexto ecológico; 2) equilibrar la dialéctica de la racionalidad y la emergencia; 3) confiar y apreciar la creatividad; 4) facilitar y adaptarse al mundo real más allá de la terapia; y 5) fundamentalmente transformar quiénes somos” (p. 67). El enfoque centrado en la persona debe vivirse en el mundo más amplio si no queremos que quede esclavizado a las condicionamientos culturales en los cuales se originó, ni limitado a los problemas de individuos aislados (Cornelius-White, 2006b; Cornelius-White & Anderson, 2007). El enfoque centrado en la persona es un enfoque para la vida, no solo para la terapia.

Referencias

- Angyal, A (1951). A theoretical model for personality studies. *Journal of Personality*, 20, 131-142.
- Barrett-Lennard, G. T. (2005). *Relationship at the centre: Healing in a troubled world*. Londres: Whurr.
- Bozarth, J. D. (1985). Quantum theory and the person-centered approach. *Journal of Counseling and Development*, 64, 179-181.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Cornelius-White, J. H. D. (2006a, May). Cultural congruence: Subtle veils of whiteness and patriarchy. *Person-Centred Quarterly*, 4-6.
- Cornelius-White, J. H. D. (2006b). Environmental responsibility: A social justice mandate for counselors. Manuscrito propuesto para publicación. Missouri State University.
- Cornelius-White, J. H. D. (2006c). A review and evolution of Rogers' theory of education. Manuscrito propuesto para publicación. Missouri State University.
- Cornelius-White, J. H. D. (2006d, August). Environmental responsibility, the formative tendency and well-being. *Person-Centred Quarterly*, 11-12.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007a). Leading a good life: The evolving paradigm from the PCE 2006 Keynote addresses. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(1), 61-71.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007b). Learner-centered teacher-student relationships are effective: A meta-analysis. *Review of Educational Research*, 77, 113-143.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007c). The actualizing and formative tendencies: Prioritizing the motivational constructs of the person-centered approach. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(2), 129-140.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007d). Congruence as extensionality. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(3), 196-204.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007e). Congruence. In M. Cooper, P. F. Schmid, M. O'Hara & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred therapy* (pp. 168-181). Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Cornelius-White, J. H. D. & Anderson, A. L. (2007, February). Digging in the white soil of person centered therapy. *Person-Centred Quarterly*, 5-8.

- Cornelius-White, J. H. D. & Harbaugh, A. P. (2010). *Learner-centered instruction: Building relationships for student success*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Goldstein, K. (1939). *The organism*. Nueva York: American Book.
- Johnson, D. W. & Johnson, R. (1994). *Learning together and alone: Cooperative, competitive, and individualistic learning* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- King, M. (1964). *Heidegger's philosophy*. Nueva York: Macmillan.
- Kriz, J. (1991). Mental health: Its conception in systems theory. An outline of the person-centered systems approach. In M. J. Pelaez (Ed.), *Comparative sociology of family, health and education*, Vol. XX (pp. 6061–6083). Málaga, España: University of Malaga Press.
- Kriz, J. (1992). *Systemtheorie, Vol 1: Chaos und Struktur*. Múnich / Berlín: Quintessenz.
- Kriz, J. (1997). On chaos and order. *Gestalt theory*, 19, 197–212.
- Kriz, J. (1999). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner* (3rd ed.). Viena: UTB/Facultas.
- Kriz, J. (2004). *Lebenswelten im Umbruch*. Viena: Picus.
- Kriz, J. (2006). *Self-actualization*. Norderstedt, Alemania: BoD.
- Kriz, J. (2007). Actualizing tendency - The link between person-centered and experiential psychotherapy and interdisciplinary systems theory. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(1), 30-44.
- Matthies, M., Malchow, H. & Kriz, J. (Eds.). (2001). *Integrative systems approaches to natural and social dynamics*. Heidelberg: Springer.
- O'Hara, M. (2006/2007). Psychological literacy for an uncertain world: Another look at Rogers' persons of tomorrow. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(1), 45-60.
- O'Hara, M. & Wood, J. K. (1983). Patterns of awareness: Consciousness and the group mind. *The Gestalt Journal*, 6, 103-116.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science, Vol. 3*. N.Y.: McGraw Hill. Traducción: (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Bs. As.: Nueva Visión.

- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn: A view of what education might become*. Columbus, Ohio: Merrill. Traducción española: (1974). *Libertad y creatividad en la educación: El sistema no-directivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. Nueva York: Delacorte. Traducción española: (1980). *El poder de la persona*. México: Manual Moderno.
- Rogers, C. R. (1978). The formative tendency. *Journal of Humanistic Psychology*, 18, 23-26.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción portuguesa: Traducción española [Contenido dividido]: Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder; y Rogers, C. R. (1986). *El camino del ser*. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80's*. Columbus, Ohio: Merrill. Traducción española: (1986). *Libertad y creatividad en la educación: En la década de los ochenta*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. & Russell, D. E. (2002). *Carl Rogers the quiet revolutionary: An oral history*. Roseville, California: Panmarin.
- Rogers, C. R., Cornelius-White, J. H. D. & Cornelius-White, C. F. (2005). Reminiscing and predicting: Rogers's beyond words speech and commentary. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 383-396.
- Schmid, P. F. (2001). Authenticity: The person as his or her own author: Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory, and practice, Vol. 1: Congruence* (pp. 213-225). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2005). Facilitative responsiveness: Non-directiveness from anthropological, epistemological and ethical perspectives. In B. E. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st Century* (pp. 75-95). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Seeman, J. (2001). On congruence: A human system paradigm. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory, and practice, Vol. 1: Congruence* (pp. 200-212). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Wyatt, G. (2001). Congruence: A synthesis and implications. En G. Wyatt (Ed.) *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory, and practice, Vol. 1. Congruence* (pp. 229-240). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.

LOS COLORES UNIDOS DE LAS PSICOTERAPIAS CENTRADA EN LA PERSONA Y EXPERIENCIAL¹

Germain Lietaer

Durante los últimos treinta años la psicoterapia y la consultoría centrada en la persona se han desarrollado considerablemente (Barrett-Lennard, 1998). Además de su propio desarrollo desde adentro (por ejemplo, como se evidencia por una creciente diferenciación con respecto a las poblaciones clínicas y los procesos específicos; véase: Lietaer, Rombauts & Van Balen, 1990; Finke, 1994; Lietaer & Van Kalmthout, 1995; Sachse, 1996; Eckert, Höger & Linster, 1997), aparecieron a partir de ella dos ramas experienciales de la psicoterapia: la orientada hacia la focalización (Gendlin 1996) y la procesal experiencial (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Además, este campo más amplio de la psicoterapia centrada en la persona/experiencial fue influenciado por ideas y procedimientos de la psicoterapia existencial (Yalom, 1980; Swildens, 1997; van Deurzen-Smith, 1996), por las visiones humanistas interpersonales (Yalom, 1995; Kiesler, 1996), y por los métodos de acción experiencial tales como el psicodrama (Wilkins, 1999; Verhofstadt-Denève, 1999) y las formas no verbales de expresión (N. Rogers, 1993). Esta creciente “confederación” dentro del marco de referencia humanista está haciéndose visible en manuales recientes tales como: Cain & Seeman, 2002; Keil & Stumm, 2002; Greenberg, Watson & Lietaer, 1998. La fundación de la Asociación Mundial para la Psicoterapia Centrada en la Persona/Experiencial y el Counseling, y el lanzamiento de esta nueva revista: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*² son, desde mi punto de vista, importantes pasos adicionales para reunir estos distintos enfoques y crear un foro internacional para el diálogo intensivo y el mutuo enriquecimiento.

En la Conferencia Mundial de Psicoterapia Centrada en la Persona y Experiencial, en Chicago (ICCEP, 2000), propuse una ampliación de la

1 Fuente: Lietaer, G. (2002). The united colors of person-centred and experiential psychotherapies. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 4-13.

2 Publicación en la que apareció originalmente este trabajo. (Nota de la editora)

“ecuación de proceso” de Rogers (1961) para crear un marco dentro del cual las visiones en desarrollo y los subenfoces pudieran sentirse “en casa” (Lietaer, 2002). Sin embargo, un tema fundamental requiere mayor elucidación: este “paradigma” más amplio de la psicoterapia centrada en la persona y experiencial ¿exhibe suficiente coherencia? ¿O es simplemente un *smorgasbord* de perspectivas que en muchos aspectos difieren demasiado entre sí? ¿Existe una identidad común y un núcleo que une a las diversas subdisciplinas? Para formular una respuesta –personal y tentativa– a esta pregunta, propongo investigar el paradigma desde tres perspectivas: su visión del ser humano, su foco en el *yo-mismo* experienciante, y centralidad en la persona y su visión de la relación terapéutica. Al hacerlo, reflexionaré sobre el contenido identificacional de las características relevantes y sobre las posibles divergencias entre las suborientaciones. (Partes de este documento están basadas en Lietaer, 2002).

Imagen del ser humano

Todas las suborientaciones arriba mencionadas pertenecen a la llamada “tercera fuerza”, el enfoque humanista en psicología. Una dimensión importante en la cual la psicología humanista –con figuras claves como Rogers y Maslow– difiere del conductismo y del psicoanálisis es la imagen que tienen del ser humano. A este respecto encontramos cuatro aspectos frecuentemente mencionados en la bibliografía. Aquí están resumidos en una cápsula (para una descripción más extensa, véase Lietaer, 2002):

- La persona no es solo un ser reactivo sino que es *proactivo*, impulsado por una tendencia hacia la actualización. Se supone que el ser humano no solo está orientado hacia la homeostasis y la reducción de la tensión, sino que busca activamente nuevos estímulos que puedan fomentar su crecimiento. También significa que el consultante en terapia es considerado un agente activo y un autosanador (Bohart & Tallman, 1999; Brodley, 1999; Rennie, 1998).
- El ser humano no está completamente determinado, sino que, hasta cierto grado, es un arquitecto de sí mismo. Dentro de los límites del propio destino aún queda un *margen de libertad*. En esencia, el objetivo de la psicoterapia es aumentar esa libertad, facilitar la autodeterminación, la autorresponsabilidad y la libertad de elección. Esta posición está en agudo contraste con la forma en la que a menudo se describe el objetivo de la psicología desde la perspectiva positivista; a saber, la “predicción y el control” de la conducta humana.

- Los seres humanos son *prosociales*: su anhelo por contacto y conexión corresponde tanto al centro de su ser como a sus tendencias más autocentradas. Como corolario de esta visión podría plantearse que la naturaleza humana –en las condiciones óptimas de crecimiento– es digna de confianza.
- La persona vive en un campo de tensión entre la autonomía y la pertenencia. Uno de los objetivos claves de nuestra existencia implica encontrar el balance entre estos dos polos. Cuando este esfuerzo no tiene éxito, uno se desliza, ya sea hacia la fusión o hacia el aislamiento. A pesar de que esta temática ha sido desarrollada particularmente dentro de la escuela psicodinámica interpersonal, se vincula excepcionalmente bien con la construcción teórica de Rogers (1959) y una diversidad de autores más jóvenes de nuestra orientación (Schmid, 1998a; Biermann-Rajten, 1998; Van Kalmthout, 1995).

Estos cuatro aspectos de la concepción humanista del ser humano –que además comparten una cercana relación entre sí– son, en mi opinión, compartidos en gran medida por representantes de las diversas orientaciones del paradigma centrado en la persona/experiencial. Por supuesto hay diferencias de “graduación” tanto dentro como entre las suborientaciones. Para algunos, por ejemplo, la creencia en el poder de la tendencia actualizante es la piedra fundamental de su visión de la terapia, una visión que por lo tanto implica la suposición de que la no-directividad conforma el núcleo de su método de trabajo (Bozarth, 1998). En contraste, otros que insisten igualmente en la autoagencia de los consultantes, enfatizan con más fuerza que la tendencia hacia la actualización puede ser seriamente dañada, que algunas veces dicho daño es irreparable, y que en ocasiones el “automantenimiento” (y no la “autoactualización”) puede ser el único objetivo realista; además, se sostiene que a veces se necesitan formas de intervención más directivas para restaurar el proceso de autoactualización.

En cuanto al carácter “prosocial” de los humanos se refiere, aquí nuevamente descubrimos claras diferencias de opinión. Solo es necesario recordar la carta abierta de Rollo May a Carl Rogers, en la cual May acusa a Rogers de situar la causa del mal demasiado fuera de la persona (May, 1982). En general, la presuposición de la base social de la naturaleza humana (en oposición a la perspectiva freudiana clásica, en la cual deben controlarse los impulsos peligrosos del Ello), es aceptada por las diversas alas de nuestro paradigma, pero no todo el mundo comparte en la misma medida la confianza en que una persona plenamente funcional llega “espontáneamente” a escoger opciones socioconstructivas, por así decirlo. Algunos ven esto como una tarea típicamente humana que requiere mucho coraje, y por virtud de la cual el individuo a veces se encara con un desgarrador conflicto entre opciones. En cuanto a la dialéctica entre la autonomía y la pertenencia

se refiere, todas las formas de la psicoterapia humanista ubican inicialmente el énfasis en el polo de la autonomía. Durante las dos últimas décadas, sin embargo, ha surgido una considerable crítica a este respecto, entre otros desde el campo feminista (Jordan, Kaplan, Miller, Stiver & Surrey, 1991) y, como resultado, se está otorgando mayor atención a las dimensiones de la interconectividad.

Centrado en la persona y experiencial

El nombre de nuestra organización mundial contiene dos términos: “centrado en la persona” y “experiencial”, elementos que de hecho corresponden al núcleo de nuestra identidad. Pero ¿qué denotan precisamente estos términos? ¿Y no es justamente en relación con ellos que encontramos la divergencia de visión entre las suborientaciones?

Centrado en la persona

En la evolución de la psicoterapia centrada en el cliente la expresión “centrado en el cliente” ha llegado a ser reemplazado cada vez más por “centrado en la persona” (Rogers, 1987). Sin embargo, ¿cuál es el significado preciso de “centrado en la persona”? En mi opinión, el término tiene mucho que ver con los objetivos de la terapia. Por un lado, hay tipos de terapia que están “guiados por el desorden”; están más íntimamente relacionados con el modelo médico, hacen hincapié en el uso de técnicas específicas para tratar problemas específicos y su objetivo primario se limita más a la reducción de síntomas. Por otro lado, es posible encontrar tipos de terapia exploratorias abiertas que tienen un objetivo más amplio: la persona como un proceso de desarrollo. En esta perspectiva el síntoma se considera solo como la punta de un iceberg, como un “portador concentrado de significado” (Van Kalmthout, 1995, p. 40) que proporciona, tanto al consultante como al terapeuta, el punto de entrada para una exploración más profunda de cómo el consultante se relaciona consigo mismo y con otros. Este enfoque más holístico es típico del enfoque centrado en la persona: las reclamaciones del consultante nunca se tratan aisladamente, sino en relación con el funcionamiento más amplio de toda la persona. Junto con este elemento, la atención se dirige no solo a eliminar el elemento patológico, sino que se dedica por igual a atender los recursos saludables de la persona y el potencial de crecimiento que con tanta frecuencia está enterrado debajo (Van Kalmthout, 1995).

Experiencial

El foco en el mundo fenomenológico del consultante es característico de todas estas orientaciones dentro del paradigma centrado en el cliente/experiencial. En esta dinámica, la “persona experienciante interior” es un eje central. Aunque es cierto que los distintos subenfoques emplean diversos términos (como “marco de referencia interno”, “experiencia organísmica” o “sensación corporalmente sentida”) y que el proceso experiencial se estudia a la luz de diversas teorías (como la teoría de procesamiento de información y las teorías de las emociones), el mundo experiencial subjetivo del consultante como vía privilegiada para el trabajo terapéutico sigue siendo la característica más típica de las terapias experiencial-humanistas. En esto se distinguen claramente de otros paradigmas psicoterapéuticos.

A lo largo del tiempo, dentro de la familia experiencial-humanista, se ha construido un enorme cuerpo de conocimientos sobre el proceso de experienciación y cómo se despliega en el cambio de personalidad (Rogers, 1959; Gendlin, 1964; Wexler, 1974; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg & Van Balen, 1998). Junto con una variedad de aspectos pertenecientes a la relación terapéutica (véase más abajo), el foco del proceso de experienciación constituye en mi opinión el núcleo más profundo de nuestro paradigma. El proceso de experienciación es considerado el sustrato de la vida psicológica y comprende aspectos emocionales, cognitivos y volitivos. Es posible distinguir distintos niveles de consciencia—desde la sensación corporal preconceptual hasta la consciencia reflexiva— y la simbolización de lo que es sentido implícitamente conduce al despliegue y a pasos de cambio. En las terapias experienciales es típica una profunda confianza en la “sabiduría” del cuerpo: el proceso de valoración organísmica se considera la “brújula” de la tendencia actualizante, la “voz” de nuestro sistema emocional adaptativo; contiene una dirección de crecimiento orientada hacia el futuro y tendencias de acción. Entonces, la autoexploración es vista como más fructífera cuando es experiencial y no meramente conceptual, cuando hay un movimiento en zigzag entre la simbolización consciente y la sensación sentida. El resultado general de este tipo de autoexploración es un aumento en la calidad del proceso de funcionamiento, el autoconcepto o los esquemas del yo-mismo se vuelven más flexibles en el sentido de que se permiten ser influenciados y cambiados por la nueva información.

Observando estas dos piedras angulares de nuestro paradigma, nos enfrentamos a una situación extraña: creo que los terapeutas experienciales concuerdan en que son centrados en la persona; sin embargo, no todos los terapeutas centrados en la persona concuerdan en que son experienciales. El titubeo de algunos de nosotros de etiquetarnos como experienciales no tiene que

ver con el foco en sí mismo –realmente creo que *todos* los terapeutas centrados en el cliente/experienciales consideran el mundo experiencial/fenomenológico del consultante como la vía central para su trabajo– sino con *cómo*, como terapeuta, uno trata de facilitar la autoexploración experiencial. Hay –como lo llama Warner– “niveles de intervención”, que ella define como “el grado en el que un terapeuta trae material desde afuera del marco de referencia del consultante, y el grado en el cual esto se hace desde una postura de autoridad o pericia” (2000, p. 31). Sin duda es con respecto a los niveles de intervención que encontramos grandes diferencias entre los terapeutas centrados en la persona de diferentes suborientaciones (e incluso dentro de las suborientaciones): desde los que siguen de manera casi exclusivamente empática, pasando por quienes responden más desde el propio marco de referencia, quienes dan directivas de proceso o proponen algunos procedimientos específicos como función de las tareas específicas del consultante. Sin embargo, estoy convencido –como propondré en el próximo punto– de que, dentro de ciertos límites, puede aplicarse un estilo más directivo de proceso de una manera que no interfiera con la autonomía del consultante y con una postura centrada en la persona.

La relación terapéutica

Probablemente Rogers será recordado en la historia de la psicoterapia por su visión de las actitudes relacionales básicas del terapeuta y por su insistencia en la importancia de estas para el proceso de cambio terapéutico. Pero ¿cuál es la esencia de la relación terapéutica para el terapeuta centrado en el cliente/experiencial? Ante todo, creo que hay varios ingredientes relacionales sobre los cuales se hace un énfasis mayor en nuestra construcción teórica que en otras orientaciones, aunque en la práctica no son nuestro “privilegio”. Y aquí me refiero a: la congruencia, una postura de aceptación no crítica, comprensión (general), dedicación, una actitud confirmante, calidez no posesiva, respeto y no-manipulación. La investigación ha demostrado que estos “ingredientes” (a veces expresados en otros términos) pueden ser encontrados en *todas* las buenas terapias, independientemente de su orientación (Orlinsky, Parks & Grawe, 1994). Junto con estos, detecto una variedad de aspectos que indudablemente dan a nuestro método su propio color.

Empatía momento-a-momento

Como un esfuerzo continuo a lo largo del proceso terapéutico. Cada terapeuta, por supuesto, trata de comprender a su consultante, pero para nuestra orientación

son fundamentales como actividad continua de primer plano, la sintonía paso-a-paso con lo que el consultante está experimentando y la verificación de la misma mediante la comunicación (Haugh & Merry, 2001). También en las suborientaciones más directivas del proceso se enfatiza este seguimiento constante o vuelta a la pista experiencial del consultante como una actividad de base concomitante para cualquier cosa que el terapeuta haga (Bohart & Greenberg, 1997).

Un alto grado de presencia personal

Más que en otros paradigmas, la relación consultante-terapeuta se define como “encuentro” (Schmid, 1998b). Esto ha sido objeto de mayor énfasis en la terapia existencial e interpersonal. Pero también en la terapia centrada en el cliente ha habido un desplazamiento “del alter ego hacia el Yo-Tú” (Lietaer, 2001), en el cual se ha hecho prominente un “uso del yo-mismo” más libre (Rogers *et al.*, 1967). Sin embargo, me gustaría subrayar que la presencia personal del terapeuta centrado en el cliente/experiencial se fomenta no solo a través de más autorrevelación y metacomunicación explícita aquí y ahora. La postura total de atención completa, de escucha activa en un clima cálido y de aceptación, de comunicación de la propia comprensión con un toque personal, es igualmente importante, si no más. Conuerdo con Schmid en no considerar la presencia personal como una cuarta condición nuclear, sino como una “característica gestáltica” de la tríada de condiciones de Rogers: “Describe ampliamente las actitudes básicas de autenticidad, consideración positiva incondicional y empatía, de una manera existencial y en un nivel más profundo, dialógico-personal” (1998b, p. 85).

Una postura dialogal igualitaria

Ha sido mérito de Carl Rogers “democratizar” la relación de ayuda (Gendlin, 1988). La lección que aprendió fue que, para proporcionar verdadera ayuda, el terapeuta debe estar en contacto con el problema a medida que el consultante lo experimenta y debe seguir al consultante dentro de su propio marco de referencia. ¡No es el terapeuta, sino el consultante, el que sabe! Este principio básico sigue siendo importante también en las suborientaciones cuya directividad procesal es una parte más explícita de su método de trabajo. A propósito evito el uso del término “no-directivo”, porque creo que es confuso e impreciso (Lietaer, 1998). La psicoterapia siempre es un proceso de coconstrucción; por lo tanto, es directiva por naturaleza. Lo importante es que el proceso permanezca en

manos del consultante, que consultante y terapeuta colaboren sobre una base igualitaria, cada uno con su propia pericia y recursos (el consultante más en contenidos, el terapeuta más en procesos). Podemos considerarnos como “parteros” que, siguiendo y conduciendo de una manera balanceada y gentil, facilitamos el despliegue del proceso autodirigido de nuestros consultantes. Usar el conocimiento diagnóstico o proponer ciertos procedimientos puede ser parte de nuestro trabajo diferencial con los consultantes: siempre y cuando se haga de una manera dialógica y no impositiva, siempre y cuando nos mantengamos en contacto con su pista experiencial, siempre y cuando usemos estos procedimientos o este conocimiento solo como herramientas, solo como “hilos de pescar, no peces” (Gendlin, 1974, p. 243). Sé que este es uno de los temas controversiales entre nosotros y espero que podamos tratarlo a través de un vivo debate en nuestra nueva revista. Sin embargo, a pesar de las diferencias de opinión sobre este tema, creo que puede decirse que todos valoramos vigorosamente –y más que en otros paradigmas– una alianza de trabajo con una base igualitaria.

Crucialidad de las condiciones del terapeuta rogeriano

Como ya he mencionado, varios ingredientes de la tríada rogeriana de condiciones del terapeuta son ampliamente aceptados como importantes “aspectos de conexión” por otras orientaciones. Sin embargo, lo que continúa siendo típico de nuestro paradigma es la creencia de que estas condiciones son “cruciales”, que por sobre todas las cosas son más importantes que los aspectos técnicos de nuestro trabajo. No obstante, aquí también confrontamos diferencias. Para algunos, estas condiciones son “necesarias y suficientes”, para otros son “necesarias pero no suficientes” y deberían ser suplementadas con otros procedimientos. Creo que nunca podremos encontrar la respuesta al tema de la suficiencia, puesto que las condiciones del terapeuta nunca se implementan en su máximo grado y no hay estudios disponibles en los cuales todos los consultantes sean curados. Deberíamos darnos cuenta, sin embargo, que concordamos en la *crucialidad* de las condiciones del terapeuta rogeriano.

Conclusión: aspectos de identidad de primero y segundo orden

A partir de mi visión general, debería quedar claro que, en mi opinión, los diversos enfoques dentro del paradigma centrado en la persona/experiencial sin duda

comparten un núcleo común de identidad. Con la intención de proporcionar una síntesis matizada, establezco una distinción entre aspectos de identidad de primero y segundo orden. Los aspectos de primer orden son elementos que considero específicos de nuestro paradigma; corresponden al núcleo más profundo de nuestra identidad. Para mí, el foco en el yo-mismo experienciante y los cuatro aspectos mencionados en “La relación terapéutica” corresponden a esta categoría. Los aspectos de segundo orden son objeto de énfasis explícito en nuestra teoría terapéutica, aunque también son característicos de algunos otros paradigmas o algunos subenfoques dentro de ellos. En esta categoría colocaría el centrarse en la persona y los cuatro aspectos mencionados en “Imagen del ser humano”.

En mi opinión, el centrarse en la experiencia cae entonces entre los aspectos de primer orden, mientras que el centrarse en la persona corresponde a los aspectos de segundo orden. Esto es así porque la mayoría de las otras modalidades exploratorias abiertas de psicoterapia tampoco están orientadas a los síntomas sino centradas en la persona. Y en cuanto a las características de la imagen del ser humano, también las ubico entre los aspectos de segundo orden; nuevamente porque no son únicas de nuestro paradigma: la autoagencia, por ejemplo, sin duda está implícita en muchos otros enfoques, y la naturaleza prosocial del ser humano también es reconocida en el ala objetorrelacional y de la psicología del yo-mismo del paradigma psicodinámico. Para mí, la configuración única de aspectos de identidad de primero y segundo orden da a las diferentes ramas una sólida base comunitaria: más que suficiente para sentirse como una familia cercana, como “una nación, muchas tribus” (Warner, 2000). Por supuesto que también hay diferencias entre las tribus; aunque más en grado que en esencia, en mi opinión. Pero estas diferencias en realidad no son mayores que en otros paradigmas. Y lo que es más importante, deberíamos aprender a tolerar cierta ambigüedad y a dar la bienvenida a la diversidad: es un signo de estar vivos y una ocasión para el debate, una mayor reflexión y una fertilización cruzada.

Esto me lleva a mis más profundos deseos y sueños con respecto a que nuestra nueva revista: que esta pueda convertirse en un excelente lugar de encuentro para las diferentes voces dentro del todo polifónico de un enfoque centrado en la persona/experiencial/humanista de la psicoterapia y de la consultoría concebido de manera amplia, que pueda ser penetrado por un clima de apertura y respeto por las diferentes visiones, para que pueda ser verdaderamente internacional y alcanzar altos niveles de criterios académicos y profesionales. Estoy seguro de que los tres coeditores –con toda la capacidad y experiencia que tienen– harán su mejor esfuerzo para desarrollar estas cualidades, ¡y espero que muchos académicos de todo el mundo los ayuden en esta emocionante aventura!

Referencias

- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system: Journey and substance*. Londres: Sage.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1998). On the development of the person in relationships. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 106-118). Londres: Sage.
- Bohart, A. C. & Greenberg, L. S. (Eds.). (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Brodley, B. T. (1999). The actualizing tendency concept in client-centered theory. *The Person-Centered Journal*, 6(2), 108-120.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-centred therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Cain, D. & Seeman, J. (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. W. (Eds.). (1997). *Praxis der Gesprächspsychotherapie: Störungsbezogene Falldarstellungen*. Stuttgart, Alemania: Kohlhammer.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion: Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart, Alemania: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 102-148). Nueva York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 211-246). Nueva York: Wiley. Traducción española: (1997). Psicoterapia centrada en el cliente y experiencial. En Alemany, C. (Ed.), *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de Eugene T. Gendlin* (pp. 197-207). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gendlin, E. T. (1988). Carl Rogers (1902-1987). *American Psychologist*, 43(2), 127-128. Traducción española: (1997). In memoriam: Carl Rogers. En Alemany, C. (Ed.), *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de Eugene T. Gendlin* (pp. 367-371). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. Nueva York: Guilford Press. Traducción española: (1999). *El focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Greenberg, L. S. & Van Balen, R. (1998). The theory of experience-centered therapies. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 28-57). Nueva York: Guilford.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York: Guilford Press. Traducción española: (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C. & Lietaer, G. (Eds.). (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Haugh, S. & Merry, T. (Eds.). (2001). *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Vol. 2. Empathy*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Jordan, J. V., Kaplan, A. G., Miller, J. B., Stiver, I. P. & Surrey, J. L. (1991). *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center*. Nueva York: Guilford.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (Eds.). (2002). *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. Viena: Springer.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology and psychotherapy*. Nueva York: Wiley.
- Lietaer, G. (1998). From non-directive to experiential: A paradigm unfolding. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 62-73). Londres: Sage. Traducción española: (1988/1997). La evolución histórica del paradigma de Carl Rogers y la terapia centrada en el cliente: De la actitud no-directiva a la actitud experiencial. [En *Homenaje a Carl Rogers* (número especial)] *Revista de Psicoterapia*, 8(32), 23-35.
- Lietaer, G. (2001). Being genuine as a therapist: Congruence and transparency. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Vol. 1. Congruence* (pp. 36-54). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Lietaer, G. (2002). The client-centered/experiential paradigm in psychotherapy: Development and identity. In J. Watson, R. Goldman & M. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp.1-15). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.

- Lietaer, G. & Van Kalmthout, M. (Eds.). (1995). *Praktijkboek Gesprektherapie: Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering*. Leusden, Países Bajos: De Tijdstroom.
- Lietaer, G., Rombauts, J. & Van Balen, R. (Eds.). (1990). *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven, Bélgica: Leuven University Press.
- May, R. (1982). The problem of evil: An open letter to Carl Rogers. *Journal of Humanistic Psychology*, 22(3), 10-21 (with comments by Rogers, Bakan and Friedman in No. 4).
- Rennie, D. L. (1998). *Person-centred counselling. An experiential approach*. Londres: Sage.
- Rice, L. N. (1974). The evocative function of the therapist. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311). Nueva York: Wiley.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science, Vol. 3* (pp. 184-256). Nueva York: Mc Graw-Hill. Traducción española: (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. R. (1961). A process equation of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 15, 27-65. Traducción española: 1972). Una concepción de la psicoterapia como proceso. En *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica* (pp. 117-146). Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1987). Client-centered? Person-centered? *Person-Centered Review*, 2, 11-13.
- Rogers, C. R. et al. (1967). A dialogue between therapists. In *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 507-520). Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Rogers, N. (1993). *The creative connection: Expressive arts as healing*. Palo Alto, California: Science and Behavior.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen, Alemania: Hogrefe.
- Schmid, P. F. (1998a). On becoming a person-centred approach: A person-centred understanding of the person. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 38-52). Londres: Sage.

- Schmid, P. F. (1998b). The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 74-90). Londres: Sage.
- Swildens, J. (1997). *Procesgerichte Gesprekstherapie* (rev. ed.). Leusden, Países Bajos: De Tijdstroom.
- van Deurzen-Smith, E. (1996). *Everyday mysteries: Existential dimensions of psychotherapy*. Londres: Routledge.
- Van Kalmthout, M. (1997). *Persoonsgerichte Psychotherapie*. Leusden, Países Bajos: De Tijdstroom.
- Verhofstadt-Denève, L. (1999). *Theory and practice of action and drama techniques: Developmental psychotherapy from an existential–dialectical viewpoint*. Londres: Jessica Kingsley.
- Warner, M. S. (2000). Person-centered psychotherapy: One nation, many tribes. *Person-Centered Journal*, 7(1), 28-39.
- Wilkins, P. (1999). *Psychodrama*. Londres: Sage.
- Yalom, I. D. (1980). Existential isolation and psychotherapy. In *Existential psychotherapy* (pp. 392-415). Nueva York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1995). Interpersonal learning. In *The theory and practice of group psychotherapy* (pp. 17-46). Nueva York: Basic Books.

LA RIQUEZA DE LA DIVERSIDAD DEL ENFOQUE CENTRADO EN LAS PERSONAS: UNA PERSPECTIVA IBEROAMERICANA¹

Alberto S. Segreña

Algunas precisiones iniciales

Considero importante hacer algunas precisiones para delimitar el alcance de este trabajo.

La expresión *enfoque centrado en las personas* es empleada por algunos profesionales mexicanos al referirnos a nuestro marco de comprensión de la realidad para manifestar explícitamente su perspectiva social y para reconocer que todos somos personas, que centrarnos nos incluye, como sujetos relacionales, tanto a los consultores y psicoterapeutas, y en general, a los promotores del desarrollo humano, como a los grupos o personas con quienes trabajamos, o, en términos más amplios, nos encontramos en relaciones.

El enfoque centrado en las personas ha sido descrito por el mismo Carl Rogers (1980) como una manera de ser; comparto la opinión de que dicho enfoque no puede reducirse meramente a una posición teórica o profesional, mas tampoco excluye una sistematización intelectual teórica.

El enfoque centrado en las personas es un marco sólido, abierto, flexible y en evolución para la comprensión y la promoción de los grupos y de los seres humanos; sin embargo, esto no nos autoriza a adjudicarnos la exclusividad de la acción del desarrollo humano, que puede ser llevada a cabo a partir de enfoques diversos, tales como el psicoanalítico, el marxista, el conductual, entre otros.

El enfoque centrado en las personas nació en el campo de la psicología clínica; posteriormente, Rogers amplió sus alcances, planteó la existencia de una teoría general de las relaciones humanas y su aplicación a diversos ámbitos de la vida humana. Actualmente, se incluyen los campos de trabajo en ámbitos de

1 Este trabajo aprovecha elementos de trabajos anteriores sobre el tema. (Nota del autor).

vida como la intimidad personal, la educación, la organización, la sociedad y la trascendencia -espacios naturales de desenvolvimiento de aspectos esenciales del funcionamiento humano-, dignos de igual importancia que la consultoría o psicoterapia para promover una existencia humana plena.

El enfoque centrado en las personas es una teoría del funcionamiento, el desarrollo y las relaciones de los grupos y seres humanos que forma parte de la amplia familia de enfoques humanistas; sin embargo, debemos distinguir las similitudes y diferencias que tiene con las ideas de Fritz Perls, Abraham Maslow, Rollo May, Viktor Frankl y otros iniciadores de corrientes humanistas para evitar el riesgo de confusiones de en su comprensión.

El enfoque centrado en las personas, surgido entre psicólogos, es actualmente el fundamento del trabajo de diversos profesionistas: educadores, sociólogos, politólogos, filósofos, teólogos, arquitectos, músicos, ingenieros, astrónomos, entre otros, en un esfuerzo conjunto por elaborar una visión transdisciplinaria holística de los grupos y de las personas humanos, su funcionamiento, sus relaciones y la promoción de su desarrollo.

El enfoque centrado en las personas permanece vigente y pujante como fundamento para nuestro trabajo académico y profesional. Procuraré mostrar en este trabajo la riqueza de la diversidad teórica y de la aplicación del enfoque centrado en las personas, haciendo énfasis en datos correspondientes a la región cultural iberoamericana de lengua española y portuguesa.

Diversidad teórica: ¿matices diferenciales o tribus?

En Europa y en Estados Unidos de América es muy común hablar de las tribus del enfoque centrado en las personas, expresión utilizada, por primera vez, por Margaret Warner (1997) en la IV Conferencia Internacional sobre Psicoterapia Centrada en la Persona y Experiencial, en Lisboa, Portugal, como parte del título de su presentación: La psicoterapia centrada en la persona: una nación, muchas tribus,² popularizada, con una perspectiva europea, por Pete Sanders (2004), en su libro *Las tribus de la nación centrada en la persona: Una introducción a las escuelas de terapia relacionadas con el enfoque centrado en la persona*.³

2 *La psicoterapia centrada en la persona: Una nación, muchas tribus*. Traducción de *Person-centered psychotherapy: One nation, many tribes*, título del trabajo en inglés. (Nota del revisor técnico)

3 *Las tribus de la nación centrada en la persona: una introducción a las escuelas de terapia relacionadas con el enfoque centrado en la persona*. Traducción de *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach*, título del libro en inglés. (Nota del revisor técnico).

La expresión de tribus del enfoque centrado en las personas tiene, en mi opinión, el inconveniente de insistir en lo que divide a los estudiosos de los diversos matices teóricos del enfoque; además, tiende a considerar que cada uno de aquellos opta por uno solo de estos matices cuando, en realidad, todos tendemos a desarrollar una síntesis personal en la que incluimos elementos de distintas líneas de desarrollo teórico. Por ello, prefiero hablar de matices teóricos diferenciales.

Estudiar y comparar los matices teóricos diferenciales del enfoque nos posibilita asumir un esfuerzo de comprensión recíproca entre las diversas líneas de desarrollo del enfoque centrado en las personas, eliminar inútiles desprecios y buscar su enriquecimiento mutuo, ya que todas poseen elementos complementarios existentes, al menos en germen, en el pensamiento original de Rogers, y no tienen porqué ser vistas como opuestas ni excluyentes. Desde mi personal punto de vista, puedo distinguir en la actualidad las siguientes líneas diferenciales de desarrollo del enfoque:

*Clásica*⁴

La línea clásica es la línea original; hace énfasis en la no-directividad y en centrarse en el consultante. Proviene de los trabajos de Carl Rogers (Rogers, 1942, 1951, 1959, 1961, 1969, 1970, 1972, 1977, 1980, 1983; Rogers & Freiberg, 1994; Rogers & Kinget, 1959a, 1959b; Rogers & Stevens, 1967; Rogers & Wallen, 1946), se desarrolló inicialmente en el Centro de Consultoría de la Universidad de Chicago⁵ (1945-1957) y fue complementada por el trabajo con grupos promovido en el Centro de estudios de la Persona,⁶ La Jolla, California (1964-1987). Entre sus representantes destacan: Jerold Bozarth (1998) y Barbara Brodley (1997), EE.UU.; André de Peretti (1966, 1974) y Hubert Hannoun (1972), Francia. En la región cultural iberoamericana, sus principales exponentes son: Juan Lafarga (2013), México; Enrique Justo (1973, 2002) y Rachel Rosenberg (Rogers & Rosenberg, 1977; Rosenberg, 1987), Brasil.

4 *clásica*. Traducción de *classic*, empleado en inglés. (Nota del revisor técnico)

5 *Centro de Consultoría de la Universidad de Chicago*. Traducción de *University of Chicago Counseling Center*, nombre de la unidad en inglés. (Nota del revisor técnico)

6 *Centro de Estudios de la Persona*. Traducción de *Center for Studies of the Person*, nombre de la institución en inglés. (Nota del revisor técnico)

Experiencial⁷

La línea experiencial fue la segunda línea en desarrollarse; pone énfasis en la experienciación (*experiencing*) y en la focalización (*focusing*) en el propio cuerpo como medio privilegiado de contacto con aquella. Está fundada en los estudios sobre la personalidad de Eugene Gendlin (1962, 1978, 1986, 1996), y cuenta con trabajos en diversos países, entre ellos: Martin Siems (1986), Alemania; Johan Amodeo (Amodeo & Wentworth, 1986) y Anne Weiser (1996), EUA; y Kevin Flanagan (1998), Irlanda. En la región cultural iberoamericana se encuentran: Elena Frezza (1993, 2008a, 2008b), Argentina; Edgardo Riveros (2000, 2008, 2009), Chile; Carlos Alemany (1983, 1995, 1997), España; y Salvador Moreno (2009), México.

Experiencial-procesual⁸

La línea experiencial-procesual comenzó en Canadá; su especial interés es la focalización y el trabajo con las emociones, el estudio detallado de los elementos del proceso y el recurso a aspectos gestálticos. Representada inicialmente por Laura North Rice y continuada por Leslie Greenberg, Canadá, y Robert Elliott, este último, primeramente en EE.UU., y actualmente en Escocia (Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, 2000). En la región cultural iberoamericana: Carmen Mateu (Mateu & Vázquez, 1997), España.

Fenomenológica-existencial⁹

La línea fenomenológica-existencial tuvo su auge inicial en Europa, EE.UU. y Brasil; hace énfasis en elementos filosóficos existenciales, fenomenológicos y hermenéuticos. En mi opinión, incluye la perspectiva perceptual¹⁰ de Arthur Combs (1999) y los trabajos sobre la preterapia¹¹ de Garry Prouty (Prouty, 1994; Prouty, Van Werde & Pörtner, 2002), EUA. En la región cultural iberoamericana

7 *experiencial*. Traducción de *experiential*, empleado en inglés. (Nota del revisor técnico)

8 *experiencial-procesal*. Traducción de *process-experiential*, empleado en inglés por Rice, Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

9 *fenomenológica-existencial*. Traducción de *existential-phenomenological*, empleado en inglés. (Nota del revisor técnico)

10 *perceptual*. Traducción de *perceptual*, empleado en inglés por Combs. (Nota del revisor técnico)

11 *preterapia*. Traducción de *pre-therapy*, empleado en inglés por Prouty. (Nota del revisor técnico)

destacan: Mauro AmatuZZi (1989), Johannes Poelman (1993), Diana Belém (2000), Francisco Cavalcante (Cavalcante & Sousa, 2008) y Virgínia Moreira (Moreira, 2001, Moreira & Sloan, 2002), Brasil.

Trascendental¹²

La línea trascendental, con variados orígenes, enfatiza aspectos espirituales, religiosos, transpersonales o de consciencia. Es trabajada, entre otros, por: Peter Schmid (1989), Austria; Yves Saint-Arnaud (1969), Canadá; Charles Curran (1952), EE.UU.; y Brian Thorne (1991, 1998, 2002), Inglaterra. En la región cultural iberoamericana están: Elias Boainain (1999) y Mauro AmatuZZi (2005), Brasil; Luis Jorge González (1981) y Ana María González (1995), México.

Expresiva¹³

La línea expresiva, iniciada por Natalie Rogers (1993), integra y desarrolla elementos de arte, de movimiento y corporales y, en algunos casos, establece puentes con la gestalt y el psicodrama. En mi opinión, incluye los trabajos sobre la terapia de grupo¹⁴ de Virginia Axline (1947), EE.UU.; y de Janet West (1992), Inglaterra. En la región cultural iberoamericana, lamentablemente, no conozco libros publicados.

Analítica¹⁵

La línea analítica incluye elementos de diversos planteamientos de la psicología profunda, con especial interés en la psicología del yo-mismo¹⁶ de Heinz Kohut y otros desarrollos analíticos. Representada por Edwin Kahn (1985, 1989), EE.UU. En la región cultural iberoamericana, sus pioneros fueron: Marcelo Lerner (1974) y Manuel Artiles (1975, 1996), Argentina.

12 *trascendental*. Traducción de *transcendental*, empleado en inglés. (Nota del revisor técnico)

13 *expresiva*. Traducción de *expressive*, empleado en inglés por N. Rogers. (Nota del revisor técnico)

14 *terapia de juego*. Traducción de *play therapy*, empleado en inglés por Axline. (Nota del revisor técnico)

15 *analítica*. Traducción de *analytical*, empleado en inglés. (Nota del revisor técnico)

16 *psicología del yo-mismo*. Traducción de *self psychology*, empleado en inglés por Kohut. (Nota del revisor técnico)

Operacional¹⁷

La línea operacional nace del interés en proporcionar a diversas poblaciones: empresarios, padres, maestros, líderes y personas en general la posibilidad de desarrollar habilidades y conductas concretas que expresen las actitudes relacionales. Entre los principales iniciadores están: Robert Carkhuff (1969a, 1969b, 1973); Gerald Egan (1975a, 1975b), Thomas Gordon (Gordon, 1970, 1977; Gordon & Burch, 1974; Gordon & Gordon-Sands, 1976), Ernest Meadows (1998) y Charles Truax (Truax & Carkhuff, 1967), EE.UU.; Reinhard Tausch (1994), Alemania; y Bruno Giordani (1985, 1988), Italia. En la región cultural iberoamericana identifico a: Manuel Marroquín (Marroquín, 1991; Marroquín & Villa, 1995), España; y Lilia Martínez Otero (2003, 2005), México.

Sistémico-caótica¹⁸

La línea sistémico-caótica, la más joven de todas, integra, en proporciones variables, elementos de las teorías de sistemas y de la teoría del caos, así como de la física cuántica, para una comprensión de los grupos y seres humanos como sistemas flexibles y abiertos. Su principal exponente es Jürgen Kriz (2008), Alemania. En la región cultural iberoamericana, se distinguen: Claudio Rud (2004), Argentina; Sergio Gobbi (2002), Brasil; y Tomeu Barceló (2008), España.

Diversidad de campos y ámbitos de aplicación

El enfoque centrado en las personas nació en el campo de la psicología clínica, como una teoría de la consultoría o psicoterapia. En ese campo, Rogers y numerosos cooperadores desarrollaron los constructos centrales del enfoque partiendo de su experiencia profesional para aplicarlos a la consultoría o psicoterapia. De aquí que, durante mucho tiempo, e incluso actualmente, el enfoque sea aún conocido por muchos como terapia centrada en el cliente.

El mismo Rogers utilizó frecuentemente los términos consultoría (*counseling*) y psicoterapia de manera intercambiable; sin embargo, entre los profesionales hay concepciones diferentes, no suficientemente trabajadas, acerca de la profundidad,

17 *operacional*. Traducción de *operational*, empleado en inglés. (Nota del revisor técnico)

18 *sistémico-caótica*. Traducción de *systemic-chaotic*, empleado en inglés. (Nota del revisor técnico)

aplicabilidad y objetivos de una y otra; es preciso profundizar en las similitudes y en los matices entre los constructos representados por dichos términos.

Posteriormente, Rogers amplió sus intereses teóricos y profesionales, planteó la existencia de una teoría general de las relaciones interpersonales y su aplicación en diversos ámbitos de la vida humana. Aun así, por diversas razones, la mayoría de los profesionales y académicos que fundamentan su trabajo en el enfoque centrado en las personas siguen vinculados al campo de la psicología clínica o, cuanto más, al de la consultoría y la psicoterapia, siendo menos frecuente su participación en el ámbito de la educación y, aún menos, en los de la organización, la sociedad y la trascendencia.

Actualmente, comienzan a diversificarse los campos de trabajo para incluir ámbitos de vida como el de la intimidad personal, la educación, la organización, la sociedad y la trascendencia, espacios naturales de desenvolvimiento de aspectos esenciales del funcionamiento humano, dignos de igual importancia que la consultoría y la psicoterapia para promover una existencia humana plena.

Mencionaré algunos tipos de intervención entre las más características del trabajo en cada uno de esos ámbitos, indicando fuentes bibliográficas disponibles:

Ámbito de la intimidad personal

El trabajo en el ámbito de la intimidad personal consiste en actividades grupales y talleres dirigidos a la transformación de las personas en los que necesitamos desbordar la relación de ayuda, propia de la consultoría grupal, familiar y diádica, para abarcar la relación de reciprocidad entre amigos, parejas y familias; desarrollar intervenciones encaminadas al desarrollo de la congruencia, la aceptación y la empatía en relaciones humanas centradas no en la “otra” persona, sino en las personas en relación; trabajar un sentido plenamente humano de la sexualidad que responda a las perspectiva de género y de diversidad de orientaciones sexuales; y atender la especificidad diferencial de poblaciones particulares como, entre otras, la situación hospitalaria. En este ámbito existe un amplio número de autores: Reinhard & Anne-Marie Tausch (1981a), Alemania; Lisbeth Sommerbeck (2003), Dinamarca; Nat Raskin (Farber, Brink & Raskin, 1996), Thomas Gordon (Gordon, 1970, Gordon & Gordon-Sands, 1976), Cecil H. Patterson (1959), Garry Prouty (1994), Natalie Rogers (1993), EE.UU.; Richard Briant-Jefferies (2003) y Jan Hawkins (2002), Inglaterra. En la región cultural iberoamericana, tenemos a: Andrés Sánchez Bodas (2003), Argentina; Lenise Brandão (2000), Rogério Buys (1987), Esther Carrenho (2007), Afonso da Fonseca (1988), Johannes Poelman (1993), Rachel Rosenberg (1987a, 1987b), Antônio dos Santos (2004), Oswaldo dos Santos (1957) y Rui

Stockinger (2007), Brasil; Tomeu Barceló (2003), Alfredo Campos (1984) y José María Gondra (1975), España; Lilia Martínez Otero (2003, 2005), Rosa María Moreno (2003) y Celia Mancillas (2006), México.

Ámbito de la educación

El ámbito de la educación comprende esfuerzos educativos formales e informales, incluyendo la capacitación, que impulsen el proceso de aprendizaje significativo y la relación docente-estudiante para lograr: integrar la afectividad con la efectividad, la libertad con la disciplina, el respeto del proceso personal con la evaluación objetiva; y conciliar la importancia de la experienciación y el afecto con la necesidad de la simbolización y la sistematización de pensamiento que posibilite una necesaria comprensión de nuestra existencia, enriqueciendo así nuestra experiencia de ésta. Cuenta con aportaciones de: Reinhard Tausch & Anne-Marie Tausch (1981b), Alemania; Lucien Brunelle (1973), Daniel Hameline & Marie-Joëlle Dardelin (1967) y Marie-Louise Poeydomenge (1984), Francia; Thomas Gordon (Gordon & Burch, 1974) y Frank Milhollan & Bill E. Forisha (1972); EE.UU.; Dave Mearns & Brian Thorne (2000), Inglaterra-Escocia. En la región cultural iberoamericana, conozco a Sulami Britto (1987) y Miguel de la Puente (1970), Brasil; Eric Troncoso & Ana Repetto (1997), Chile; Ricardo Blanco (1982), Ana María González (1987) y Salvador Moreno (1983, 1993), México.

Ámbito de la organización

El ámbito de la organización requiere de consultorías y actividades que posibiliten impactar las organizaciones y las empresas; promover la creatividad productiva, la actualización por medio del trabajo, la creación de relaciones sanas de liderazgo y la cooperación en los equipos de trabajo; y fomentar la concepción de las organizaciones y las empresas como redes de relación en función de la satisfacción de las necesidades de los grupos y de los seres humanos. Cuenta con aportaciones de: Robert Carkhuff (1969a, 1969b, 1973) y Thomas Gordon (1977), EE.UU. En la región cultural iberoamericana, todavía tenemos pocos exponentes, entre ellos: Ivana Rizvi (Rizvi, 2001, 2002; Rizvi, Araújo & Lima, 1996), Brasil.

Ámbito de la sociedad

El ámbito de la sociedad nos pide asesorías a comunidades y grupos sociales encaminadas a armonizar el poder colectivo con el personal, y el desarrollo comunitario con el desarrollo personal; reconocer la diversidad cultural como riqueza y atender a los grupos desfavorecidos; adecuar el funcionamiento político para que contribuya a la resolución de los conflictos intergrupales e internacionales, al desarrollo humano de las naciones y del mundo en general y a la promoción y la cooperación, en lugar del odio y de la guerra; y a reconsiderar, a fondo, nuestras poco exploradas relaciones con el mundo en que vivimos y con el universo en general. Cuenta con aportaciones de Max Pagès (1965), Francia. En la región cultural iberoamericana, empieza a haber un mayor número de profesionales: Virgínia Moreira (Moreira, 2001, Moreira & Sloan, 2002) y Walter Parreira, (2007), Brasil; José Gómez del Campo (1999), Armando Sámano (2000), Concepción Sánchez Quintanar (1982), Alberto S. Segre (Segre & Mancillas, 1998), México; y João Hipólito (Campiche, Hippolyte & Hipólito, 1992), Portugal.

Ámbito de la trascendencia

El ámbito de la trascendencia se caracterizó, por mucho tiempo, por el trabajo desarrollado por religiosos; solo recientemente se amplía la participación de profesionales no ligados a instituciones eclesásticas. El campo de trabajo incluye intervenciones que impulsen el encuentro y el sentido de la vida humana y una más profunda comprensión de la relación de los seres humanos con el absoluto y con el universo, independientemente de las posiciones personales sobre la existencia o no de un ser superior único o múltiple, dios personal, fuerza de la naturaleza o principio metafísico. Cuenta con aportaciones de: Yves Saint Arnaud (1969), Canadá; Charles Curran (1952), EE.UU.; Brian Thorne (1998, 2002), Inglaterra; Bruno Giordani (1985), Italia. En la región cultural iberoamericana, han publicado libros al respecto: Elias Boainain (1999) y Antônio dos Santos (dos Santos, Rogers & Bowen (1987), Brasil; Javier Ortigosa (1985), España; José Luis Martín del Campo (1992) y Ana María González (1995), México.

Reflexiones finales

Llego al final de este panorama de la vida actual del enfoque centrado en las personas. Aprovecho este momento para enfatizar el carácter incompleto de mi

trabajo, ya que, debido a la dificultad de reunir la información, especialmente sobre nuestros países de la región cultural iberoamericana, están lamentablemente ausentes aquellos datos que escapan a mi conocimiento; pido disculpas a quienes esta ausencia hace injusticia en su callada labor académica y profesional. Por mi parte, concluyo: el enfoque centrado en las personas está hoy más vigente y pujante que nunca, depende de todos nosotros mantenerlo vivo y enriquecerlo.

Los invito a reflexionar sobre cuál es la síntesis personal de cada uno de nosotros. Algunas experiencias me han posibilitado observar que existen cada vez menos académicos y profesionales centrados en las personas “puros” que fundamenten su comprensión de los grupos y seres humanos en un matiz teórico y que tiende a hacerse más general una opción central complementada con una combinación de dichos diversos matices teóricos.

Considero lo anterior como un enriquecimiento y una maduración del enfoque centrado en las personas.

Referencias

- Alemany, C. (1983). Introducción a la edición española. En E. T. Gendlin, *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal* (pp. 13-18). Bilbao: Mensajero.
- Alemany, C. (Ed.). (1995). *Relatos para el crecimiento personal*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Alemany, C. (Ed.). (1997). *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de Eugene T. Gendlin*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Amatuzzi, M. (1989). *O resgate da fala autêntica: Filosofia da psicoterapia e da educação*. São Paulo: Papyrus.
- Amatuzzi, M. (Org.). (2005). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus.
- Amodeo, J. A. & Wentworth, K. (1986). *Being intimate: A guide to successful relationships*. Nueva York: Arkana. Traducción española: (1999). *Crecer en intimidad: Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. Bilbao: Desclée.
- Artiles, M. F. (1975). *La actitud psicoterapéutica: En torno a Carl Rogers*. Buenos Aires: Bonum.
- Artiles, M. F. (1996). *La sonrisa de Eros: El amor y la pareja*. Buenos Aires: Almagesto.
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción portuguesa: (1972). *Ludoterapia: A dinâmica*

- interior da infância*. Belo Horizonte, Brasil: Interlivros. Traducción española: (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Barceló, T. (2003). *Creer en grupo: Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Barceló, T. (2008). *Entre personas: Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Belém, D. M. (2000). *Carl Rogers: Do diagnóstico à abordagem centrada na pessoa*. Recife, Brasil: Bagaço.
- Blanco, R. (1982). *Docencia universitaria y desarrollo humano*. México: Alhambra.
- Boainain, Jr., E. (1999). *Tornar-se transpessoal: Transcendência e espiritualidade na obra de Carl Rogers*. São Paulo: Summus.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS. Traducción portuguesa: (2003). *Terapia centrada na pessoa: Um paradigma revolucionário*. Lisboa: Ediuial.
- Brandão, L. (2000). *Psicologia hospitalar: Uma abordagem holística e fenomenológico-existencial*. Campinas, Brasil: Livro Pleno.
- Britto, S. (1987). *Psicologia da aprendizagem centrada na pessoa*. Campinas, Brasil: Papyrus.
- Bryan-Jefferies, R. (2003). *Problem drinking: A person-centred dialogue*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Brodley, B. T. (1997). The nondirective attitude in client-centered therapy. *Person-Centered Journal*, 4(1), 18-30.
- Brunelle, L. (1973). *Qu'est-ce que la non-directivité?* París: Delagrave. Traducción española: (1975). *¿Qué es la no-directividad?* Madrid: Narcea.
- Buys, R. C. (1987). *Supervisão de psicoterapia na abordagem centrada na pessoa*. São Paulo: Summus.
- Campiche, C., Hippolyte, J. C., & Hipólito, J. (1992). *A comunidade como centro*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian.
- Campos, A. (1984). *La orientación no directiva: Enseñanza, grupos de encuentro, terapia lúdica*. Barcelona: Herder.
- Carkhuff, R. R. (1969a). *Helping and the human relations: A primer for lay and professional helpers*, Vol. 1: *Selection and training*. Nueva York: Holt, Rineholt & Winston.

- Carkhuff, R. R. (1969b). *Helping and the human relations: A primer for lay and professional helpers*, Vol. 2: *Practice and research*. Nueva York: Holt, Rineholt & Winston.
- Carkhuff, R. R. (1973). *The art of helping: An introduction to life skills*. Amherst, Massachusetts: Human Resource Development Press. Traducción portuguesa: (1976). *O relacionamento de ajuda para pais, professores, psicólogos*. Belo Horizonte, Brasil: Centro para o Desenvolvimento da Pessoa (CEDEPE).
- Carrenho, E. (2007). *Depressão: Tem luz no fim do túnel*. São Paulo: Vida.
- Cavalcante, Jr., F. S. & Sousa, A. F. de. (2008). *Humanismo de funcionamento pleno: Tendência formativa na abordagem centrada na pessoa - ACP*. Campinas, Brasil: Alinea.
- Combs, A. W. (1999). *Being and becoming*. Londres: Sage.
- Curran, C. A. (1952). *Counseling in Catholic life and education*. Nueva York: Macmillan. Traducción española: (1963). *La psicoterapia autagógica (counseling) y sus aplicaciones educativas y pastorales*. Madrid: Razón y Fe.
- Egan, G. V. (1975a). *The skilled helper: A model for systematic helping and interpersonal relating*. Belmont, California: Brooks/Cole. Traducción española: (1981). *El orientador experto: Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. México: Wadsworth.
- Egan, G. V. (1975b). *Exercices in helping skills: A training manual to accompany The skilled helper*. Belmont, California: Brooks/Cole. Traducción española: (1982). *El orientador experto: Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal: Manual de entrenamiento*. México: Wadsworth.
- Farber, B. A., Brink, D. C. & Raskin, P. M. (Eds.). (1996). *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary*. Nueva York: Guilford. Traducción española: (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers: Casos y comentarios*. Bilbao: Desclée.
- Flanagan, K. (1998). *Everyday genius: Focusing on your emotional intelligence*. Cork: Marino. Traducción española: (2001). *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Fonseca, A. H. da. (1988). *Grupo: Fugacidade, ritmo e forma: Processo de grupo e facilitação na Psicologia Humanista*. São Paulo: Agora.
- Frezza, E. (1993). Focusing: Proceso y técnica de focalización. En A. R. Sánchez-Bodas (Ed.), *¿Crear salud o curar enfermedad?* (pp. 109-140). Buenos Aires: Holos.

- Frezza, E. (2008a). Focusing and chronic pain. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 21(1), 328-337.
- Frezza, E. (2008b). Aportes del focusing en el ámbito del counseling y de la psicoterapia. En A. Grinblatt (Comp.), *Práctica del counseling en Argentina* (pp. 251-259). Buenos Aires: Georges Zanun.
- Gendlin, E. T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Nueva York: Glencoe.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing: A step-by-step technique that takes you past getting in touch with your feelings, to change them and solve your personal problems*. Nueva York: Everest House. Traducción española: (1982). *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao: Mensajero. Traducción portuguesa: (2006). *Focalização: Uma via de acesso à sabedoria corporal*. São Paulo: Gaia.
- Gendlin, E. T. (1986). *Let your body interpret your dreams*. Wilmette, Illinois: Chiron. Traducción española: (2001). *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Nueva York: Guilford. Traducción española: (1999). *El focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial*. Barcelona: Paidós.
- Giordani, B. (1985). *Il colloquio psicologico nella direzione spirituale: Il metodo di R. R. Carkhuff*. Roma: Rogate. Traducción española: (1985). *Encuentro de ayuda espiritual: Adaptación del método de R. R. Carkhuff*. Madrid: Atenas.
- Giordani, B. (1988). *Psicoterapia umanistica da C. R. Rogers a R. Carkhuff: La terapia centrata sulla persona*. Assisi, Italia: Cittadella. Traducción española: (1997). *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gobbi, S. L. (2002). *Teoria do caos e abordagem centrada na pessoa: Uma possível compreensão do comportamento humano*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica.
- Gómez del Campo, J. F. (1999). *Psicología de la comunidad: Perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones; un modelo humanista*. México: Plaza & Valdés.
- Gondra, J. M. (1975). *La psicoterapia de Carl R. Rogers: Sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- González, A. M. (1987). *El enfoque centrado en la persona: Aplicaciones a la educación*. México: Trillas.
- González, A. M. (1995). *De la sombra a la luz: Desarrollo humano-transpersonal*. México: Jus & Universidad Iberoamericana.

- González, L. J. (1981). *El diálogo liberador*. México: Librería Parroquial.
- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training: The "no-lose" program for raising responsible children*. Nueva York: Wyden. Traducción española: (1977). *PET: Padres eficaz y técnicamente preparados: Nuevo sistema comprobado para formar hijos responsables*. México: Diana. Traducción portuguesa: (1998). *Eficácia na educação dos filhos*. Lisboa: Encontro.
- Gordon, T. (1977). *Leader effectiveness training*. Nueva York: Wyden. Traducción española: (1980). *LET: Líderes eficaz y técnicamente preparados*. Traducción portuguesa: (1998). *Eficácia na liderança*. Lisboa: Encontro.
- Gordon, T. & Burch, N. (1974). *Teacher effectiveness training*. Nueva York: Wyden. Traducción española: (1979). *MET: Maestros eficaz y técnicamente preparados*. México: Diana. Traducción portuguesa: (1998). *Programa do ensino eficaz*. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.
- Gordon, T. & Gordon-Sands, J. (1976). PET [Parent Effectiveness Training] in action. Nueva York: Wyden. Traducción española: (1978). *PET en acción: Nuevas experiencias, problemas y soluciones para el entrenamiento de familias PET*. México: Diana.
- Greenberg, L. S. (2000). *Emociones: Una guía interna; cuáles sigo y cuáles no*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Nueva York: Guilford. Traducción española: (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliot, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. Nueva York: Guilford. Traducción española: (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- Hameline, D. & Dardelin, M.-J. (1967). *Liberté d'apprendre: Justifications pour un enseignement non-directif*. París: Ouvrières. Traducción española: (1973). *La libertad de aprender*. Madrid: Studium.
- Hannoun, H. (1972). *L'attitude non-directive de Carl Rogers*. París: Éditions Sociales Françaises (Sciences de l'Éducation). Traducción portuguesa: (1992). *A atitude não-diretiva da Carl Rogers*. Lisboa: Horizonte.
- Hawkins, J. (2002). *Voices of the voiceless: Person-centred approaches and people with learning disabilities*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Justo, H. (1973). Carl Rogers, teoria da personalidade, aprendizagem centrada no aluno. Porto Alegre, Brasil: Livraria Santo Antonio.

- Justo, H. (2002). *Abordagem centrada na pessoa: Consensos e dissensos*. São Paulo: Vetor.
- Kahn, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist*, 40, 893-904.
- Kahn, E. (1989). Heinz Kohut and Carl Rogers: Toward a constructive collaboration. *Psychotherapy*, 26, 555-563.
- Kriz, J. (2008). *Self-actualization: Person-centred approach and systems theory*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS Books.
- Lafarga, J. (2013). *Desarrollo Humano: El crecimiento personal*. México: Trillas.
- Lerner, M. (1974). *Introducción a la psicoterapia de Rogers*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mancillas, C. (2006). *El péndulo de la intimidad: Relatos de vida de parejas en Valle de Chalco*. México: Universidad Iberoamericana.
- Marroquín, M. (1991). *La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff* (2ª ed.). Bilbao: Mensajero.
- Marroquín, M. & Villa, A. (1995). *La comunicación interpersonal: Medición y estrategias para su desarrollo*. Bilbao: Mensajero.
- Martín del Campo, J. L. (1992). *La promoción moral no directiva: Diálogo interdisciplinar: Con la psicología de C. Rogers, con la sociología de Peter L. Berger, con la teología moral actual*. México: Universidad Pontificia de México.
- Martínez Otero, L. (2003). *Autoconocimiento y comunicación humana*. México: Universidad Iberoamericana.
- Martínez Otero, L. (2005). *Entendámonos: Guía práctica para mejorar la comunicación con los demás*. México: Paidós.
- Mateu, C. & Vázquez, G. (1997). Entrevista con Leslie S. Greenberg. *Revista de Psicoterapia [Homenaje a Carl Rogers (número especial)]*, 8(32), 73-79.
- Meadows, E. & Stillwell, W. (1998). Voicing congruence [interview]. En W. Stillwell (Ed.), *Questing voices: Interviews with person-centered practitioners* (pp. 5-22). La Jolla, CA, EUA: Center for Studies of the Person.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage. Traducción española: (2003). *La terapia centrada en la persona hoy: Nuevos avances en la teoría y en la práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Milhollan, F. & Forisha, B. E. (1972). *From Skinner to Rogers: Contrasting approaches to education*. Lincoln, Nebraska: Professional Educators. Traducción española: (1977). *De Skinner a Rogers*. Buenos Aires: Bonum. Traducción portuguesa: (1978). *Skinner x Rogers: Maneiras contrastantes de encarar a educação*. São Paulo: Summus.
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona: Hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Santiago, Chile: Universidad de Santiago. Traducción portuguesa: (2007). *De Carl Rogers a Merleau Ponty: A pessoa mundana em psicoterapia* (ed. rev.). São Paulo: Annablume.
- Moreira, V. & Sloan, T. (2002). *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.
- Moreno, S. (1983). *La educación centrada en la persona* (2ª ed.). México: Manual Moderno.
- Moreno, S. (1993). *Guía del aprendizaje significativo: Orientación para estudiantes y maestros*. México: Trillas.
- Moreno, S. (2009). *Descubriendo mi sabiduría corporal: Focusing*. Guadalajara: Focusing México.
- Moreno, R. M. (2003). *Taller de sexualidad: Para la liberación de la persona*. México: Seminario Conciliar de México.
- Ortigosa, J. (1985). *La relación de ayuda: Perspectivas psicológicas de la entrevista pastoral*. *Sal Terrae*, 73(5), 397-405.
- Pagès, M. (1965). *L'orientation non-directive: En psychothérapie et en psychologie sociale*. París: Dunod. Traducción portuguesa: (1976). *Orientação não-diretiva em psicoterapia e em psicologia social*. Rio de Janeiro: Forense.
- Parreira, W. A. (2007). *Tawé, nação mundurucu: Uma aventura na Amazônia* (2ª ed.). Belo Horizonte, Brasil: FUMEC & Decálogo.
- Patterson, C. H. (1959). *Counseling and psychotherapy: Theory and practice*. Nueva York: Harper & Row. Traducción española: (1970). *Orientación autodirectiva y psicoterapia: Teoría y práctica*. México: Trillas.
- Peretti, A. de. (1966). *Liberté et relations humaines, ou: L'inspiration non-directive*. París: Épi. Traducción española: (1971). *Libertad y relaciones humanas o: La inspiración no directiva*. Madrid: Marova.
- Peretti, A. de. (1974). *Pensée et vérité de Carl Rogers*. Toulouse, Francia: Privat. Traducción española: (1979). *El pensamiento de Carl Rogers*. Madrid: Atenas.

- Poelman, J. A. W. M. (1993). *O homem a caminho de si mesmo*. Belo Horizonte: Paulinas.
- Poeydomenge, M.-L. (1984). *L'éducation selon Rogers: Les enjeux de la non-directivité*. París: Dunod. Traducción española: (1986). *La educación según Rogers: Propuestas de la no directividad*. Madrid: Narcea.
- Puente, M. de la. (1970). *Carl Rogers: De la psychothérapie à l'enseignement*. París: Épi. Traducción española: (1973). *Carl R. Rogers: De la sicoterapia a la enseñanza*. Madrid: Razón y Fe.
- Prouty, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Westport, Connecticut: Praeger. Traducción portuguesa: (2001). *Evolução teórica na terapia experiencial/ centrada-na-pessoa: Sua aplicação nas psicoses esquizofrénicas e de atraso mental*. Lisboa: Encontro.
- Prouty, G. F., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2002). *Pre-therapy: Reaching contact-impaired clients*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS Books.
- Riveros, E. (Ed.). (2000). *El nuevo paradigma del experiencinng*. Santiago, Chile: Lom.
- Riveros, E. (2008). *Focusing: Un nuevo paradigma para la psicología del siglo XXI*. Santiago, Chile: Salesianos.
- Riveros, E. (2009). *Un modelo procesal. Parafraseando a Eugene Gendlin*. Quito: Instituto Focusing de Ecuador.
- Rizvi, I. (2001, octubre-noviembre). *Existe espaço nas organizações para atuação do profissional referenciado pela acp?* Trabajo presentado en el 4º Fórum Brasileiro da Abordagem Centrada na Pessoa. Pirenópolis, Goiás.
- Rizvi, I. (2002, febrero). *Dificuldades e possibilidades de atuação em empresas para o profissional de ajuda*. Trabajo presentado en el 12th Pajaro Group Symposium on Person-Centered Approach in Organizations. Amanalco, México.
- Rizvi, I, Araújo, J. de A., & Lima, J. (1996, mayo). *Programa de formação para facilitadores de desenvolvimento humano e organizacional: Um caminhar de aprendizagem e desenvolvimento*. Trabajo presentado en el 1º Fórum Brasileiro da Abordagem Centrada na Pessoa. Paulo de Frontin, Rio de Janeiro.
- Rogers, C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción portuguesa: (1979). *O tratamento clínico da criança problema*. São Paulo: Fontes.

- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea. Traducción portuguesa: (1987). *Psicoterapia e consulta psicológica*. São Paulo: Fontes.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós. Traducción portuguesa: (1975). *A terapia centrada no paciente*. São Paulo: Fontes; & (2004). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: Edual.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology; A study of a science*, Vol. 3: *Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). Nueva York: McGraw Hill. Traducción portuguesa: (1975). En C. R. Rogers. & G. M. Kinget, *Psicoterapia e relações humanas, Vol. 1*. Belo Horizonte: Interlivros. Traducción española: (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción portuguesa: (1967). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes. Traducción española: (1972). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn: A view of what education might become*. Columbus, Ohio: Merrill. Traducción portuguesa: (1972). *Liberdade para aprender*. Belo Horizonte, Brasil: Interlivros. Traducción española: (1974). *Libertad y creatividad en la educación: El sistema no-directivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. Nueva York: Harper & Row. Traducción española: (1973). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu. Traducción portuguesa: (1972). *Grupos de encontro*. São Paulo: Fontes.
- Rogers, C. R. (1972). *Becoming partners: Marriage and its alternatives*. Nueva York: Delacorte. Traducción española: (1976). *El matrimonio y sus alternativas*. Barcelona: Kairós. Traducción portuguesa: (1975). *Novas formas de amor: O casamento e suas alternativas*. Rio de Janeiro: Olympio.
- Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. Nueva York: Delacorte. Traducción portuguesa: (1978). *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Fontes. Traducción española: (1980). *El poder de la persona*. México: Manual Moderno.

- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción portuguesa: [Contenido dividido] Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU [Editora Pedagógica e Universitária]; y Rogers, C. R. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU [Editora Pedagógica e Universitária]. Traducción española: [Contenido dividido] Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder; y Rogers, C. R. (1986). *El camino del ser*. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80's*. Columbus, Ohio: Merrill. Traducción portuguesa: (1985). *Liberdade para aprender em nossa década*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas. Traducción española: (1986). *Libertad y creatividad en la educación: En la década de los ochenta*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. & Freiberg, H. J.. (1994). *Freedom to learn* (3ª ed.). Nueva York: Merrill. Traducción española: (1996). *Libertad y creatividad en la educación* (3ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1959a). *Psychotherapie en menselijke verhoudingen, Deel 1*. Utrecht, Países Bajos: Standard. Traducción española: (1967a). *Psicoterapia y relaciones humanas: Teoría y práctica de la terapia no directiva, Vol. 1: Exposición general*. Madrid: Alfaguara. Traducción portuguesa: (1975a). *Psicoterapia e relações humanas, Vol. 1 [: Teoria]*. Belo Horizonte, Brasil: Interlivros.
- Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1959b). *Psychotherapie en menselijke verhoudingen, Deel 2*. Utrecht, Países Bajos: Standard. Traducción española: (1967b). *Psicoterapia y relaciones humanas: Teoría y práctica de la terapia no directiva, Vol. 2: La práctica*. Madrid: Alfaguara. Traducción portuguesa: (1975b). *Psicoterapia e relações humanas, Vol. 2 [: Prática]*. Belo Horizonte, Brasil: Interlivros.
- Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU [Editora Pedagógica e Universitária]. Traducción española: Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- Rogers, C. R. & Stevens, B. (1967). *Person to person: The problem of being human: A new trend in psychology*. Lafayette, California: People. Traducción española: (1978). *Persona a persona*. Buenos Aires: Amorrortu. Traducción portuguesa: (1978). *De pessoa para pessoa: O problema de ser humano: Uma nova tendência na psicologia*. São Paulo: Pioneira.
- Rogers, C. R. & Wallen, J. L. (1946). *Counseling with returned servicemen*. New York: McGraw-Hill. Traducción portuguesa: (2000). *Manual de counselling*. Lisboa: Encontro.

- Rogers, N. (1993). *The creative connection: Expressive arts as healing*. Palo Alto, California: Science & Behavior.
- Rosenberg, R. L. (Org.). (1987a). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo, São Paulo, Brasil: EPU [Editora Pedagógica e Universitária] (Temas Básicos de Psicologia, 21).
- Rosenberg, R. L. (Ed.). (1987b). *Vivência acadêmica: O enfoque centrado na pessoa*. São Paulo: Universidade de São Paulo (Cuadernos, 2).
- Rud, C. A. (2004). Entre metáforas y caos: De la intervención pasiva a la contemplación activa en psicoterapia. Buenos Aires: Nueva Generación.
- Sámano, J. A. (2000). *Entendiendo el uso del poder político en México: Una alternativa de conciencia y crecimiento*. México: Autor.
- Sánchez Bodas, A. R. (2003). *¿Qué es el counseling?* Buenos Aires: Lector.
- Sánchez Quintanar, C. (1982). *Desarrollo social e integración personal: Por medio de los grupos humanos*. México: Contraste.
- Saint Arnaud, Y. (1969). *La consultation pastorale d'orientation rogerienne*. Bruselas: Desclée De Brouwer. Traducción española (1972). *La consulta pastoral de orientación rogeriana*. Barcelona: Herder.
- Sanders, P. (Ed.). (2004). *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS Books.
- Santos, A. dos, Rogers, C. R. & Bowen, M. (1987). *Quando fala o coração: A essência da Abordagem Centrada na Pessoa*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Santos, A. dos. (2004). *Momentos milagrosos: A natureza da força da mente nos relacionamentos e na psicoterapia*. São Paulo: Psico-Pedagógica.
- Santos, O. dos. (1959). O Aconselhamento psicológico na orientação. *Boletim de Psicologia*, 37, 1-9.
- Segrera, A. S. & Mancillas, C. (Eds.). (1998). *Desarrollo humano social centrado en la persona* [(nº especial)] *Psicología Iberoamericana*, 6(1), 1-66.
- Segrera, A. S. (2008). El enfoque centrado en las personas después de Rogers: Reflexiones y bibliografía en español. [En *Homenaje a Eugene T Gendlin, Ph.D., psicoterapeuta, humanista e investigador, en su 80 aniversario* (número especial)] *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 66(128), 63-82. [Enero-Junio].

- Schmid, P. F. (1989). *Personale Begegnung: Der personenzentrierte Ansatz in Psychotherapie: Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge*. Würzburg, Alemania: Echter.
- Siems, M. (1986). *Dein Körper weiß die Antwort: Focusing als Methode der Selbsterfahrung: Eine praktische Einleitung*. Reinbek bei Hamburg, Alemania: Rowohlt. Traducción española: (1991). *Tu cuerpo sabe la respuesta: Focusing como método de autoconocimiento: Una guía práctica*. Bilbao: Mensajero.
- Sommerbeck, L. (2003). *The client-centred therapist in psychiatric contexts: A therapist's guide to the psychiatric landscape and its inhabitants*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS Books.
- Stockinger, R. C. (2007). *Reforma psiquiátrica brasileira: Perspectivas humanistas e existenciais*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Tausch, R. (1994). Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie: Notwendigkeit der Ergänzung und Möglichkeiten der Kombination. En M. Behr, U. Esser, F. Petermann, R. Sachse & R. Tausch (Eds.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Band 4* (pp. 145-162). Colonia, Alemania: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1981a). *Gesprächspsychotherapie: Einfühlsame, hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichen Leben* (8ª ed.). Göttingen: Hogrefe. Traducción española: (1987). *Psicoterapia por la conversación: Conversaciones empáticas individuales y de grupo*. Barcelona: Herder.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1981b). *Erziehungspsychologie: Begegnung von Person zu Person* (8ª ed.). Göttingen, Alemania: Hogrefe. Traducción española: (1981). *Psicología de la educación: Encuentro de persona a persona*. Barcelona: Herder.
- Thorne, B. (1991). *Person-centred counselling: Therapeutic and spiritual dimensions*. Londres: Whurr.
- Thorne, B. (1998). *Person-centred counseling and Christian spirituality: The secular and the holy*. Londres: Whurr.
- Thorne, B. (2002). *The mystical power of person-centred therapy: Hope beyond despair*. Londres: Whurr.
- Troncoso, E. & Repetto, A. (1997). *Curriculum centrado en la persona: El milagro de creer en las capacidades del niño* (2ª ed.). Santiago, Chile: Colegio The Angel's School.

- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.
- Warner, Margaret S. (1997). Person-centered psychotherapy: One nation, many tribes. In Unknown (Ed.), *4th International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy: Book of abstracts* (p. 42). Lisboa, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Abordagem Centrada na Pessoa.
- Weiser, A. (1996). *The power of focusing: A practical guide to emotional self-healing*. Oakland, California: New Harbinger. Traducción española: (1999). *El poder del focusing*. Barcelona: Obelisco.
- West, Janet. (1992). *Child-centred play therapy*. Londres: Arnold. Traducción española: (1994). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.

LAS TERAPIAS CENTRADAS EN LA PERSONA/EXPERIENCIALES SON ALTAMENTE EFECTIVAS: RESUMEN DEL METAANÁLISIS DE 2008^{1 2}

Robert Elliot y Beth Freire

Entre sus diversos logros, Carl Rogers fue un pionero en el campo de la investigación psicoterapéutica. Siguiendo sus pasos, acabamos de terminar un gran proyecto que integra sesenta años de investigación sobre la efectividad de las terapias centradas en la persona y otras terapias relacionadas. Nuestros resultados confirman, fortalecen y amplían resultados anteriores, utilizando una muestra mucho más grande, de más de 180 estudios científicos de resultado. Con unas pocas excepciones importantes, estos resultados son buenas noticias para los terapeutas y consultores que trabajan dentro del enfoque centrado en la persona, porque proporcionan múltiples líneas de evidencias que demuestran que estas terapias son altamente efectivas.

Presentamos nuestros resultados en julio de 2008 en la Conferencia Centrada en la Persona/Experiencial (CCPE) en Norwich, Inglaterra. Aunque usamos métodos más rigurosos que en análisis anteriores, encontramos algunos resultados tan diferentes de las creencias ampliamente sostenidas en el campo de la salud mental que nos sentimos obligados a retroceder y rehacerlos, solo para asegurarnos de no haber cometido un error en alguna parte. El ritmo de la investigación sobre las terapias CPEs continúa acelerándose, lo que hace difícil seguirlo, y el conjunto de datos que hemos logrado reunir hasta ahora es suficientemente rico como para mantenernos ocupados por varios años. En este punto, sin embargo, los descubrimientos principales son claros y pueden resumirse como sigue:

-
- 1 Fuente: Elliott, R., & Freire, E. (2008). Person-centred/experiential therapies are highly effective: Summary of the 2008 meta-analysis. *Person-Centered Quarterly*, November, 1-3.
 - 2 Esta investigación fue apoyada por un generoso subsidio de la *Asociación Británica para el Enfoque Centrado en la Persona*, traducción de *British Association for the Person-Centred Approach*. (Nota de los autores y del revisor técnico)

Conclusión 1

Las terapias CPEs³ se asocian con un gran cambio pre-post⁴ en el consultante

Para establecer esto examinamos 203 muestras de consultantes, en 191 estudios, que suman más de 14.000 personas. En estos estudios, los investigadores proporcionaron suficiente información cuantitativa sobre cómo les iba a los consultantes antes y después de la terapia, de modo que pudimos calcular la magnitud de efecto,⁵ en este caso la diferencia entre cómo les iba en promedio a los participantes de los estudios *antes* de comenzar la terapia y cómo les iba en promedio *después* de la terapia. Como diferentes investigadores utilizan distintas medidas de resultado, convertimos todas estas diferencias pre-post a una métrica común, dividiéndolas por un estimado de la variabilidad de los puntajes (una desviación estándar, *DE* para abreviar).

¿Qué encontramos? De manera similar a análisis anteriores de muestras más pequeñas de consultantes, obtuvimos una magnitud de efecto promedio de 1,01 unidades de desviación estándar (*DE*). Los científicos sociales consideran esto un efecto muy importante, muchas veces más amplio que los efectos que se encuentran típicamente para los procedimientos médicos o medicaciones comunes. En otras palabras, en promedio, las terapias CPEs hacen una gran diferencia para los consultantes. Más aún, contrariamente a lo que muchos terapeutas CPEs creen, esto es particularmente cierto para medidas de síntomas como el RCER-MR,⁶ según señalan los dos grandes estudios de Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper (2006) y Stiles, Barkham, Mellor-Clark & Connell (2008) en el Reino Unido.

3 *terapias centradas en la persona/experienciales (terapias CPEs)*. Traducción de *person-centered/experiential therapies (PCE therapies)*, empleado en inglés por Elliott & Freire. (Nota del revisor técnico)

4 *pre-post*: Cambio entre la situación preterapia y la situación postterapia en el consultante. (Nota del revisor técnico)

5 *magnitud de efecto*. Traducción de *effect size*, empleado en inglés por Elliott & Freire. (Nota del revisor técnico)

6 *Resultados Clínicos en Evaluación de Rutina-Medida de Resultados (RCER-MR)*. Traducción de *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)*, siglas en inglés para la medida. (Nota de la traductora y del revisor técnico)

Conclusión 2

Los beneficios post terapia de los consultantes se mantienen durante los seguimientos inmediatos y posteriores

A continuación, observamos si los consultantes mantenían los beneficios de la terapia CPE a través del tiempo. La respuesta a esta pregunta también es sí. De hecho, nuestros análisis indican que, si algo muestran los consultantes en terapias CPEs, son leves beneficios adicionales dentro del primer año después de la terapia (magnitud de efecto: 0,99 inmediatamente después de la terapia versus 1,12 DE para seguimientos menos de un año después de la terapia). Más aún, estos beneficios se mantienen al cumplirse y después del plazo de un año (magnitud de efecto: 1,13 DE). Esta estabilidad del beneficio postterapia es consistente con la filosofía CPE de aumentar la autodeterminación y empoderamiento del consultante, e indica que los consultantes continúan desarrollándose por su cuenta después de haber dejado la terapia.

Conclusión 3

Los consultantes en terapias CPEs muestran amplios beneficios con respecto a aquellos que no estuvieron en terapia

Para mostrar que existe una relación causal entre las terapias CPEs y el cambio en los consultantes, es necesario comparar consultantes que estuvieron en terapia con otros que no lo estuvieron. Por ejemplo, a algunos consultantes podría pedírseles que esperaran un tiempo antes de comenzar la terapia, para que los investigadores pudieran observar si habrían cambiado por sus propios medios sin ella; esto se denomina un “diseño de control de lista de espera”.⁷ Estos estudios son más convincentes cuando la asignación a estar o no en terapia (o lista de espera) es aleatoria (haciéndola a través de una “prueba clínica aleatoria” (PCA)).⁸ Esto ocurre porque la asignación aleatoria tiende, por sí misma, a hacer a ambos grupos de consultantes aproximadamente equivalentes.

7 *diseño de control de lista de espera*. Traducción de *waitlist control design*, empleado en inglés por Elliott & Freire. (Nota del revisor técnico)

8 *prueba clínica aleatoria (PCA)*: Traducción de *randomized clinical trial (RCT)*, empleado en inglés por Elliott & Freire. (Nota del revisor técnico)

Analizamos datos de sesenta estudios, incluyendo a más de 2.100 consultantes de terapias CPEs en comparación con más de 1.900 controles. Para cada uno de estos estudios primero medimos la magnitud de cambio pre-post en los consultantes de terapias CPEs, y luego calculamos cuánto habían cambiado las personas en el grupo que no estuvo en terapia o lista de espera en ausencia de terapia. Finalmente, medimos cuánto más o cuánto menos cambiaron aproximadamente los consultantes en terapias CPEs, en comparación con los consultantes que no estuvieron en terapia. Esta diferencia en la cantidad de cambio es la *magnitud de efecto controlada*.⁹ Encontramos en los consultantes de terapias CPEs una magnitud de efecto controlada de 0,81 *DE*, que se considera una gran medida de efecto. (Los consultantes que no estuvieron en terapia mostraron muy poco cambio: 0,19 *DE*.)

Alrededor de la mitad de estos estudios controlados no asignaron aleatoriamente a los consultantes para recibir terapia CPE o no; estos estudios generalmente son descartados por los paneles de revisión científica como aquellos encargados de desarrollar y revisar los lineamientos del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (INEC) del Reino Unido.¹⁰ Por esta razón, llevamos a cabo los mismos análisis para las treinta y una pruebas clínicas aleatorias dentro de nuestra muestra (cerca de 550 consultantes de terapias CPEs), y encontramos que la asignación aleatoria casi no produjo diferencias (magnitud de efecto controlado: 0,78 *DE*). Los científicos tienden a creer que estos tipos de cuidadosos resultados permiten concluir que la terapia causa el cambio en los consultantes. Esto proporciona la segunda línea principal de evidencia de la efectividad de las terapias CPEs.

Conclusión 4

Las terapias CPE en su conjunto son clínica y estadísticamente equivalentes a otras terapias

¿Cómo se comparan las terapias CPEs con otras terapias? Para responder esta pregunta, primero recopilamos un amplio grupo de 109 estudios, incluyendo 134 comparaciones entre terapias CPEs y otras terapias, entre ellas la terapia

9 *magnitud de efecto controlada*. Traducción al español de *controlled effect size*, empleado en inglés por Elliott & Freire. (Nota del revisor técnico)

10 *Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (INEC)* del Reino Unido. Traducción de *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, nombre en inglés de la institución. (Nota de la editora)

cognitivoconductual (TCC);¹¹ estos estudios contenían datos de más de 10.300 consultantes. Al igual que con los estudios controlados recién descritos, primero calculamos cuánto cambiaron los consultantes en terapias CPEs, luego cuánto cambiaron los consultantes que estuvieron en otras terapias, y finalmente cuánto más o cuánto menos cambiaron los consultantes en terapias CPEs, con respecto a los otros consultantes. En conjunto, prácticamente no hubo diferencias entre las terapias CPEs y otras terapias (magnitud de efecto comparativa: 0,01 *DE*), lo que indica magnitudes de efecto iguales. Es decir, las terapias CPEs en su conjunto no fueron ni más ni menos efectivas que otras terapias. Una vez más, descartamos los estudios sin asignación aleatoria, lo que dejó 91 PCAs consideradas “estándar de oro”,¹² con resultados virtualmente idénticos.

Conclusión 5

Las terapias CPEs en su conjunto podrían ser ligeramente peores que la TCC

Los terapeutas de TCC, los funcionarios gubernamentales y el público general usualmente suponen que la TCC tiene resultados claramente mejores que otras terapias tales como las CPEs. Los resultados pre-post y controlados que acabamos de describir no se ocupan de este tema. Por lo tanto, examinamos los 78 estudios en los cuales las terapias CPEs fueron comparadas con la TCC, incluyendo 63 PCAs. Cuando todas las terapias CPEs fueron consideradas como un conjunto, al principio parecieron ser ligera pero insignificamente menos efectivas que la TCC (78 estudios; magnitud de efecto: -0,18 *DE* = un efecto pequeño; para las 63 PCAs la magnitud de efecto fue -0,16). Sin embargo, este efecto desapareció cuando controlamos estadísticamente la orientación teórica del investigador (conocida como lealtad del investigador), una frecuente fuente de sesgo en la investigación de tratamientos.

11 *terapia cognitivoconductual (TCC)*: Traducción de *cognitive-behavioral therapy (CBT)*, empleada en inglés por diversos autores. (Nota del revisor técnico)

12 *estándar de oro*. Traducción de *gold-standard*, empleado en inglés por Elliott & Freire. (Nota del revisor técnico)

Conclusión 6

Las llamadas terapias “de apoyo” tienen peores resultados que la TCC pero otros tipos de terapias CPEs son tanto o más efectivas que la TCC

¿Por qué controlar la lealtad teórica del investigador debería hacer que desapareciera la insignificante superioridad de la TCC? Para comprender lo que estaba sucediendo, dividimos las terapias CPEs en cuatro tipos:

1. *Terapia centrada en la persona*, siguiendo a Carl Rogers, que incluye tanto la clásica (no directiva) o relacional (como se practica en el Reino Unido y formas nuevas más amplias de terapia centrada en el cliente (como se practica en Europa).
2. Terapias comúnmente llamadas por los investigadores “*de apoyo*” o “*no-directivas de apoyo*”; la investigación adicional sobre estas reveló que son versiones diluidas, comúnmente ilegítimas de terapias CPEs, utilizadas por lo general por investigadores TCC, en especial en EE.UU.
3. *Experiencial-procesual* (también conocida como terapia enfocada en las emociones), desarrollada por Greenberg, Rice y Elliot, y recientemente reconocida en Estados Unidos de América como una terapia sustentada empíricamente.
4. *Otras terapias experienciales*, incluyendo la gestalt, la orientada a la focalización, la expresiva, etc.

Al hacerlo, encontramos que el pequeño efecto en favor de la TCC podría ser explicado por la presencia de las terapias “de apoyo”. Es decir, los estudios en los cuales se usaron estas terapias tienen resultados sustancialmente peores cuando son comparados (por investigadores TCC) con la TCC (38 estudios; magnitud de efecto: $-0,35 DE$; para las 33 PCAs la magnitud de efecto fue $-0,29$).

En contraste, una vez eliminadas las terapias de apoyo, los efectos de las terapias CPEs legítimas se pudieron ver más claramente: las terapias CPEs parecieron ser estadísticamente equivalentes en efectividad a la TCC (22 estudios, incluyendo 18 PCAs; magnitud de efecto: $-0,09 DE$ para cada una), incluso sin controlar la lealtad del investigador. En un pequeño número de estudios, la más reciente terapia experiencial-procesual, para individuos o parejas realmente pareció ser *más* efectiva cuando se la comparó con la TCC (7 estudios; magnitud de efecto: $0,35 DE$; para las 4 PCAs la medida de efecto fue $0,55 DE$). (Sin embargo, este efecto también puede deberse a la lealtad del investigador.) (Otras terapias experienciales también fueron equivalentes a la TCC: 10 estudios: $-0,14 DE$; incluyendo 7 PCAs: $-0,07 DE$).

¿Cuáles son las implicaciones de estos análisis?

De hecho, estos resultados son uniformes buenas noticias para los profesionales centrados en la persona/experienciales: los consultantes usan nuestras terapias para hacer grandes cambios en sí mismos; estos cambios se mantienen a través del tiempo y son mucho más importantes de lo que nuestros consultantes habrían experimentado sin terapia. Más aún, nuestros consultantes muestran tanto cambio como los consultantes que estuvieron en otras terapias, incluyendo la TCC, pero solo en el caso de que se trate de terapias centradas en la persona, experiencial-procesual y otras terapias experienciales *legítimas*.

Desde el punto de vista de adopción de políticas, estos datos sustentan que las terapias centradas en la persona/experienciales están empíricamente sustentadas por múltiples líneas de evidencia científica, incluyendo PCAs “estándar de oro” y amplios estudios muy recientes equivalentes a las PCAs en el Reino Unido (por ejemplo, Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper, 2006, y Stiles, Barkham, Mellor-Clark & Connell, 2008). Este cuerpo de investigación sugiere que los lineamientos del INEC necesitan ser actualizados, y que, en atención primaria de la salud, el Sistema Nacional de Salud (SNS)¹³ y que las terapias CPEs deberían ser ofrecidas a los consultantes en el cuidado primario, el SNS y otros establecimientos de salud mental. Atenernos a múltiples líneas de evidencia, como las suministradas en el presente estudio, proporciona una base sólida para establecer políticas públicas de salud mental. El déficit en la disponibilidad de terapia psicológica en el SNS podría resolverse instantáneamente si las autoridades de la salud aprovecharan el amplio cuerpo de bien entrenados consultores y psicoterapeutas centrados en la persona en todo el Reino Unido.

Para quienes abrazamos la tradición CPE, la moraleja de esta historia es que no necesitamos tener miedo de ningún tipo de investigación cuantitativa, sea de resultados o de PCAs. Sin embargo, si dejamos que otros definan nuestra realidad estudiando versiones diluidas de lo que hacemos, vamos a estar en problemas. Por esta razón, es imperativo que los terapeutas CPEs hagamos nuestra propia investigación de resultados –incluyendo PCAs– sobre versiones legítimas de nuestras terapias. Como dijo Carl Rogers: “Los hechos son amigables”.

13 *Sistema Nacional de Salud (SNS)* del Reino Unido, Traducción de *National Health System (NHS)* del Reino Unido. (Nota de la traductora y del revisor técnico)

Referencias

- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2007). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practiced in UK primary care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*. Publicado online el 10 de septiembre de 2007. doi:10.1017/S0033291707001511 .

TERAPIA FOCALIZADA EN LAS EMOCIONES:¹ UNA INTRODUCCIÓN^{2 3}

Leslie Greenberg y Robert Elliott

La terapia focalizada en las emociones (TFE), también conocida como terapia experiencial-procesual (TEP), es un tratamiento humanista de base empírica, centrado en las emociones. Integra las terapias centrada en la persona, gestalt y existencial, pero las actualiza con el pensamiento psicológico contemporáneo sobre las emociones y la cognición (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Greenberg, 2002).

En los últimos años se ha visto un crecimiento de la TEP en terapia individual y de parejas (Greenberg & Johnson, 1988), tanto por su condición de tratamiento basado en la evidencia, como también porque se focaliza en el vínculo emocional y la importancia de una relación empática y validante.⁴ Gracias a estos énfasis, ofrece una alternativa frente a tratamientos basados en la evidencia más orientados hacia la técnica. Además, habiéndose originado en el enfoque clásico centrado en la persona, forma parte hoy en día de la vibrante familia de las terapias centradas en la persona/experienciales, y su concepto de conducción de procesos⁵ guiada por marcadores⁶ y su incorporación de métodos de gestalt y de focalización ha producido un animado debate en el mundo actual centrado en la persona.

1 *focalizada en las emociones*. Traducción de *emotion-focused*, empleado en inglés por Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

2 Fuente: Greenberg, L. & Elliott, R. (2006). Emotion-focused therapy: An introduction. *Person-Centered Quarterly*, February, 5-6.

3 Agradezco a Carmen Mateu Marqués las opiniones recibidas sobre la traducción adecuada de algunos de los términos incluidos en este trabajo. La responsabilidad total de la decisión final es del revisor técnico. (Nota del revisor técnico)

4 *validante*. Traducción de *validating*, empleado en inglés por Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

5 *conducción de procesos*. Traducción de *process guidance*, empleado en inglés por Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

6 *marcador*. Traducción de *marker*, empleado en inglés por Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

La idea básica detrás de la TFE es que las emociones son básicamente adaptativas y que guían la tendencia hacia el crecimiento, pero pueden convertirse en problemáticas debido a traumas pasados o porque se nos ha enseñado a ignorarlas o a desecharlas. Las emociones, sobre todo, nos dicen fundamentalmente lo que es importante para nosotros en una situación, y por lo tanto actúan como guía hacia lo que necesitamos o queremos; esto, a su vez, nos ayuda a descubrir qué acciones son las apropiadas. La TFE se focaliza en ayudar a las personas a hacerse conscientes de sus emociones, aprender a tolerarlas y regularlas, y reflexionar sobre ellas para hallarles su sentido y transformarlas. Aprender *sobre* las emociones no es suficiente; en cambio, lo que se necesita es que los consultantes *experimenten estas emociones* a medida que surgen en la seguridad de la sesión de terapia, donde pueden descubrir por sí mismos el valor de una mayor consciencia y un manejo más flexible de las emociones. La TFE ayuda a los consultantes, sistemática pero flexiblemente, a hacerse conscientes y a hacer un uso productivo de sus emociones.

Como teoría, la TFE es una integración original de perspectivas humanistas sobre la naturaleza humana, la disfunción y el crecimiento con la *teoría de las emociones* contemporánea (Frijda, 1986; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Greenberg, Watson & Lietaer, 1998) y de una posición filosófica a la que nos referimos como “constructivismo dialéctico”⁷ (que deriva del trabajo de Pascual-Leone sobre el desarrollo humano; Greenberg & Pascual-Leone, 1995, 2001; Greenberg & Van Balen, 1998; Pascual-Leone, 1991). Los terapeutas sostienen que la experiencia es central; que las personas son más que la suma de sus partes; que las personas son capaces de autodeterminación; que existe una tendencia al crecimiento; y que los terapeutas necesitan ser auténticos y estar presentes con sus consultantes. Sin embargo, en la TFE todos estos conceptos son explicados en términos contemporáneos, utilizando principalmente la teoría de las emociones y el constructivismo dialéctico. En pocas palabras, la TFE considera que los seres humanos están constituidos por múltiples partes o voces, y que la terapia implica típicamente una dialéctica de estabilidad y cambio. Por eso, con frecuencia la terapia pide apoyar a una voz orientada al crecimiento, en su conflicto con otra voz negativa más dominante que intenta mantener la estabilidad de los estados familiares pero negativos.

La TFE trabaja sobre el principio básico de que, para cambiar, una persona no puede abandonar un lugar hasta haber llegado a él. Por lo tanto, los consultantes necesitan recuperar la experiencia no reconocida como propia, antes de poder ser modificados por ella, o modificarla. En este proceso lo que ocurre no es

7 *constructivismo dialéctico*. Traducción de *dialectic constructivism*, empleado en inglés por Pascual-Leone. (Nota del revisor técnico)

simplemente que las personas descubren cosas que no sabían, sino más bien que experimentan de una manera corporal aspectos de sí mismos que no han sentido conscientemente o de los que pueden haber renegado con anterioridad (Greenberg & Van Balen, 1998). Esta reapropiación de la experiencia es la que hace a la TFE una terapia experiencial. Se ayuda a los consultantes a experimentar aquello de lo que están hablando, de modo que puedan volverse conscientes de sus sentimientos y del impacto de los acontecimientos. De esta manera, el mensaje o significado de sus sentimientos puede ser experimentado clara y potentemente, de manera que más tarde pueda ser utilizado, transformado o ser objeto de reflexión para crear nuevos significados. Los terapeutas experienciales ofrecen a sus consultantes su pericia como facilitadores de proceso que tienen conocimiento de cómo ayudar a las personas a llegar a, y a procesar, lo que sienten en su núcleo personal. Para hacer esto de modo efectivo, los terapeutas experienciales necesitan ser capaces de establecer, en colaboración con el consultante, un entorno suficientemente apoyante.

La TFE adopta una postura relacional centrada en la persona pero de conducción de proceso. El terapeuta integra “ser” y “hacer” con el consultante y sigue y conduce a la vez el procesamiento momento-a-momento del consultante. El terapeuta *sigue* la pista de la experiencia interna del consultante a medida que esta va evolucionando momento-a-momento, porque reconoce al consultante como una fuente auténtica de experiencia y como un agente activo tratando de hacer sentido. Sin embargo, al mismo tiempo, el terapeuta también es un líder activo del *proceso* terapéutico. Liderar no significa sermonear al consultante, darle consejos, controlarlo o manipularlo. Más bien el terapeuta es un conductor que sabe algo acerca del terreno subjetivo y de los procesos emocionales. En un estilo de conducción de procesos las respuestas del terapeuta son consideradas como ofrecer continuamente al consultante diferentes oportunidades de trabajar con la experiencia, pero sin forzarlo nunca a ir en una dirección particular.

El estilo de respuesta más característico de la TFE es la *exploración empática*.⁸ Además, el terapeuta usa *marcadores* para hacer *diagnósticos procesuales*⁹ momentáneos con el objetivo de identificar estilos de intervención con mayor probabilidad de ser útiles en ese momento particular de la terapia. El uso de marcadores y tareas es probablemente el aspecto más distintivo de la TFE. Los terapeutas también ayudan a los consultantes a identificar focos clave en el tratamiento y a trabajar sobre ellos a lo largo de varias sesiones. Para hacerlo,

8 *exploración empática*. Traducción de *emphatic exploration*, empleado en inglés por Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

9 *diagnóstico procesual*. Traducción de *process diagnose*, empleado en inglés por Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

los terapeutas comienzan el tratamiento trabajando con los consultantes en el desarrollo de objetivos terapéuticos claros, y luego rastrean las tareas en curso de los consultantes dentro de cada sesión. Existe una variedad de tareas terapéuticas, cada una de las cuales está diseñada para ayudar a resolver un tipo particular de dificultad de procesamiento y para facilitar una focalización continua en los esquemas emocionales¹⁰ disfuncionales subyacentes que impiden una regulación saludable de los afectos y generan significados disfuncionales. Por ejemplo, el despliegue evocativo de reacciones problemáticas ayuda a las personas a simbolizar las autoexperiencias previamente no simbolizadas. Los diálogos de la silla vacía que se usan para resolver temas inconclusos, ayudan a acceder a esquemas emocionales maladaptativos que contienen memorias emocionales dolorosas renegadas y los vuelven receptivos para nueva información y reorganización. Los diálogos de dos sillas para las escisiones ayudan a los consultantes a integrar aspectos opuestos del yo-mismo a fin de crear un sentido más unificado de este (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Una sensación sentida poco clara, en la que la persona está confundida y es incapaz de lograr un sentido claro de su experiencia, indica que está lista para una focalización. Los marcadores significan tipos particulares de problemas afectivos en ese momento receptivos a intervenciones particulares. El terapeuta, por lo tanto, observa cuando emerge un marcador e interviene de una manera específica para facilitar la resolución de ese tipo de problema de procesamiento.

Una vez en una postura de facilitar una tarea particular, un mapa preexistente de cómo dichas tareas tienden a desplegarse conduce al terapeuta, tanto explícita como implícitamente. Estos mapas son formulaciones de procesos óptimos de solución de problemas. Más que dar instrucciones o pensar sobre los pasos a seguir, el terapeuta atiende, tan completamente como sea posible, a la experiencia de ese momento del consultante y, en respuesta, hace miniformulaciones de cómo facilitar la exploración experiencial hacia la resolución de las dificultades de procesamiento. Por lo tanto, entramos en el marco de significado del consultante e intervenimos en los marcadores de procesamiento esquemático disfuncional que interfieren con la respuesta adaptativa. En el transcurso de la terapia, el trabajo continuo sobre estas interferencias forma un foco temático coherente.

Durante los últimos veinte años, la TFE ha acumulado fuerte sustento empírico para ayudar a consultantes diagnosticados con depresión o dificultades de estrés postraumático, y, también como terapia de parejas, para tratar conflictos y angustias relacionales (Greenberg & Watson, 2005). La investigación indica que los consultantes muestran grandes magnitudes de cambio a lo largo de la

10 *esquema emocional*. Traducción de *emotion scheme*, empleado en inglés por Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

terapia, y en comparación con controles sin tratamiento. Más aún, la TFE y las terapias experienciales relacionadas se mantienen firmes cuando se las compara directamente con otras terapias, incluyendo tratamientos cognitivo-conductuales. Por esta razón, muchos tratamientos cognitivo-conductuales han comenzado a incorporar componentes experienciales y de TFE en sus enfoques directivos; sin embargo, creemos que el verdadero hogar de dichos procesos es en una relación centrada en la persona empática, solícita¹¹ y auténtica.¹²

Referencias

- Elliot, R., Watson, J., Goldman, R. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Greenberg, L. S. (2002): *Emotion focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. (1988): *Emotionally focused couples therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York: Guilford Press. Traducción española: (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, J. (1995): A dialectical constructivist approach to experiential change. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 169-191). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.

11 *solícito*. Traducción de *caring* (adjetivo), empleado en inglés por Greenberg & Elliott. (Nota del revisor técnico)

12 Entre el 26 y el 29 junio de 2006, en la Unidad de Counseling en la Universidad de Strathclyde, Glasgow, se llevó a cabo el primer entrenamiento profesional en terapia centrada en la emoción en Gran Bretaña, facilitado por Les Greenberg y Robert Elliott. Para más información, por favor contacte a Lynsey McNaught, en la Unidad de Desarrollo Profesional, al +44 (0141) 9503734. Dirección electrónica: lynsey.mcnaught@strath.ac.uk o visite nuestra página web www.strathclydecounselling.com. (Nota de los autores)

- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, J. (2001): A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(3), 165-86.
- Greenberg, L. S. & Van Balen, R. (2005). The theory of experience-centered therapies. In L. S. Greenberg & J.C. Watson, *Emotion-focused therapy of depression*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C. & Lietaer, G. (Eds.). (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Pascual-Leone, J. (1991): Emotions, development and psychotherapy: A dialectical constructivist perspective. In J. Safran & L. S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change* (pp. 302-335). Nueva York: Guilford Press.

LA SUPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA DE COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE¹ CON OTROS MÉTODOS TERAPÉUTICOS VÁLIDOS: UNA NECESIDAD CENTRADA EN LA PERSONA²

Reinhard Tausch

La efectividad de la psicoterapia centrada en el cliente, creada por Carl Rogers (1951, 1954), ha sido demostrada por numerosos estudios empíricos, tanto en Estados Unidos de América como en Europa. Los investigadores pudieron mostrar que esta terapia relativamente breve tiene efectos muy positivos. Sin embargo, yo he terminado por considerar que, para *algunos* consultantes, se hace necesaria una suplementación de la terapia centrada en el cliente con otros métodos terapéuticos igualmente validados. Este es el tema central de mi trabajo. Primero, quiero responder a la siguiente pregunta:

¿Por qué es necesaria una suplementación?

1. A partir de la experiencia práctica cotidiana resulta obvio que como psicoterapeutas centrados en la persona ayudamos a algunos de nuestros consultantes solo de manera insuficiente. Esto concuerda con nuestros resultados empíricos resultantes de diez tesis doctorales de un proyecto de investigación sobre terapias individuales, con aproximadamente doscientos consultantes, y

1 *terapia de comunicación centrada en el cliente*. Traducción de *client-centered communication therapy*, traducción en inglés, a su vez, de *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, empleado en alemán por Tausch. (Nota del revisor técnico)

2 Fuente: Tausch, R. (1990). The supplementation of client-centered communication therapy with other valid therapeutic methods: A client-centered necessity. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. von Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 447-455). Leuven, Bélgica: University Press.

sobre psicoterapia de grupo, con trescientos cincuenta consultantes (por ejemplo, Rudolph, Langer & Tausch, 1980; Bruhn, Schwab & Tausch, 1980; Schäfer, 1982; Dirks, Grimm, Tausch & Wittern, 1982; Westermann, Schwab & Tausch, 1983). En estos estudios, es evidente el porcentaje de psicoterapias cuyo resultado es poco o ningún cambio en la salud psicológica de los consultantes (alrededor del 20%). En estudios de seguimiento un año después de la psicoterapia (Pomrehn, Tausch & Tönnies, 1986), así como a través de amistades duraderas con muchos consultantes, se me hizo claro que la psicoterapia centrada en la persona es una valiosa experiencia en la que muchas personas cambiaban significativamente. Sin embargo, algunos consultantes experimentaron poco o ningún cambio duradero hacia una mayor salud emocional.

En cierta medida, las razones para los cambios limitados en los consultantes son las siguientes. a) Los terapeutas no poseen un alto grado de las tres cualidades que son importantes para la terapia: empatía, calidez, y congruencia. b) En su comprensión empática, los psicoterapeutas prestan atención sobre todo a las emociones de los consultantes. Carl Rogers, sin embargo, prestaba atención principalmente a las cogniciones relacionadas con la propia persona³ en la medida en que estuvieran relacionadas con las emociones (Tausch, 1988b). c) Los psicoterapeutas centrados en la persona probablemente están poco conscientes de que en ocasiones los consultantes buscan una facilitación estimulante de sus actividades autoexploratorias, una reestructuración cognitiva, información sobre posibilidades de conductas alternativas, etc. Los consultantes pueden experimentar esto como un apoyo muy provechoso (Lietaer & Neirinck, 1986). d) Los consultantes no tienen la posibilidad de escoger a sus psicoterapeutas o de escoger entre psicoterapia individual y grupal, a pesar de que esta libre elección es muy significativa (Schäfer, 1982).

2. Es un hecho que algunos otros enfoques psicoterapéuticos, como ciertas técnicas de relajación o algunas formas de terapia cognitivo-conductual también han demostrado ser muy efectivas. Si estamos abiertos y somos congruentes, en lugar de ser negligentes, podemos aceptar estos resultados documentados y utilizarlos en beneficio de nuestros consultantes.

3. En parte, durante la última década, la psicología clínica, la psiquiatría y la psicología general han progresado, por ejemplo, con respecto a la génesis y mantenimiento de los disturbios⁴ emocionales. Ahora es ampliamente aceptado que la base de los disturbios emocionales es multicausal: procesos bioquímicos,

3 *relacionada con la propia persona*. Traducción de *person-related*, empleado en inglés por Tausch. (Nota del revisor técnico)

4 *disturbio*. Traducción de *disturbance*, empleado en inglés por Tausch. (Nota del revisor técnico)

procesos psicológicos, entorno social y sus interacciones. Cuando se acumulan estas diversas condiciones y hay poco apoyo social, la capacidad del individuo para manejarlas puede reducirse mucho. Esta multicausalidad de los disturbios emocionales y sus efectos sobre muchos procesos cognitivos, emocionales y conductuales implica un enfoque multimodal.

Además, Richard Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) pudo demostrar que los disturbios emocionales y conductuales son fundamentalmente la consecuencia de cogniciones (valoraciones) relacionadas con la propia persona. Estas cogniciones pueden ser cambiadas (revaloraciones) en la comunicación terapéutica; sin embargo, los cambios también pueden ser inducidos por otras experiencias.

Los disturbios emocionales se relacionan asimismo con los estresores⁵ cotidianos (Folkman & Lazarus, 1986). La consecuencia de experimentar un estrés continuo es con frecuencia un autoconcepto negativo; y, a su vez, un autoconcepto negativo produce más experiencias estresantes. Un autoconcepto negativo puede tener su origen en la infancia, perspectiva que Carl Rogers compartía. Sin embargo, también puede desarrollarse durante la adultez, a consecuencia de continuos estresores cotidianos y a consecuencia del estrés de eventos de vida difíciles (divorcio, separación de la pareja, o enfermedad). Por lo tanto, parece razonable disminuir las situaciones de estrés.

Estos resultados teóricos sugieren que la psicoterapia de comunicación centrada en el cliente puede ser suplementada en el caso de consultantes con quejas psiconeuróticas o psiquiátricas que *no* cambian significativamente o que no muestran cambios duraderos después de la psicoterapia.

Esta suplementación no reduce el hecho de que la terapia de comunicación centrada en el cliente, según el concepto de Carl Rogers, puede producir cambios muy positivos y efectivos, en particular con respecto a la revaloración del yo mismo, que a su vez ejerce influencia sobre las emociones, así como sobre la conducta. También creo que si el terapeuta vive las tres condiciones de empatía, calidez y congruencia, estas son, por parte del terapeuta, condiciones suficientes para cambios constructivos en la comunicación psicoterapéutica. Sin embargo, algunos consultantes no perciben un alto grado de estas cualidades en sus terapeutas y/o no cambian. Para ellos, la terapia de comunicación en sí misma no es una condición suficiente.

5 *estresor*. Traducción de *stressor*, empleado en inglés por Tausch. (Nota del revisor técnico)

¿Cuáles son los criterios del concepto centrado en el consultante para la elección de la suplementación?

En mi opinión, la actitud empática y solícita del terapeuta hacia el consultante tiene las siguientes consecuencias para el contacto terapeuta-consultante:

1. La decisión concerniente al tipo de suplementación que puede ser provechoso para el consultante se tomará con cada consultante *individualmente*. De una manera empática, debemos preguntarnos: ¿qué es provechoso para *este* consultante? ¿Qué necesita *él* para facilitar su salud emocional? ¿Qué suplementación está accesible para *este* consultante? De esta manera, actuamos centrándonos en el consultante y no centrándonos en el terapeuta, en cuyo caso ofreceríamos nuestra terapia estándar o elegiríamos los métodos que nosotros preferimos.
2. La suplementación puede producir cambios que podríamos no lograr únicamente en la terapia comunicacional o solo en un sentido limitado.
3. Las suplementaciones no deben ser directivas; por ejemplo, el consultante no debe ser conducido a aceptar evaluaciones alternativas de sí mismo o decisiones de su terapeuta. En cambio, estas suplementaciones deberían constituir experiencias en una situación transparente para el consultante, que faciliten los cambios cognitivos y conductuales que el consultante está buscando. Estas suplementaciones respetan el mundo fenomenológico del consultante, sus experiencias y deseos. El *consultante* determina su conducta, tanto durante como después de la terapia.
4. El respeto y el cuidado son los presupuestos para cualquier contacto terapeuta-consultante. Por lo tanto, un terapeuta debe ofrecer a su consultante solo las suplementaciones que han sido validadas mediante investigación empírica. Este es uno de los principales principios en todo el trabajo de Carl Rogers que contribuyó a su amplio reconocimiento.
5. La suplementación y sus efectos deberían facilitar y no ser una barrera para la comunicación en la terapia.
6. Estas suplementaciones facilitan la actividad independiente del consultante y también lo hacen más autónomo con respecto al terapeuta. Tienen una influencia positiva en su autoeficacia y en un estilo de vida saludable después de la terapia.

Consecuencias para el trabajo psicoterapéutico práctico

¿Qué opciones terapéuticas siguen estos criterios centrados en la persona? ¿Cuáles son las suplementaciones deseables? Desde mi punto de vista, los siguientes métodos son particularmente valiosos:

1. Técnicas de relajación, especialmente la relajación muscular progresiva (Jacobson, 1938), el entrenamiento autógeno (Bowles, 1950), en algunos casos el hatha yoga, los ejercicios de respiración, el entrenamiento físico, la meditación. Los efectos positivos de estas opciones terapéuticas han sido demostrados en numerosos estudios empíricos, por ejemplo con respecto a un autoconcepto más positivo. Los enfoques terapéuticos antes mencionados son transparentes, no directivos y no enjuiciantes.⁶ Además, el entrenamiento físico, la meditación y el hatha yoga son opciones provechosas aun cuando su validación empírica no es tan amplia.

Los efectos de la relajación pueden explicarse teóricamente de la siguiente manera: la ansiedad, los miedos y el estrés emocional por lo general están relacionados con la tensión muscular, que puede convertirse en crónica. Debido a estos y otros procesos fisiológicos, la tensión emocional aumenta, la percepción se estrecha y los procesos cognitivos (valoración, imaginaciones, recuerdos) son de una naturaleza más bien negativa. Cuando los músculos se relajan y, al mismo tiempo, la actividad de sistema nervioso simpático disminuye, el yo-mismo y la situación personal son percibidos de una manera menos negativa y las reacciones emocional-fisiológicas del individuo son menos excitables en relación con los eventos estresantes. Más aún, el mismo consultante crea la experiencia positiva de ser capaz de lograr la calma y de reaccionar de una manera más relajada (autoeficacia). Si el terapeuta actúa de una manera centrada en el consultante a lo largo de estos ejercicios, toma en serio las experiencias del consultante y lo ayuda a clarificarlas; esto, a su vez, aumenta los efectos positivos de los ejercicios.

2. Reducción de los miedos y del estrés emocional a través de comunicaciones grupales centradas en el cliente y la desensibilización no sistemática (Wolpe, 1958). Los consultantes pueden hablar en los grupos de sus experiencias emocionalmente perturbadoras. Después, imaginan la situación estresante en un estado relajado. De esta manera, hacen una experiencia positiva de la situación estresante. Entonces, hablan sobre sus experiencias; esto contribuye a la clarificación e intensifica la experiencia.

⁶ *no enjuiciante*. Traducción de *non-judgemental*, empleado en inglés por Tausch. (Nota del revisor técnico)

Nosotros examinamos esta combinación de terapia centrada en el cliente y conductual en los siguientes estudios empíricos: a) 362 personas participaron en un estudio sobre la reducción de su miedo a morir y a la muerte (Lohmann, Tausch, Langer & Tausch, 1987; Tausch, 1988a), y otras 122 personas, su miedo a la muerte de su pareja o de uno de sus padres (Tausch, 1987). b) Además, ofrecimos a personas llamadas neuróticas un seminario sobre la reducción del estrés cotidiano severo (Plön, Berbalk & Tausch, 1988). c) Ayudamos a los consultantes a manejar mejor el estrés resultante de la separación/divorcio de la pareja (Ruwwe & Tausch, 1988). En todos estos estudios empíricos la desensibilización no sistemática y la comunicación en grupo centrada en el cliente han demostrado ser posibilidades muy provechosas.

3. Otra suplementación posible es la consulta conductual; por ejemplo, proporcionar información importante al consultante sobre una vida más sana, diversas estrategias sobre cómo manejar la soledad, la excesiva ponderación, la planificación del propio horario, los grupos de autoayuda, cómo cambiar teorías subjetivas inadecuadas (por ejemplo, la idea de que el cáncer es el resultado de la agresividad suprimida y que puede ser curado dejando salir la propia agresividad). El terapeuta puede comunicar estas informaciones directamente y/o por escrito o a través de libros, y apoyar así el proceso de revaloración del consultante, si esto es lo que el consultante quiere lograr.

4. Otras suplementaciones son los métodos de la terapia conductual, como el análisis y la clarificación de problemas, el entrenamiento mental sobre conductas deseables, el entrenamiento en vivo, la facilitación del autocontrol aumentado (por ejemplo, con problemas de alimentación o con fumar).

5. Una importante suplementación no psicológica es el tratamiento médico de los disturbios bioquímicos del metabolismo cerebral que se relacionan estrechamente con algunos disturbios emocionales. Si realmente somos solícitos con el consultante, no podemos soslayar estos hechos ni los procesos biológicos.

6. Las cogniciones filosóficas, religiosas y espirituales pueden ser significativas para las cogniciones del yo-mismo, y para la situación personal y el estilo de vida. Sin embargo, aún no tengo experiencia alguna en facilitar a consultantes la clarificación a este respecto, con la excepción de recomendar libros.

Programación práctica de la psicoterapia centrada en el consultante, con suplementaciones o en combinación con otras terapias

- Por lo general, primero será ofrecida la terapia de comunicación centrada en el cliente (individual o grupal) y, en la mayoría de los casos, continuada durante todos los encuentros terapéuticos suplementarios. El mayor efecto de la comunicación es ayudar al consultante a clarificar y cambiar su yo-mismo (reevaluación), a desarrollar más autorrespeto y a motivar al consultante a cuidarse activamente.
- Si durante los primeros diez contactos el terapeuta nota que el consultante sufre de disturbios emocionales (como severa tensión muscular, estrés cotidiano o vital, teorías ingenuas equivocadas, por ejemplo con respecto al estilo de vida, la nutrición o la enfermedad) que probablemente no cambiarán mediante comunicaciones centradas en el cliente, o si no hay progreso en el bienestar del consultante, entonces el terapeuta llama la atención del consultante sobre esto y le ofrece información sobre opciones terapéuticas adicionales que el consultante puede aceptar o rechazar.
- Las terapias suplementarias (por ejemplo la relajación, la reducción de miedos, el entrenamiento conductual) por lo general son ofrecidas como unidades separadas de las de comunicaciones centradas en el cliente, ya sea con el mismo terapeuta o con otro profesional.

Sin embargo, en algunos casos es provechoso ofrecer secuencias suplementarias cortas *durante* la comunicación (por ejemplo, una breve relajación, una breve desensibilización no sistemática). Es particularmente provechoso si el consultante está progresando poco debido a una escasa flexibilidad y cogniciones rígidas.

- También es posible otro tipo de combinación. El consultante puede venir a 1-3 sesiones en las cuales puede recibir consulta y encontrar por sí mismo una orientación. Durante estos encuentros, terapeuta y consultante planifican juntos el programa terapéutico, incluyendo las comunicaciones centradas en el cliente y las suplementaciones. En esta etapa de planificación puede ser útil el empleo de pruebas sensibles al mundo fenomenológico y a la conducta de la persona. Como terapeuta, a veces logro un discernimiento mejor del mundo interno del consultante cuando incluyo estos datos.
- Otra posibilidad más es la siguiente: se puede ofrecer al consultante la opción de participar en un taller centrado en el consultante de 5 a 7 días, posiblemente durante las vacaciones. El corazón del programa

terapéutico son comunicaciones grupales centradas en el cliente. Adicionalmente, hay talleres diarios de entrenamiento mental, reducción del estrés cotidiano y vital, y talleres en los que pueden aprenderse técnicas de relajación y de entrenamiento físico. Esta es una manera en la que el consultante puede comenzar a experimentar —con el apoyo de su grupo— y encontrar cuál opción es más accesible para él.

Algunas observaciones finales

Pueden ustedes preguntarse qué ha quedado de la psicoterapia centrada en la persona tal como la hemos conocido hasta ahora.

Las comunicaciones psicoterapéuticas centradas en la persona, individual o grupalmente, siguen siendo iguales a como fueron concebidas y hábilmente conducidas por Carl Rogers.

Para los consultantes que lo necesitan o desean, ofrecemos un programa psicoterapéutico. Este consiste en comunicaciones centradas en el cliente y los elementos adicionales que son significativos para el cambio en cogniciones, estado de ánimo emocional y motivación del consultante individual. Es posible que estos cambios no pudieran ser logrados solo con la terapia de comunicación.

La expresión “centrado en el consultante”, por lo tanto, significa una cierta cualidad entre terapeuta y consultante en la terapia de comunicación, y también el ofrecimiento de las posibilidades terapéuticas adicionales que sean adecuadas a las necesidades del consultante individual. Estas suplementaciones terapéuticas son la consecuencia de la comprensión empática del terapeuta, su cálido cuidado por el consultante y su apertura.

Para los *psicoterapeutas* centrados en la persona, trabajar con un programa psicoterapéutico suplementario será facilitador. Conocerán otros enfoques psicoterapéuticos científicamente validados y teorías cognitivofenomenológicas de psicología general y clínica. Sus actividades terapéuticas irán más allá de la comunicación. Esto también incluirá situaciones estructuradas para facilitar las experiencias del consultante.

Los *consultantes* obtienen una más amplia posibilidad entre distintas opciones terapéuticas: cambios más rápidos y más profundos en sus cogniciones, bienestar y conducta, un menor riesgo de desarrollar demasiada atención autodirigida sin cambiar sus habilidades de manejo, mejor relación resultado/compromiso, mayores habilidades de autoayuda y, por lo tanto, una creciente independencia del psicoterapeuta.

Algunos lectores pueden sentirse incómodos o resistirse a esta terapia centrada en la persona; otros pueden darle la bienvenida o quizás ya estén

trabajando en estas líneas. Al presentar este enfoque terapéutico, mi intención no es criticar. Por el contrario, mi motivación es mejorar nuestra opción de ayudar a los consultantes en el verdadero sentido centrado en el *consultante*: esto significa incluir todas las opciones científicamente validadas que puedan ayudar al consultante individual a cambiar sus cogniciones, sus reacciones emocionales-físicas y su comportamiento.

Referencias

- Bruhn, M. Schwab, R. & Tausch, R. (1980). Die Auswirkungen intensiver personenzentrierter Gesprächsgruppen bei Klienten mit seelischen Beeinträchtigungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 3, 266-280.
- Dirks, P., Grimm, F., Tausch, A. & Wittern, O. (1982). Förderung der seelischen Lebensqualität von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespräche. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 241-251.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Jacobson, E.W. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lietaer, G. & Neirinck, M. (1986). Client and therapist perceptions of helping processes in client-centered/experiential psychotherapy. *Person-Centered Review*, 1, 436-455.
- Lohmann, M., Tausch, A., Langer, I. & Tausch, R. (1987). Die Vorstellung des eigenen Sterbens im entspannten Zustand und personenzentrierte Gespräche. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 59-71.
- Plön, S., Berbalk, H. & Tausch, R. (1988). *Ein kombiniertes Therapieangebot bei 75 Klienten mit seelischen Beeinträchtigungen*. Manuscrito inédito.
- Pomrehn, G., Tausch, R. & Tönnies, S. (1986). Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie: Prozesse und Auswirkungen nach 1 Jahr bei 87 Klienten. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5, 19-31.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.

- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (Eds.). (1954). *Psychotherapy and personality change: Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rudolph, J., Langer, I. & Tausch, R. (1980). Prüfung der psychischen Auswirkungen und Bedingungen von personenzentrierte Einzel-Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 23-33.
- Ruwwe, F. & Tausch, R. (1988). *Klientenzentrierte Gruppengespräche und kognitiv-verhaltenstherapeutische Desensibilisierung bet Klienten nach Trennung vom Partner*. Manuscrito inédito.
- Schäfer, H. (1982). *Erleben und Auswirkungen psychotherapeutischer Einzelgespräche*. Disertación doctoral inédita, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie.
- Schultz, J.I. H. (1950). *Das autogene Training* (6th ed.). Stuttgart: Thieme. Traducción española: (1969). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Tausch, D. (1987). *Die Vorstellung des möglichen Sterbens einer nahestehenden Person: Eine empirische Untersuchung einer psychotherapeutischen Möglichkeit*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Tausch, R. (1988a). Reappraisal of death and dying after a person-centered behavioral workshop. *Person-Centered Review*, 3, 213-228.
- Tausch, R. (1988b). The relationship between emotions and cognitions: Implications for therapist empathy. *Person-Centered Review*, 3, 277-291.
- Westermann, B., Schwab, R. & Tausch, R. (1983). Auswirkungen und Prozesse personenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 164 Klienten einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 241-252.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, California: Stanford University Press. Traducción española: (1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

EL PROCESO FRÁGIL¹ ²

Margaret S. Warner

Muchos consultantes tienen un estilo frágil de procesar la experiencia que les hace difícil trabajar en formatos psicoterapéuticos estándares. A los terapeutas con frecuencia se les dificulta comprender la experiencia de estos consultantes y se sienten frustrados en sus esfuerzos terapéuticos. Muchas veces estos consultantes son diagnosticados como que tienen desórdenes de personalidad fronterizos,³ narcisistas o esquizoides, y se considera que utilizan defensas arcaicas, tales como la escisión o la identificación proyectiva. Un estilo de trabajo centrado en la persona es particularmente efectivo con estos consultantes, una vez que el terapeuta es capaz de comprender los tipos de experiencias que tienen los consultantes cuando se encuentran en medio de un proceso frágil.

En este trabajo describiré el proceso frágil, ofreceré especulaciones sobre las raíces de su desarrollo y consideraré qué tipos de interacción probablemente sean efectivas en psicoterapia. Para simplificar la explicación, describiré el proceso frágil como un fenómeno único. Es necesario recordar, sin embargo, que las personas experimentan el proceso frágil en diversos grados y pueden tener un estilo frágil de procesamiento para algunos aspectos de su experiencia y no para otros.

Descripción del proceso frágil

Los consultantes que tienen un estilo frágil de procesamiento tienden a experimentar sus asuntos⁴ nucleares en niveles de intensidad muy bajo o muy alto.

1 Fuente: Versión ligeramente revisada de: Warner, M. (1991). Fragile process. In L. Fused (Ed.), *New directions in client-centered therapy: Practice with difficult populations* (pp. 41-58). Chicago, Illinois: Chicago Counseling and Psychotherapy Center (Monograph Series 1).

2 *proceso frágil*: Traducción de *fragile process*, empleado en inglés por Warner. (Nota del revisor técnico)

3 *fronterizo*: Traducción de *borderline*, empleado en inglés por Warner. (Nota del revisor técnico)

4 *asunto*: Traducción de *issue*, empleado en inglés por Warner. (Nota del revisor técnico)

Tienden a tener dificultades para iniciar y detener experiencias personalmente significativas o conectadas con lo emocional. Y es probable que tengan dificultades para admitir el punto de vista de otra persona mientras permanecen en contacto con dichas experiencias. Por ejemplo, un consultante puede hablar de temas circunstanciales durante la mayor parte de la hora de terapia y solo conectar con un sentimiento subyacente de rabia recién al final de la misma. Sin embargo, en este punto puede ser incapaz de apagar la rabia de manera que le permita volver al trabajo. Entonces puede pasar horas caminando por el parque intentando manejar la intensidad de su sentimiento. El consultante puede ser capaz de hablar sobre sentimientos de rabia hacia el terapeuta y desear mucho que estos sean comprendidos y reafirmados. Sin embargo, los comentarios del terapeuta para explicar la situación o disentir con el consultante serán sentidos como intentos del terapeuta de aniquilar su experiencia.

Las respuestas de comprensión empática son con frecuencia el único tipo de intervención que las personas pueden recibir mientras se encuentran en medio de un proceso frágil, sin sentirse traumatizadas o desconectadas de su experiencia. La presencia continuada de una persona empática y sosegadora es con frecuencia un apoyo esencial para la capacidad de la persona de permanecer conectada sin sentirse abrumada. En cierto sentido, los consultantes que se encuentran en medio de un proceso frágil se preguntan si su manera de experienciarse a sí mismos en ese momento tiene derecho a existir en el mundo. Cualquier modo erróneo de nombrar la experiencia o sugerencia de que la consideren de una manera diferente es experimentado como una respuesta “no” a la pregunta.

Los consultantes con procesos frágiles de baja intensidad probablemente experimentan las reacciones personales como sutiles matices emocionales, como hilos de experiencia que apenas pueden captar y que les cuesta sostener.⁵ Si se los distrae o contradice, probablemente abandonen la idea de que dichas experiencias tienen significado alguno. Los comentarios del terapeuta con la intención de ofrecer un consejo provechoso o un discernimiento intelectual probablemente provoquen que el consultante se desconecte. Los consultantes que experimentan un proceso frágil de alta intensidad sienten su experiencia con mucha fuerza y con frecuencia quieren ser comprendidos y reafirmados en la corrección de su experiencia. Sin embargo, es probable que sientan como una violación aun ligeros errores al nombrar o incomprensiones de la experiencia. Por ejemplo, un consultante que dice que se siente “irritado” puede sentirse profundamente incomprendido si el terapeuta dice que entiende que está “enojado”. Otros tipos de comentarios interpretativos o consejos probablemente se experimenten como que invalidan la experiencia totalmente.

5 *sostener*: Traducción de *hold*, empleado en inglés por Warner. (Nota del revisor técnico)

Es probable que la disposición física de las sesiones de terapia afecte las capacidades de los consultantes de permanecer conectados con el proceso frágil. Saber que las sesiones tendrán lugar a la misma hora del día y la semana, que comenzarán de la misma manera, que la disposición de la habitación será la misma, con frecuencia ayuda a los consultantes a mantenerse en el proceso frágil. Cambios que en otras circunstancias podrían ser insignificantes, pueden ser muy disruptivos de la capacidad de un consultante para trabajar terapéuticamente. Por ejemplo, encontrarse en un consultorio diferente, con los muebles cambiados de disposición, o reunirse en un horario distinto, pueden ser experimentados por el consultante como destructivos del contexto terapéutico sin ninguna certeza de que pueda ser restaurado. Por otro lado, consultantes que experimentan un proceso frágil con frecuencia sienten la necesidad de tener un control considerable sobre los arreglos de las sesiones. Ser capaz de ajustar la duración de las sesiones, tenerlas a una determinada hora del día, o arreglar la habitación de una manera que lo haga sentirse cómodo puede permitir a un consultante a conectarse con un proceso que de otra manera sería inaccesible.

Los consultantes que tienen un estilo frágil de procesamiento con frecuencia experimentan su vida como caótica o vacía. Si los consultantes con proceso frágil de alta intensidad eligen permanecer conectados con su experiencia en las relaciones interpersonales, probablemente se sientan violados o incomprendidos gran parte del tiempo. Cuando expresan sus sentimientos, es probable que otras personas en sus vidas los vean como irracionalmente enojados, susceptibles y testarudos. Las demás personas probablemente se enojen y los rechacen, reforzando la sensación de los consultantes de que hay algo fundamentalmente ponzoñoso en su existencia. Los consultantes que continúan expresando sus sentimientos probablemente tengan relaciones volátiles permanentes o una sucesión de relaciones que comienzan bien y luego se estropean. Si, por otra parte, renuncian a conectarse o a expresar sus reacciones personales, probablemente se sientan congelados o muertos por dentro. Muchos alternan, conteniendo sus reacciones, sintiéndose al mismo tiempo cada vez más incómodos y explotando después con rabia hacia quienes los rodean.

Los consultantes con proceso frágil de baja intensidad probablemente tengan dificultades para hacerse conscientes de o para tomar con seriedad sus reacciones personales. Cuando sí expresan sus reacciones, con frecuencia lo hacen de maneras sutiles o indirectas. Probablemente se sientan rechazados y se retraigan de conexiones personales antes de que los demás se den cuenta de que hay un asunto serio en juego. Pueden limitarse a permanecer desconectados la mayor parte del tiempo, viviendo vidas exteriormente funcionales, pero carentes de un sentido de vitalidad. Los consultantes con proceso frágil de baja intensidad pueden no saber realmente que existe una alternativa a una vida de baja intensidad y ligeramente depresiva.

El desarrollo del proceso frágil

La capacidad de procesar la experiencia implica un complejo conjunto de habilidades intrapsíquicas que se desarrollan durante la temprana infancia. En un sentido básico, toda persona viva procesa, puesto que todas las personas tienen experiencias que registran cambios a través del tiempo.⁶ Creo, sin embargo, que un procesamiento más complejo requiere una habilidad básica: la capacidad de sostener las experiencias personales relevantes en la propia atención de una manera aceptante. Los niños tienen inicialmente una capacidad muy limitada de sostener por sí mismos las experiencias, y desarrollan su capacidad de hacerlo en interacción con los adultos que los cuidan con afecto. Esto comienza con la interacción no verbal en la infancia. Los padres “suficientemente buenos” se conectarán con las experiencias de los infantes y los involucrarán en diversos tipos de juegos no verbales al mismo tiempo que los ayudan a evitar los extremos de experiencias de alta o baja intensidad (Stern, 1985). Los infantes pueden ser muy buenos en generar este tipo de empatía no verbal de parte de los adultos que aún no son hábiles en dicha capacidad. Los adultos también traen una empatía verbal a las experiencias de los niños, comenzando típicamente por nombrar sus reacciones mucho antes de que los niños sean capaces de comprender las palabras. Después de escuchar sus experiencias nombradas por otros durante un período de tiempo, los niños comenzarán a etiquetar sus propias experiencias. Inicialmente esta etiquetación será bien primitiva y global; después, mucho más sutil y compleja. A medida que los niños crecen, desarrollan un sentido de cómo las experiencias particulares encajan dentro de identidades personales, familiares y culturales más amplias.

Una vez que los niños aprenden a sostener sus experiencias con el apoyo de adultos solícitos y empáticos, comienzan a internalizar esta capacidad y a atender a sus propias experiencias de una manera aceptante. Cuando esto sucede, tienden a desarrollarse naturalmente otras capacidades experienciales. Durante los años de latencia y adolescencia los niños devienen cada vez más capaces de modular la intensidad de sus reacciones emocionales y de cambiar de estados de ánimo según sea apropiado para cada situación. Llegan a ser capaces de sentir sus propias experiencias, recibir las experiencias de otras personas y a usar esta información para revisar sus propias experiencias. Devienen capaces de considerar sus reacciones inmediatas a la luz de otros significados personales o culturales y dejar que estos significados tengan un impacto sobre sus experiencias.

6 Mi pensamiento sobre el procesamiento experiencial está fuertemente influenciado por el trabajo de Eugene Gendlin que explora las complejas relaciones entre la sensación sentida de una persona y la forma verbal de nombrar la experiencia. (Nota de la autora)

Si los adultos en funciones parentales están abrumados o preocupados con sus propias necesidades, posiblemente no se comprometan mucho en un sostén empático de las experiencias de sus hijos. Puede ser que sean insensibles o que respondan a sus hijos principalmente en términos de cómo los hacen sentir los niños. Si los adultos están evitando afrontar ciertos asuntos en sus propias vidas –como el alcoholismo o la infelicidad conyugal– pueden distorsionar sistemáticamente su etiquetación de las experiencias que sus hijos tienen que podrían amenazar su negación. Los niños pueden desarrollar relaciones autoobjetantes inversas⁷ con sus progenitores, en las cuales dejan de lado sus propias reacciones para ayudar a evitar la fragmentación en sus padres.⁸ Cuando los niños no reciben de parte de los adultos un sostén empático de sus experiencias, el desarrollo de otras capacidades experienciales probablemente se vea comprometido. Las experiencias que no han sido conservadas, tienden a sentirse irreales, fuera de control o ponzoñosas. Más que aprender a procesar las reacciones personales ante las situaciones, los niños comienzan a suprimir sus experiencias o a exteriorizarlas sin comprender mucho sus motivaciones. Con el tiempo, estos niños probablemente desarrollen sentimientos globales de vacío o de que algo está mal.

Interacción terapéutica con el proceso frágil

Idealmente, la terapia con adultos que tienen un estilo frágil de procesamiento crea el tipo de conservación empática que faltó en las experiencias infantiles tempranas del consultante. Si el terapeuta permanece empáticamente conectado con las experiencias significativas del consultante, es probable que este sienta la satisfacción de permanecer conectado con sus experiencias de una manera aceptante. Al principio esto tiende a ser un tipo de placer muy ambivalente, porque las experiencias en sí mismas suelen ser dolorosas y el consultante probablemente esté convencido de que son vergonzosas y de que es probable que sean dañinas para sí mismo y para los demás. Puede sentir la necesidad de probar de diversas maneras al terapeuta antes de confiar en que este puede relacionarse con sus experiencias o creer que ellas pueden tener algún valor. Puede temer que expresar sus experiencias lo haga vulnerable a la manipulación y el control por parte del terapeuta, o que sus experiencias tengan el poder de abrumar y dañar al terapeuta. Sin embargo, es probable que paulatinamente el consultante sea

7 *relación autoobjetante inversa*: Traducción de *reverse self-objecting relationship*, empleado en inglés por Warner. (Nota del revisor técnico)

8 Ronald Lee, conversación personal. (Nota de la autora)

capaz de descubrir que sus reacciones tienen más sentido de lo que pensaba y que sensaciones aparentemente inexorables atraviesan distintos tipos de cambio y resolución positivos.

La terapia efectiva con el proceso frágil requiere excelentes habilidades de escucha y una apertura a recibir conducción del consultante acerca del tipo de respuestas que son provechosas. El consultante por lo general necesita más que una presencia aceptante. Necesita escuchar sus reacciones puestas en palabras de tal manera que sepa que su terapeuta ha captado lo que sentía y trataba de expresar. (Bastante diferente de expresar empatía por las experiencias que el terapeuta cree que el consultante experimentaría si no estuviese “escindido”). Para comunicar tal comprensión, el terapeuta necesita estar particularmente atento cuando el consultante tiene un sentido para experiencias para las cuales todavía no tiene palabras (Gendlin, 1964). Si el terapeuta deja espacio para la falta de claridad, es probable que el consultante encuentre sus propias palabras para la experiencia. (Por ejemplo, el terapeuta podría decir: “Algo en eso realmente se siente incómodo, pero todavía no tienes claro qué es”; el consultante puede decir entonces: “Sí, es como un sentimiento triste, desesperanzado”). Por otro lado, si el terapeuta completa el significado, el consultante probablemente se sienta incomprendido y enojado o desistirá de buscar las palabras correctas para expresar su experiencia.

Muchos terapeutas creen que escuchan bien, cuando en realidad son bien descuidados e imprecisos en su comprensión de la interacción minuto-a-minuto con el consultante. Con frecuencia los terapeutas tienen que escuchar cintas de sus propias interacciones para darse cuenta de cuán poco comprendieron las preocupaciones inmediatas de sus consultantes y cuán inefectivos fueron al expresarles dicha comprensión a sus consultantes.

Además de escuchar insatisfactoriamente, los terapeutas con frecuencia ofrecen a sus consultantes una considerable cantidad de comentarios, interpretaciones o preguntas. Dichas intervenciones pueden parecer bastante leves al terapeuta, pero ser experimentadas como aniquilantes por un consultante que se halla en medio de un proceso frágil. Por ejemplo, un consultante puede decir que se siente molesto cuando piensa que tiene que venir a las sesiones de terapia y el terapeuta puede preguntar por qué siente que tiene que venir. El consultante en medio de un proceso frágil puede recién estar comenzando a sentir que puede sostener su sensación de molestia y aceptar que está bien en el proceso. En estas circunstancias, probablemente el consultante experimentará la pregunta del terapeuta como un mensaje de que sus experiencias están muy mal y que no tiene derecho a tenerlas. Sin embargo, si el consultante expresa rabia hacia el terapeuta, este probablemente se sienta perplejo y un poco incómodo por la reacción de su consultante.

Los consultantes que tienen un proceso frágil muchas veces cuentan historias que de alguna manera expresan indirectamente su miedo de que su experiencia no tiene derecho a existir en el mundo. A veces esas historias expresan el sentimiento de desesperanza y de vergüenza del consultante cuando otras personas se molestan con ellos. En otros momentos, los consultantes se explayan mucho en explicar que han hecho todo lo posible en una situación y que otras personas no han hecho nada para ayudar o que han empeorado activamente la situación. A menudo, los terapeutas son inducidos a reasegurar al consultante que no hay razón para sentirse avergonzado. U ofrecen a su consultante consejos acerca de cómo podrían ver la situación de un modo diferente o manejarla de manera más asertiva.

Los consultantes en medio de un proceso frágil por lo general son muy poco receptivas a dichos consejos y probablemente se muestren heridos e irritados cuando se les ofrecen. Realmente solo están pidiendo ser recibidos en su experiencia de la situación. Y cuando el terapeuta es capaz de sostener dichas experiencias de su consultante, está enfrentando el asunto más fundamental: la incertidumbre de su consultante de que siquiera tiene el derecho de tener la experiencia. Una vez que este se siente más arraigado en su experiencia de la situación, de manera bastante natural llega a adoptar una visión que balancea sus necesidades en la situación con las de los demás, admitiendo puntos de vista alternativos y volviéndose más equitativamente asertivo.

Los consultantes tienen típicamente algunos temas y situaciones de vida en que son mucho más frágiles que en otros. Es probable que se expresen en formas mucho más claras, enérgicas y en apariencia racionales en relación con aspectos menos frágiles de sus vidas. Cuando los asuntos son frágiles, los consultantes a menudo se expresan de manera indirecta –en comentarios incidentales al terminar la sesión, un tema escondido dentro de largas historias, o comentarios muy tentativos y luego rápidamente negados. Tal cualidad indirecta es una de las razones por las cuales los consultantes que tienen un proceso frágil con frecuencia se sienten incomprendidos. Los terapeutas pueden perderse fácilmente los intentos de sus consultantes de comunicar sus experiencias frágiles y encontrarse con que deja la terapia o parece no estar haciendo ningún progreso.

Es probable que los consultantes alternen entre la búsqueda de formas de vida que niegan ciertas experiencias nucleares y los intentos de reafirmar su derecho a tener dichas experiencias en el mundo. Cuando los terapeutas comprenden los asuntos en juego, probablemente encuentren mucho más sentido en la conducta de sus consultantes. A su vez, los consultantes comienzan a sentirse mucho mejor comprendidos por ellos. De manera bastante natural los terapeutas llegan a disfrutar los intentos más torpes, indirectos o rígidamente argumentativos de los consultantes de reafirmar su derecho a tener una presencia experiencial en el mundo.

Cuando los consultantes llegan a ser capaces de sostener y procesar en terapia las experiencias frágiles, probablemente por un tiempo sientan que confían en el terapeuta. En esta etapa, la presencia empática del terapeuta es esencial para que los consultantes puedan sostener sus experiencias sin sentirse traumatizados. Es como si el terapeuta sostuviera una máscara de oxígeno para el consultante que pasa el resto de la semana luchando por poder respirar. Muy comprensiblemente, el consultante puede odiar irse de la sesión y resentir el tiempo que tiene que pasar sin contacto con el terapeuta. De manera gradual, sin embargo, los consultantes llegan a ser capaces de sostener sus experiencias por más y más tiempo entre sesiones. Con frecuencia, tener varias sesiones por semana les permite establecer un puente entre sesiones sin perder el sentido de conexión. En esta fase intermedia, los consultantes muchas veces pueden reconectar con su experiencia evocando de diversos modos la imagen del terapeuta. Un breve contacto telefónico, escuchar las grabaciones en cinta de la voz del terapeuta, sostener un objeto que pertenece al terapeuta o sentarse fuera del consultorio, puede ayudarles a recordar la experiencia de la terapia.

Proceso frágil y psicología del yo-mismo

Muchas de las ideas de Heinz Kohut (1971, 1984) encajan bien en un modelo de proceso frágil. Varios escritores observaron que el énfasis de Kohut en la empatía en el trabajo con consultantes narcisistas es notablemente similar a las actitudes de empatía, congruencia y consideración positiva incondicional por las que Carl Rogers (1957) abogó con anterioridad en la psicoterapia con todos los consultantes. Los análisis de Kohut de las transferencias autoobjetantes⁹ capturan la intensa dependencia que los consultantes sienten en medio de procesos frágiles. Kohut fue el primer teórico en comprender realmente cómo los consultantes pueden necesitar durante un tiempo usar al terapeuta como un ego auxiliar. Sus análisis de la empatía capturan vívidamente el sentido de violación que los consultantes que experimentan procesos frágiles sienten cuando sus terapeutas no los comprenden. Para muchos terapeutas centrados en la persona estas contribuciones fueron muy útiles para llegar a una comprensión más profunda de los procesos de sus consultantes. Por otra parte, la teoría de Kohut es mucho menos elaborada que la tradición centrada en el cliente en cuanto a la naturaleza de la empatía, las maneras en que esta puede expresarse con mayor efectividad

9 *autoobjetante*: Traducción de *self-object*, empleado en inglés por Warner, siguiendo a Kohut. (Nota del revisor técnico)

y los tipos de procesamiento del consultante probablemente fomentados en una relación de comprensión empática.

Si bien Kohut consideró su pensamiento como una extensión del psicoanálisis, sus ideas encajan de manera algo incómoda en el modelo psicoanalítico. La mayoría de los psicoanalistas procuran evitar gratificar los deseos infantiles de sus consultantes y confían en la interpretación para generar consciencia y cambio. Kohut sugería que cuando están involucrados asuntos preedípicos, el terapeuta necesita replicar una cierta cantidad de funciones autoobjetantes parentales que el consultante pasó por alto más temprano en su vida, mediante el fomento de transferencias autoobjetantes similares con el terapeuta.

Al sugerir que los elementos positivos del estilo de interacción del terapeuta potencian los procesos naturales y autodirigidos en el consultante, Kohut expresa ideas que son mucho más compatibles con un modelo de terapia centrado en el cliente que con uno psicoanalítico tradicional. Por supuesto, moderó su posición sugiriendo que esta postura empática, no interpretativa, solo debería tomarse cuando el consultante trataba con asuntos preedípicos y debería abandonarse con consultantes más avanzados. De alguna manera, los intentos de Kohut de hacer compatible su pensamiento con la teoría de los impulsos, puede haber impedido su desarrollo de un enfoque internamente consistente de psicoterapia con consultantes narcisistas (Kohut, 1971, 1984).

Interpretaciones del proceso frágil como defensa arcaica

Muchos terapeutas interpretan las reacciones negativas del terapeuta como resultado de la comunicación inconsciente de parte de los consultantes, a quienes ven usando la defensa arcaica de la identificación proyectiva (véase, por ejemplo, Kernberg, 1975). Al principio, los terapeutas con frecuencia se sienten incómodos por estar con consultantes que están en medio de procesos frágiles. Pueden sentir que los consultantes son indiferentes y aburridos, que están perversamente renuentes a recibir intervenciones provechosas o que se enojan de manera irracional con respecto a pequeñas dislocaciones en el proceso terapéutico. Entonces, pueden concluir que el consultante inconscientemente quiere que el terapeuta se aburra o se frustre para que pueda comprender cuán frustrado y aburrido se siente o se sintió él mismo en su propia vida.

Creo que resulta sensato ser bastante conservadores acerca de tales juicios cuando los consultantes están experimentando procesos frágiles. Por lo general los consultantes solo tratan de aferrarse a sus propias experiencias y evitar que se les vayan de las manos. No tienen un deseo determinado de que el terapeuta se sienta frustrado y fuera de control en el proceso. De hecho muchas veces sienten terror de ser una carga o resultar dañinos para los terapeutas por su

relación con ellos. Creo que la incomodidad del terapeuta suele surgir por una de dos razones: 1) el terapeuta no comprende el proceso del consultante y por lo tanto experiencia al consultante como perversamente frustrante e irracional, o 2) el terapeuta tiene asuntos no resueltos de control o dependencia que son enganchados por las necesidades de los consultantes. Saltar a la conclusión de que los consultantes quieren inconscientemente crear sentimientos incómodos en el terapeuta, fácilmente puede frenar el intento de este de comprender sus propias reacciones y las de su consultante. Y puede impedir la empatía misma, tan esencial para estos consultantes.

Ocasionalmente, un consultante en medio de un proceso frágil intenta crear sentimientos negativos en su terapeuta. Creo que estos intentos pueden comprenderse mejor como estrategias secundarias al proceso frágil que como manifestaciones de defensa inconsciente. El consultante por lo general trata de encontrar maneras de manejar sus intensas necesidades de apoyo por parte del terapeuta. Puede intentar probar al terapeuta con conductas negativas para descubrir si este sería capaz de dejarlo, antes de arriesgarse a la intensa dependencia que ocurriría si abriera procesos frágiles. Una vez que está en una relación cercana con el terapeuta, puede intentar encontrar maneras indirectas de obtener más ayuda de su parte cuando se siente abrumado por sus experiencias. O puede querer expresar su resentimiento frente al hecho de que sufre tanto en la relación mientras que el terapeuta parece no sufrir en absoluto.

Si bien es importante que el terapeuta comprenda la posibilidad de que su consultante pudiera resentir la relativa libertad emocional que tiene dentro de la relación, creo imprudente suponer dichas motivaciones si no han sido articuladas por el consultante. Como siempre, el terapeuta necesita asegurarse de cuidar sus propias necesidades en la situación terapéutica para no ser desbordado y llegar a sentir resentimiento por su consultante. En un clima de comprensión, el consultante hablará sobre sus motivaciones subyacentes cuando el tema sea relevante para él.

Muchos terapeutas interpretan la conducta de sus consultantes en el medio de proceso frágil como “escisión” y suponen que el consultante tiene problemas para integrar sus cualidades positivas y negativas en una imagen única. Entonces creen que es importante señalar el otro lado de cada asunto —observando, por ejemplo, que las personas idealizadas por el consultante son falibles y que las personas con las cuales el consultante está enojado también tienen buenas cualidades. El consultante muy probablemente idealice al terapeuta que se conecta con éxito con el proceso frágil. Y es probable que se sienta muy enojado con otras personas en sus vidas por quienes se siente incomprendido y maltratado. Por otro lado, es probable que cambie a sentirse extremadamente enojado con el terapeuta cuando se siente incomprendido y maltratado en esta relación.

Creo que la principal dificultad que tienen los consultantes con procesos frágiles, más que una dificultad para integrar imágenes buenas y malas en una única *Gestalt*, es no ser capaces de sostener su experiencia. Cuando comprendemos la experiencia del proceso frágil, las intensas reacciones positivas y negativas expresadas por el consultante con frecuencia tienen mucho sentido. Una vez que logra un sentido de seguridad en su capacidad de sostener y aceptar sus reacciones buenas y malas, desarrolla otras habilidades de procesamiento sin ninguna intervención de parte del terapeuta. Los consultantes devienen más interesados en comprender la experiencia de otras personas y cada vez más capaces de usar dicha experiencia para modificar la comprensión de sus propias situaciones. Como resultado, desarrollan espontáneamente imágenes integradas buenas y malas de sí mismos y de los demás. A medida que devienen más capaces de sostener y afirmar sus reacciones, estarán menos propensos a sentirse excluidos y violados por las reacciones de otras personas hacia ellos. Devienen más capaces de cambiar hacia atrás y hacia adelante entre sus propios puntos de vista y los de otras personas, o de posponer interacciones con las que pueda tratar más tarde con mayor efectividad.

Conclusión

Si bien el concepto de proceso frágil puede utilizarse con una diversidad de modalidades terapéuticas, encaja muy cómodamente dentro de la tradición centrada en la persona. La terapia centrada en el consultante propone que el mismo tipo de relación que fomenta la autoactualización en la infancia fomenta la autoactualización en la terapia –una relación caracterizada por la empatía, la congruencia y la consideración positiva incondicional. El proceso frágil parece ser generado por la ausencia de empatía durante el desarrollo temprano y se puede ayudar a la persona que lo experimenta, casi exclusivamente, mediante la participación en relaciones terapéuticas empáticas no intrusivas durante la adultez.

Referencias

- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 102-148). Nueva York: Wiley & Sons.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nueva York: Aronson. Traducción española: (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Nueva York: International Universities Press. Traducción española: (1996). *Análisis del self*. Buenos Aires: Paidós.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?*. Chicago: University of Chicago Press. Traducción española: (1986). *¿Cómo cura el psicoanálisis?* Buenos Aires: Amorrortu.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development*. Nueva York: Basic Books. Traducción española: (1991). *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Warner, M.S. (1991). Fragile process. In L. Fousek (Ed.), *New directions in client-centered therapy: Practice with difficult client populations (Monograph Series 1)* (pp. 41-58). Chicago: Chicago Counseling and Psychotherapy Center.
- Warner, M. S. (1997). Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing and personal narrative. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 125-140). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.

ESTAR-CON¹ Y ESTAR-CONTRA:² PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA COMO UN PROCESO DE PERSONALIZACIÓN COCREATIVO EN PROFUNDIDAD³

Peter F. Schmid y Dave Mearns

Mientras más experiencia acumulamos y más investigación llevamos a cabo en psicoterapia y consultoría, casi todas las escuelas de psicoterapia más llegan a considerar la relación como el núcleo del esfuerzo terapéutico. Desde la teoría de la transferencia hasta el estar-juntos existencial, desde una precondition para reaprender a las perspectivas sistémicas, una multitud de teorías tratan de explicar su naturaleza.

La psicoterapia orientada al desarrollo, que esperaba la sanación a partir del crecimiento personal, siempre buscó fortalecer al individuo y utilizar la relación. Pero, en la mayoría de los casos, la relación fue y es solo “usada”, vista como un medio o una precondition para el trabajo terapéutico real en sí sobre o con el consultante. Sobre la base de la experiencia y el desarrollo de la teoría y con el sustento de la investigación, la terapia centrada en la persona (TCP) no *usa* la relación como una base o una introducción; por el contrario, *la relación misma es la terapia* (Rogers, 1962). En este trabajo y en su complemento (Mearns & Schmid, 2006) extendemos nuestra búsqueda (Schmid, 1991, 1994, 1996, 1998a, 1998b, 1998c; Mearns, 1996; Mearns & Cooper, 2005) sobre la naturaleza esencial y la cualidad de este vínculo.

Consideramos a la terapia como un proceso cocreativo de convertirse en persona. En esta primera parte exploramos la diferencia cualitativa entre la alianza terapéutica y el encuentro o trabajo en profundidad relacional. Resaltamos

1 *estar-con*: traducción de *being-with*, empleado en inglés por Schmid & Mearns. (Nota del revisor técnico)

2 *estar-contra*: traducción de *being-counter*, empleado en inglés por Schmid & Mearns. (Nota del revisor técnico)

3 Fuente: Schmid, P. & Mearns, D. (2006). Being with and being counter: Person-centred psychotherapy as an in-depth co-creative process of personalization. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(3), 174-190.

el desafío esencial de los terapeutas de ser capaces de ofrecer el poder de una relación de encuentro a cada consultante que llega a su consultorio, lo cual es particularmente importante con consultantes difíciles de alcanzar.⁴ Cuando el consultante experimenta su yo-mismo-en-desarrollo y la presencia plena del terapeuta, cada uno puede encontrar al otro persona a persona. Nuestra tesis es que esta profundidad en el encuentro puede ayudar a los consultantes a comprometerse con la psicoterapia de una manera tal que llega mucho más allá de los aspectos del yo-mismo que presentan normalmente a otras personas (el nivel protocolar⁵ del yo-mismo) y pueden comprometer partes fundamentales para el sentido de su propia existencia como seres humanos.

Un aspecto central de tal relación auténtica es el carácter de las respuestas del terapeuta que derivan de su propia posición-*contra*⁶ en el encuentro con el consultante. Dentro de un marco de referencia empático, los consultantes con frecuencia se sienten profundamente comprendidos por los terapeutas que toman la posición del Otro en sus interacciones, haciendo así de algunas partes de la terapia un verdadero diálogo. Con una investigación fenomenológica del proceso dialéctico de estar-con y estar-*contra* el consultante proporcionamos una exploración de las diferentes maneras de resonar con la comunicación del consultante. En este trabajo y en su complemento (Mearns & Schmid, 2006) exploramos más aún la presencia, la resonancia,⁷ la confrontación y el diálogo desde una perspectiva centrada en la persona.

Terapia centrada en la persona: una relación terapéutica cocreada

Un breve resumen del estado del arte en antropología, fenomenología, epistemología, teoría y práctica de la terapia centradas en la persona puede mostrar que la terapia centrada en la persona de la actualidad no solo es fiel a su fundador sino que refleja una imagen del ser humano profundamente enraizada en las tradiciones filosóficas occidentales. Esta visión del ser humano

4 *difícil de alcanzar*: Traducción de *hard-to-reach*, empleado en inglés por Schmid & Mearns. (Nota del revisor técnico)

5 *nivel protocolar*: Traducción de *presentational level*, empleado en inglés por Schmid & Mearns. (Nota del revisor técnico)

6 Juego de palabras intraducible. En la palabra inglesa *encounter* (encuentro, en el que se *está con*) el sufijo *counter* también significa *contra*. (Nota de la traductora)

7 *resonancia*: Traducción de *resonance*, empleado en inglés por diversos autores. (Nota del revisor técnico)

como una *persona* –de aquí el nombre del enfoque– se arraiga en la convicción de que somos tanto independientes, viviendo de nuestros propios recursos, como interdependientes, inevitablemente conectados con los demás. El desafío particular de esta perspectiva es evitar reducirla a una de las dos dimensiones y mantener el equilibrio entre ambas.

La *persona*, en el enfoque centrado en la persona, se refiere tanto a la persona del consultante como a la del terapeuta. El enfoque considera a la persona tanto como un ser autónomo como relacional y espera que la terapia respete y se comprometa con ambos aspectos al mismo tiempo (Schmid, 1991, 1998a). Esto se logra a través de la relación de *encuentro* (Schmid, 1996, 1998b), donde la autonomía del consultante se respeta a través de la negativa a tomar el poder *sobre* él y también poniendo a su disposición una poderosa relación. En una relación de encuentro, la otra persona no se considera un alter *ego*, sino como un verdadero *Otro*. Esto significa que no puedo simplemente concluir a partir de mí y de mi propia experiencia, el yo-mismo y la experiencia de la otra persona. Por el contrario, la actitud y la tarea es abrirse y aceptar genuinamente y tratar de comprender empáticamente lo que el compañero en la relación está experimentando y revelando.

Dicha relación, que puede denominarse una *relación Yo-Tú* (Schmid, 1994, 2003) es el núcleo de un proceso intersubjetivo, cocreativo de personalización a través del encuentro “en profundidad relacional”⁸ (Mearns, 1996). Al corresponder en la relación, consultante y terapeuta se encuentran a sí mismos, en el mismo momento de su estar-juntos, cocreando la relación a partir del encuentro mutuo. La contribución del consultante a este proceso fundamentalmente dialógico es hacer uso activo de su capacidad inherente para hacer funcionar el reconocimiento y la empatía del terapeuta (Bohart, 2004; Bohart & Tallman, 1999). La contribución por parte del terapeuta es estar presente.

La *presencia* –literalmente la palabra latina de origen “prae-esse” significa “estar totalmente allí”– es el fundamento existencial y el significado más profundo de las bien conocidas, y sin embargo muy a menudo solo comprendidas de manera superficial, condiciones nucleares de autenticidad, reconocimiento y comprensión, para usar los términos de Martín Buber (1962/63) (Schmid, 2001a, 2001b, 2001c). La tarea del terapeuta es llevarlas continuamente a cabo en cualquier situación determinada dentro de la terapia. Esto proporciona un clima de seguridad, confianza y respeto al consultante, que le permite cada vez más afrontarse y desarrollarse a sí mismo y a su yo-mismo en toda su pluralidad (Mearns, 1999; Mearns & Thorne, 2000).

8 *profundidad relacional*: Traducción de *relational depth*, empleado en inglés por Mearns. (Nota del revisor técnico)

En trabajos independientes, en grupos y contextos de diferentes idiomas y desde distintos antecedentes, durante las últimas décadas ambos autores hemos llegado a resultados asombrosamente similares en cuanto al desarrollo ulterior de la terapia centrada en la persona. Desarrollamos un modelo de psicoterapia realmente centrado en la persona bi o multipolar, donde ambas (o todas) las personas involucradas cocrean el proceso terapéutico. Este refinamiento de la genuina terapia centrada en la persona fue encabezado por nosotros mismos y por otros teóricos y profesionales, como lo muestra la siguiente revisión de las principales contribuciones al desarrollo de esta perspectiva y su foco de interés.

Peter F. Schmid trabajó en el desarrollo de una comprensión de “la terapia como el arte de no saber” y “el arte del encuentro” (Schmid, en alemán: 1991, 1994, 2002d; en inglés, los elementos centrales pueden encontrarse en: 1998a, 1998b, 2001a, 2001b, 2001c, 2003, 2005b). El énfasis de Dave Mearns estuvo sobre el “trabajo en profundidad relacional” (1996, 1997, 1999, 2002a, 2002b, 2003; Mearns & Thorne, 2000; Mearns & Cooper, 2005).

El pionero alemán, interesadamente un psiquiatra, Wolfgang Pfeiffer (1989, 1991, 1993, 1995a, 1995b) describió “la relación como el factor efectivo central en la terapia centrada en la persona”. Uno de los focos de Brian Thorne (1991, 2002; Mearns & Thorne, 2000) fue sobre “la intimidad” y la “ternura”. Len Holdstock (1993, 1996a, 1996b) enfatizó la “naturaleza interdependiente, no individuo-céntrica del yo-mismo”. Ute Binder (1993, 1998) dirigió nuestra atención hacia la diferencia entre “la empatía (esencialmente prosocial)” y “tomar una perspectiva cognitivo-social”. Garry Prouty (1994; Krietemeyer & Prouty, 2003) exploró la “experienciación presimbólica y el contacto” en el marco de su concepción de la “preterapia”. De la misma manera, “el contacto” y particularmente la comprensión del “proceso frágil y disociado” fueron algunas de las contribuciones de Margaret Warner (2000, 2002). Michael Behr (2003) trató la “resonancia interactiva”. Art Bohart (2004, Bohart & Tallman, 1999) al describir al “consultante como un autosanador activo” puso el énfasis en el esfuerzo del consultante en la relación. “La primacía de la relación” condujo a Godfrey Barrett-Lennard (1998, 2003, 2005) a hablar acerca de la “psicoterapia relacional centrada en el cliente” y Mick Cooper (2004a, 2004b; Mearns & Cooper, 2005), que proviene de la tradición existencial, describe lo que llama un “enfoque de la terapia orientada a la relación”.

Es interesante señalar que otras orientaciones psicoterapéuticas corrieron paralelas en el desarrollo de su comprensión del yo-mismo; por ejemplo, la psicología del yo-mismo (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; Bartosch, 2003) y el psicoanálisis intersubjetivo, las terapias humanistas (por ejemplo, la terapia gestalt: Hycner & Jacobs, 1995) y las terapias existenciales (Spinelli, 1997/2006, 2005: “yo-mismos en relación”) e incluso la terapia cognitivo-conductual (Parfy,

1999). Surgieron otras terapias dialógicas, por ejemplo, la psicoterapia dialógica o terapia relacional (para referencias, véase Cooper, 2004b, pp. 452-453) y existe un creciente sustento empírico con respecto a la centralidad de la relación (Cooper, 2004b).

En resumen, la psicoterapia finalmente reconoció que la relación es esencial para el ser humano y, por lo tanto, para la psicoterapia misma. El concepto de encuentro ganó aceptación y quedó establecido (ver, por ejemplo, Bozarth & Wilkins, 2001; Haugh & Merry, 2001; Wyatt, 2001; Wyatt & Sanders, 2002; Tudor & Worral, 2006) como el estado del arte de la genuina terapia centrada en la persona. Esto marca un cambio en el paradigma, no solo dentro del enfoque centrado en la persona, sino dentro del campo de la psicoterapia y la consultoría como tales.

Más que una alianza de trabajo

Es importante enfatizar que la naturaleza de la relación terapéutica que estamos describiendo es cualitativamente diferente de la llamada alianza de trabajo en psicoterapia. La investigación sustenta la creación de una alianza de trabajo de manera tal que puedan producirse los esfuerzos terapéuticos adicionales (Elkin, Shea, Watkins, et al., 1989; Krupnick, Sotsky, Simmens et al., 1996; Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000; Hubble, Duncan & Miller, 1999; Lambert, 1992; Asay & Lambert, 1999). Con frecuencia se piensa que esto es todo lo que Carl Rogers estaba diciendo: que la relación, en cierta medida, es importante en todas las terapias. De hecho, lo que normalmente aceptamos como la alianza de trabajo, en general representa un nivel de relación muy superficial. Sin embargo, es suficiente para que al menos el nivel protocolar del yo-mismo del consultante pueda comprometerse y comenzar un proceso que pueda intensificarse mediante las técnicas del terapeuta de cualquier tradición.

Sin embargo, en una terapia orientada a la relación como la TCP, buscamos comprometer al consultante en un nivel existencial más fundamental. Queremos que sienta que lo encontramos en los niveles más profundos en los que él mismo se experimenta. De modo que buscamos un encuentro con un sentido más profundo y no simplemente una alianza de trabajo. A veces la diferencia entre el nivel protocolar de la experienciación del yo-mismo del consultante y la más fundamental experienciación existencial de su yo-mismo es incluso personificada en la forma de diferentes partes del yo-mismo. Así, por ejemplo, en un caso publicado por Mearns & Cooper (2005, capítulo 5), el consultante alcohólico, Dominic, parece comprometerse significativamente en la terapia en las primeras sesiones, pero más tarde se hace evidente que el trabajo solo puede progresar de

una manera relativamente superficial si se restringe a esta parte de él a la que llama “Dominic sobrio”. Si bien este aspecto alberga la mayor parte de lo que Dominic representa para el mundo exterior, está firmemente cerrado a gran parte de la autoexperiencia más profunda y existencial que se alberga en lo que el mismo consultante llama “Dominic el borracho”. Entonces, el desafío para el terapeuta es encontrarse y trabajar con Dominic el borracho tanto como con Dominic sobrio. El capítulo mencionado describe el proceso mediante el cual el terapeuta se gana el derecho de encontrarse con Dominic el borracho y describe las demandas relacionales que eso exige del terapeuta.

Entonces, lo que estamos hablando acerca del trabajo terapéutico es desafiante para el profesional, de quien se espera que sea capaz de ofrecer un encuentro en profundidad relacional con todas las diferentes partes de todos y cada uno de los consultantes que lleguen a su consultorio. Este es el desafío esencial para el terapeuta centrado en la persona en desarrollo, que describimos en más detalle en Mearns & Schmid (2006).

Este ofrecimiento de profundidad relacional es particularmente importante en el trabajo con consultantes difíciles de alcanzar. Hablamos de consultantes que están dejando de recibir intervención terapéutica sostenida cada vez con mayor frecuencia. Los servicios de salud, al incluir la regulación de la profesión, definen a estos consultantes especialmente conflictuados, que quizás responden primeramente a la relación con partes desconfiantes o alienadas del yo-mismo, como inadecuados para la psicoterapia. Este es un aspecto político de la psicoterapia. Desde una perspectiva centrada en la persona consideramos que muchos de estos consultantes difíciles de alcanzar han sido particularmente dañados en sus relaciones. Esto hace aún más importante proporcionar una oferta sostenida de una relación sanadora. Demasiado a menudo, la elección política es coludirse para ocultar la dificultad presente del consultante en las relaciones, ofreciéndole tratamientos esterilizados en los que la relación ha sido suprimida. Por supuesto, un aspecto político de esta decisión es también el hecho de que estos consultantes son particularmente exigentes para el profesional en términos relacionales; es más fácil definir al consultante como inadecuado para la psicoterapia que buscar ofrecerle una relación que sentimos como demasiado demandante. En nuestro trabajo luchamos por resistir esa tendencia y buscamos encontrar maneras de ofrecer un compromiso en profundidad relacional en especial a dichos consultantes difíciles de alcanzar. El desafío esencial para el terapeuta centrado en la persona es ser capaz de ofrecer dicho compromiso a cada uno de los consultantes que llegan a su consultorio e incluso potencialmente a aquellos que están demasiado asustados para pedir ayuda.

En Mearns & Thorne (2000) y Mearns & Cooper (2005) se revisa el trabajo con un consultante difícil de alcanzar. En pocas palabras, Bobby era un

exitoso empresario con un pasado criminal. De niño había sido sistemáticamente brutalizado por su padre, quien también había matado a su madre. En su niñez y juventud había manejado su mundo convirtiéndose en alguien más violento que cualquiera que lo rodeara y también asegurándose de estar en control de sus relaciones con los demás. Lo que más aterraba a Bobby era tener personas cercanas a él relacional y emocionalmente. Simplemente no permitía que esto sucediera. Por ejemplo, era un buen proveedor para su familia pero su mujer lo describía como un “hombre que no puede amar”. Bobby describía un grado bastante profundo de *proceso egosintónico*⁹ (Mearns, 2006); en el lenguaje convencional de la psicopatología, describía un profundo trastorno de personalidad.

Bobby vino a terapia, en sus propias palabras, para “deshacerme de mis sentimientos”. Su sistema de autoprotección comenzaba a quebrarse y estaba experimentando una gama de emociones que amenazaba su control. A pesar de que tenía una gran necesidad, toda una vida de alienación de las relaciones significaba que Bobby presentaba considerables desafíos de relación para el terapeuta.

Desde el principio, al trabajar con Bobby, un importante desafío relacional era no dejarse disuadir por sus bien desarrollados mecanismos de autoprotección antirrelacionales como su suspicacia, cinismo y sarcasmo crónicos. Descubrir y superar los mecanismos antirrelacionales de Bobby era clave para todo el esfuerzo y probablemente representaba una experiencia relacional única para él. En última instancia, Bobby podía controlar a la mayor parte de las personas que conocía y así podía esterilizar las relaciones que le ofrecían. Pero pocas veces los seres humanos son unidimensionales y aunque Bobby se protegía contra las relaciones también había una parte suya que secretamente las anhelaba.

Uno de los mecanismos antirrelacionales específicos de Bobby era inducir miedo en la otra persona. Nada impide relacionarse con más seguridad que el miedo: para el terapeuta el desafío relacional es no asustarse. Al principio del contacto se produjo un momento importante, cuando Bobby se comportó de una manera amenazante con respecto al terapeuta. Pero este no se asustó. Más aún, en palabras del terapeuta:

En ese momento vi detrás de su rabia y de su amenaza. Miré en sus ojos y vi una persona bastante perdida y extremadamente asustada. Fue un poderoso momento de profundidad relacional porque Bobby supo que había sido visto, quizás por primera vez desde que era un niño.

Este fue un momento clave de profundidad relacional a los inicios del encuentro. Bobby no solo había fracasado en disuadir al terapeuta a través del miedo: este de

9 *proceso egosintónico*: Traducción de *ego-syntonic process*, empleado en inglés por Mearns. (Nota del revisor técnico)

hecho lo había encontrado en su propio miedo que yacía detrás de su necesidad de autoprotégese. El terapeuta había encontrado en su yo-mismo un lugar donde sentir el miedo de Bobby. Dichos momentos contribuyen a lograr una relación continua en profundidad en la que el consultante se sienta suficientemente seguro como para permitir que se vean sus diferentes partes. Para Bobby esto significó mostrar su yo-mismo asustado por debajo de su yo-mismo presentacional tras el cual habitualmente se escondía. También, detrás de su yo-mismo asustado había un yo-mismo triste en desesperanza existencial. Estas eran dos partes de Bobby que nunca habían estado en relación con otro ser humano hasta la psicoterapia.

Mientras más exploramos la profundidad relacional en psicoterapia, más encontramos que los consultantes difíciles de alcanzar pueden alcanzarse más efectivamente a través de una relación genuina que con cualquier técnica terapéutica. Con frecuencia, como ocurre con Bobby, el aspecto difícil de alcanzar es una autoprotección comprensible y detrás de ella potencialmente hay una persona que encontrar. Como sucede con Bobby y Dominic, los consultantes difíciles de alcanzar, también hay en Mearns & Cooper (2005) un capítulo sobre Rick, el consultante traumatizado por la guerra, cuyas protecciones difíciles de alcanzar tomaron la forma de un total silencio de su parte durante las primeras veintiséis sesiones de terapia.

Compañía y confrontación

Muchas formas tradicionales de terapia consideran al terapeuta como alguien que se sitúa aparte del consultante, representando de alguna manera una posición opuesta: en consecuencia, su tarea es corregir al consultante, ayudarlo a salir, guiar o dirigir, interpretar, enseñarle habilidades para manejar situaciones difíciles, dar consejos, etcétera. En contraste, en la terapia centrada en la persona el terapeuta no se sitúa aparte del consultante sino en relación con él. En dicha relación el terapeuta se sitúa tanto *con* el consultante (en términos de buscar comprenderlo y valorarlo) como *contra* el consultante (en términos de ofrecerle una respuesta humana separada y diferente). En-contrar a alguien significa ser tocado por la esencia de lo opuesto (Guardini, 1955; Schmid, 1994, 1998b).

Si bien en la terapia centrada en la persona con frecuencia se examinó y describió la terapia como una manera de *estar-con* el consultante, la importancia de *estar-contra* el consultante y su significado exacto aún necesita mayor clarificación. La profundidad relacional no solo significa seguir a alguien codo a codo, mirando en la misma dirección; significa mirar a alguien compitiendo con él, situados cara a cara. Encontrar no solo significa ser tocado; significa tocar. Encontrar realmente a alguien no solo significa estar con él; significa también

estar contra él. La terapia centrada en la persona no solo es comprender; es no comprender. La terapia centrada en la persona no solo es acuerdo; es desacuerdo. La terapia centrada en la persona no solo es asentir; es negar. La terapia centrada en la persona no solo es apoyo y facilitación; es exigencia y desafío. En una palabra: la confrontación es una parte esencial de la terapia centrada en la persona.

Una relación de cualquier tipo siempre consiste en estar-con y estar-contra. Esto es particularmente importante en el vínculo terapéutico. La terapia no tendría significado si el terapeuta no fuera más que un duplicado o un espejo del consultante. En la terapia centrada en la persona el terapeuta no es un alter *ego*, el terapeuta es realmente diferente, es otra *persona*.

El terapeuta como el Otro del consultante

Desde su comienzo mismo, la terapia centrada en la persona se basa en la idea de que el consultante es el Otro para el terapeuta, lo que significa que el terapeuta no debe suponer que ya conoce a la otra persona. La consecuencia de esta visión es que el terapeuta está constantemente en una posición de estar listo para sorprenderse y aprender algo nuevo, sobre el consultante y sobre sí mismo (Schmid, 1994, 2001a, 2001b, 2001c, 2002a, 2002b, 2002d). Es importante darse cuenta de que esto también es cierto en el otro sentido de la relación: así como el consultante es el Otro de y para el terapeuta, el terapeuta es el Otro de y para el consultante, lo que significa que el consultante aprende sobre sí mismo a través del encuentro con el terapeuta.

Consecuentemente, la tarea del terapeuta es ser la persona que es. Esta es la exigencia del núcleo mismo de la autenticidad (congruencia): no ser la persona que el consultante desea que seas o “te hace ser” en la escenificación de la relación bajo su dirección, sino ser realmente la persona que eres (en este preciso momento con este preciso consultante). El desafío es no ceder y ahorrarle la confrontación al consultante, no convertirse en el objeto del diseño de la relación por parte del consultante, no ser usado por este para evitar el encuentro con el Otro. Por el contrario, la tarea es situarse firmemente como persona y enfrentar al consultante como persona.

Por supuesto, no toda confrontación es provechosa (como tampoco lo es toda expresión de amor y compasión). Por lo tanto, las preguntas cruciales son: ¿cuál es la naturaleza de la confrontación terapéutica desde un punto de vista centrado en la persona? En otras palabras: ¿qué significa “contra” en el encuentro terapéutico? Y, finalmente, ¿qué significa hablar de diálogo en terapia?

Para responder estas preguntas necesitamos examinar un poco más de cerca la naturaleza de los procesos de los que estamos hablando. La siguiente

investigación fenomenológica de una relación en profundidad se propone arrojar luz sobre los procesos personales y terapéuticos involucrados cuando hablamos de confrontación y diálogo en la terapia centrada en la persona. Por lo tanto, emprenderemos una exploración más cercana de lo que sucede dentro del terapeuta, y entre este y el consultante. Esto también traerá aparejada una mirada fresca y una comprensión más profunda de la presencia y el diálogo.

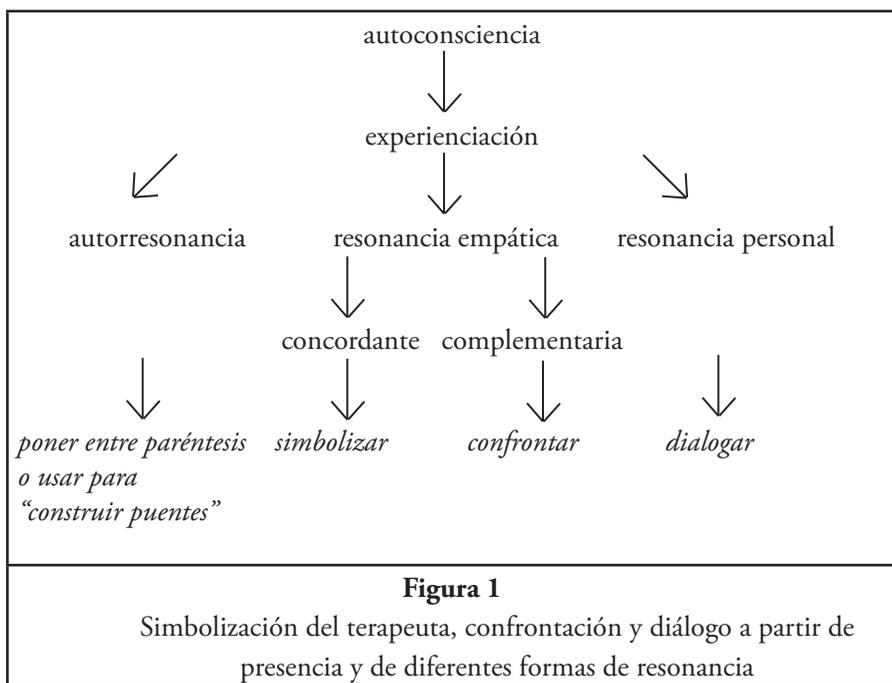
Resonancia: la reverberación del terapeuta en la relación con el consultante

A través de la autoconsciencia, en la terapia el terapeuta se hace consciente de su experienciación; es decir, del flujo presente inmediato de experiencias. Lo que experiencia es *resonancia*, tanto con el mundo del consultante y/o como con su propio mundo. Resonancia (del latín “resonare”, es decir, “resonar”) significa el eco disparado en el terapeuta por la relación con el consultante.

Barrett-Lennard presentó la idea de la “resonación” en una serie publicada de recuentos de procesos empáticos (1981, 1993, 1997, 1998, 2003, pp. 34-50). Otros académicos produjeron o relataron sus propias comprensiones de este pensamiento o desarrollaron sus propios conceptos. Vanaerschot (1997), por ejemplo, investigó la resonancia empática como una fuente de experiencia que mejora las intervenciones. Jordan (1997) expuso convincentemente la autoempatía y la mutualidad. Behr (2003) desarrolló un concepto de resonancia interactiva en el trabajo con niños. Witschko (2003) describió la resonancia en el marco de la terapia orientada hacia la focalización.

Las personas resuenan de diferentes maneras con respecto a sí mismas, los demás y su ambiente. Dicha resonancia siempre es una experiencia mixta que repite lo que viene de afuera y lo que viene de adentro. Para los terapeutas, es esencial distinguir entre las diferentes fuentes con las que se relacionan las reverberaciones. Si bien todos los tipos de resonancia pueden estar mezclados y raramente aparezcan separados, y aunque ocurre una comparación implícita y un proceso de reconocimiento interno en cada resonancia empática, es necesario discriminar entre las diferentes formas de resonancia.

Lo que resuena en el terapeuta podría muy bien provenir de su propio mundo: la *autorresonancia* tiene que ver con las propias experiencias. La *resonancia empática*, por otro lado, tiene que ver con las experiencias del consultante. Proviene de estar dentro de su marco de referencia. Puede ser *concordante* o *complementaria*. Por último, la *resonancia personal (o dialógica)* surge de ambos, y, como proceso de resolución basado en el consultante y el terapeuta, es una categoría distinta (ver la Figura 1 para un panorama general).



Autorresonancia

La autorresonancia es la reverberación de los propios sentimientos, pensamientos, miedos, deseos, todo lo que sea (ver la elucidación de la autoempatía de Barrett-Lennard, 1997). Si el terapeuta no está consciente de ella, la autorresonancia lleva a un proceso donde el terapeuta en realidad habla de sí mismo “usando” al consultante, al aludir aparentemente a la experienciación del consultante cuando, en realidad, habla acerca de su propia experienciación.

Un ejemplo de una breve interacción puede ilustrarlo:

Consultante (Cte): ¿Debería amarlo u odiarlo? No sé, estoy confundida ...

Terapeuta (Tta) (*pensando en su propia pareja*): ¡Buena pregunta! Uno nunca sabe.

Los terapeutas necesitan estar conscientes de su autorresonancia (que es un asunto de entrenamiento y supervisión). La autorresonancia significa que el terapeuta resuena con sus propias experiencias. Como consecuencia, el terapeuta debería, o *poner entre paréntesis* lo que surge por el momento, es decir, dejarlo a un lado de la mejor manera posible y quizás volver sobre ello en su supervisión;

o tomarlo como una fuente para *construir un puente* hacia la experienciación del consultante: un puente que pone al terapeuta en un mejor marco existencial para encontrarse con el consultante (ver Mearns & Schmid, 2006).

Resonancia empática concordante

La resonancia empática puede ser concordante. Esto es lo que tradicionalmente comprendemos por empatía: *simbolizar* cuidadosamente la experienciación del consultante facilitando así la propia simbolización de este.

Cte: ¿Debería amarlo u odiarlo? No sé, estoy confundida ...

Tta (sintiendo principalmente la confusión de la consultante): Hay sentimientos mezclados en ti. Estás experimentando afecto, estás experimentando disgusto y ambos están en ti al mismo tiempo.

Esto es empatía clásica. El terapeuta intenta tan precisamente como sea posible acompañar el proceso de la experiencia del consultante.

La empatía, como bien se sabe, no solo simboliza lo que es obvio y abierto a la consciencia. Intenta captar lo que el consultante revela en el borde de su autoconsciencia. En la profundidad relacional la resonancia empática con frecuencia resulta en un intenso y profundo proceso empático donde el terapeuta habla “en vez del” consultante, verbalizando lo que este muestra. En otras palabras: el terapeuta habla como si fuera el consultante.

Rogers (1984) se refería a esto cuando decía: “La conexión es tan cercana que una persona puede hablar por la otra” (p. 22) y agregaba: “De veras siento que esos son los mejores momentos de la terapia, los más altos o más gratificantes” (p. 22). En otra oportunidad habló de sentir una “conexión casi ectoplásmica”.

Resonancia empática complementaria

La resonancia empática también puede ser complementaria, lo que significa que el terapeuta complementa la simbolización del consultante, es decir, la suplementa o equilibra. El reconocimiento y empatía del terapeuta abarca no solo lo que existe de manera obvia, sino también lo que parece estar en un nivel no hablado y probablemente no del todo consciente, verbalizando lo que el consultante muestra, pero todavía no es capaz de simbolizar. El terapeuta confronta al consultante con otra parte de sí mismo. *Con-front-ación* significa literalmente enfrentarse a alguien. El “front” en la palabra se refiere a la “frente”. La confrontación tiene que ver con enfrentar a alguien o algo, mirándolo

directamente, de frente, hacia el frente. Las palabras confrontantes del terapeuta *complementan* las palabras del consultante.

Cte: ¿Debería amarlo u odiarlo? No sé, estoy confundida ...

Tta (*sintiendo principalmente que la consultante está cada vez más cansada de la persona de la cual habla*): ... ¿O incluso olvidarlo?

Otro ejemplo podría ser el siguiente:

Cte (*dudando, tentativamente*): De alguna forma me da pena por él, pobre tipo...

Tta: ¿Lamentas lo que sucedió, pero también pareces pensar que se lo merece...?

Mientras que el ejemplo anterior introduce en el juego una experienciación algo contrastante, el siguiente cambia el foco de la autoevaluación.

Cte (*en una voz exageradamente firme*): ¡Definitivamente es un asunto que me resulta del todo indiferente!

Tta: Realmente desearías ya no tener que lidiar con eso.

Esto es lo que, clásicamente, podemos esperar de un terapeuta centrado en la persona. La resonancia empática complementaria sirve como un indicador de la simbolización incompleta y así confronta al consultante con la parte de su experienciación que está revelando pero no simboliza adecuadamente por sí mismo.

Aquí *confrontación* significa reconocimiento y comunicación empática de la resonancia empática complementaria. El terapeuta confía cuidadosamente en su experienciación para intentar comprender lo que el consultante comunica. Es una manera de retroalimentar al consultante acerca de lo que el terapeuta siente “en nombre del consultante” basado en la idea de que es el consultante, como el agente del desarrollo de su personalidad, quien in-forma al terapeuta, es decir, le da la forma o la manera para comprender, y lo desafía a asumir el riesgo (Schmid, 2005a).

Como ocurre generalmente con la resonancia, la empatía concordante y la complementaria efectivas no suelen venir en forma pura. En la mayoría de los casos, la reformulación del terapeuta usa o agrega palabras frescas y matices implícitos de significado. Y, en la forma más inferencial y complementaria, tiene una cualidad más inclusiva: el terapeuta no está ignorando la concientización expresada por el consultante sino respondiendo desde un sentido más amplio del otro y de lo que evoca en la persona que lo escucha.

Resonancia personal o dialógica

Pero hay más. Mientras que la autorresonancia brota del terapeuta y la resonancia empática brota del consultante, la resonancia personal (o dialógica) no viene del consultante solo, ni tampoco lo hace del terapeuta solo, brota de ambos o, lo que es mejor, desde “entre” ellos. Nace en su relación persona a persona.

Con la resonancia personal el terapeuta toma la posición del Otro en la relación. La resonancia personal es una confrontación del consultante consigo mismo como persona.

La resonancia personal siempre es corresonancia, es decir, resonancia de la experienciación tanto del consultante como del terapeuta. La resonancia personal lleva a un intercambio mutuo; y esto es *diálogo*. El diálogo se caracteriza por la revelación de la resonancia personal ante lo que el Otro muestra y expresa. Es resonancia *personal* porque el terapeuta se revela a sí mismo como una persona y dice algo personal, sus sentimientos personales, deseos, miedos, todo lo que sea.

La resonancia personal aprovecha la autorresonancia y participa de la resonancia complementaria, pero enfatiza la propia experiencia o contraposición del terapeuta. Tiene una cualidad más simétrica que los otros modos de resonancia: “Escucha y atención cercanas del otro al mismo tiempo que también se forman y expresan los propios pensamientos y sentimientos” (Barrett-Lennard, 1998, p. 360). Se refiere a un modo de respuesta interactivo y por lo tanto puede con precisión ser llamada resonancia *dialógica*.

Cte: ¿Debería amarlo u odiarlo? No sé, estoy confundida ...

Tta (personalmente tocado por la perplejidad de su consultante): ... Lo que me hace consciente de cuánto realmente espero que puedas llegar a la decisión correcta esta vez.

Esto es diferente de referirse únicamente a las experiencias del consultante y también de “contar la propia historia” “en ocasión de” la historia del consultante. De manera que lo que el consultante y terapeuta comparten es una manera cocreada de verse el uno al otro, con el foco en el consultante (sin lo cual ya no habría terapia). Es una intersubjetividad mutua, verdadera, un encuentro real como encuentro, mostrando interconectividad. Consultante y terapeuta afrontan una situación cuya cualidad existencial experimentan ambos. Desde el lado del terapeuta es presencia, como la definimos más arriba: una actitud existencial de estar inmediatamente presente para el consultante, una manera de ser y comportarse que dedica la autoconsciencia al servicio del Otro.

La resonancia personal o dialógica, como una resonación con el “nosotros” de la díada consultante-terapeuta, puede considerarse como una reverberación del terapeuta (y quizás también del consultante) con la relación dialógica emergente

en sí misma. Si el consultante está dispuesto y “listo” para el intercambio mutuo, dicha respuesta puede ser el comienzo de un *diálogo* (temporalmente) continuo en la relación terapéutica. Es una oferta de entrar en este nivel de profundidad relacional.

He aquí un ejemplo de resonancia personal de la terapia de Rogers con el señor Vac (Rogers, s/f).

Tta: ¿Quieres que nos veamos el próximo martes a las 11?

Cte: No sé.

Tta: Simplemente no sé.

(Silencio de 49 segundos)

Tta: En este mismo momento no sabes ... si quieres decir “sí” a eso o no, ¿eh? ... Supongo que estás tan hundido y te sientes tan mal que simplemente no sabes si puedes ... ver tan adelante. ¿Eh?

(Silencio de 1 minuto y 20 segundos)

Tta: Voy a darte una cita para esa hora porque estoy seguro de que me gustaría verte entonces. *(Anotando la cita)*

Otro ejemplo proviene de la terapia de Mearns con “Dominic, el borracho parcial” (Mearns y Cooper, 2005, capítulo 5).

Cte (evita responder una pregunta difícil): Gran pregunta: quizás necesite otro vodka antes de poder responder eso.

Tta: Dom, está aquí, está aquí borracho,¹⁰ pero no juegues malditos juegos conmigo. Ni tú ni yo merecemos eso.

Cte (después de un silencio): Realmente te tomas esto en serio, ¿verdad?

En todos estos ejemplos es crucial considerarlos como parte de la relación que los genera. No son “modelos” que puedan transponerse a otra relación. Como ilustra el ejemplo de la última entrevista, confrontar y dialogar no necesariamente significa que sean situaciones agradables o amistosas que un consultante necesariamente reciba con gusto. Los terapeutas podrían confrontar a sus consultantes con sentimientos “no agradables” acerca de ellos o decirles que están aburridos. Los terapeutas pueden contradecir las visiones de sus consultantes o sus interpretaciones de las experiencias. Los terapeutas podrían confrontar a los consultantes con el proceso en desarrollo dentro del terapeuta durante el encuentro. Incluso es posible para el terapeuta confrontar a los consultantes con miedo o con el hecho de que el terapeuta no cree en sus palabras o con los valores del terapeuta, diferentes a los del consultante.

10 *Dom, está aquí, está aquí borracho.* El terapeuta le dice a Dom que *esté* presente, que *esté* presente *borracho*, pero que *esté*. (Nota del revisor técnico)

En este trabajo argumentamos que en la verdadera psicoterapia y consultoría centradas en la persona el “estar-contra” del terapeuta, que confronta, es tan necesario como el “estar-con” el consultante. El “estar-contra” permite el encuentro y la presencia genuinos y es una base para el diálogo. La confrontación y el diálogo, sin embargo, pueden tomar muchas y muy diferentes formas. Por esto, necesitamos criterios para determinar cuándo la confrontación y el diálogo son centrados en la persona y cuándo no lo son. Esto es lo que cubrimos en Mearns & Schmid (2006). En dicho trabajo también trataremos las consecuencias de esto para los profesionales experimentados y para aquellos en formación, expondremos el desafío de encontrarse con diferentes partes del consultante y examinaremos la agenda de desarrollo del terapeuta.

Referencias

- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). Therapist relational variables. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of theory and practice* (pp. 531-537). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91-100.
- Barrett-Lennard, G. T. (1993). The phases and focus of empathy. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 3-14.
- Barrett-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy - toward others and self. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103-121). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system: Journey and substance*. Londres: Sage.
- Barrett-Lennard, G. T. (2003). *Steps on a mindful journey: Person-centred expressions*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Barrett-Lennard, G. T. (2005). *Relationship at the centre: Healing in a troubled world*. Londres: Whurr.
- Bartosch, E. (Ed.). (2003). *Der “Andere” in der Selbstpsychologie*. Viena: Verlag Neue Psychoanalyse.

- Behr, M. (2003). Interactive resonance in work with children and adolescents: A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 89-103.
- Binder, U. (1993). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie: Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn, Alemania: Klotz.
- Binder, U. (1998). Empathy and empathy development with psychotic clients. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 216-230). Londres: Sage.
- Bohart, A. C. (2004). How do clients make empathy work? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 102-117.
- Bohart A. C. & Tallman, K. (Eds.). (1999). *How clients make therapy work*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Bozarth, J. & Wilkins, P. (Eds.). (2001). *Unconditional positive regard*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Buber, M. (1962/63). *Werke*. (3 volúmenes). Munich, Germany: Kösel.
- Cooper, M. (2004a). Existential approaches to therapy. In P. Sanders (Ed.), *The tribes of the person centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (pp. 95-124). Ross-on-Wye: PCCS.
- Cooper, M. (2004b). Towards a relationally-orientated approach to therapy: Empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling*, 32, 451-460.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F. et al. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program - General effectiveness of treatments, *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Guardini, R. (1955). Die Begegnung: Ein Beitrag zur Struktur des Daseins. *Hochland*, 47, 224-234.
- Haugh, S. & Merry, T. (Eds.). (2001). *Empathy*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS Books.
- Holdstock, L. (1993). Can we afford not to revision the person-centered concept of self? In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 229-252). Londres: Constable. Traducción española: (1997). ¿Podemos permitirnos el lujo de no revisar el concepto del self centrado-en-la-persona? En D. Brazier (Ed.), *Más allá de Carl Rogers* (pp. 195-213). Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Holdstock, L. (1996a). Anger and congruence reconsidered from the perspective of an interdependent orientation to the self. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 47-52). Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Holdstock, L. (1996b). Discrepancy between the person-centered theories of self and of therapy. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 395-403). Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Hubble, M., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in gestalt therapy*. Highland, Nueva York: Gestalt Journal Publications.
- Jordan, J. V. (1997). Relational development through mutual empathy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 343-351). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. J. R. & Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behaviour on outcome in cognitive behaviour therapy. *Behaviour Modification*, 24, 246-297.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Krietemeyer, B. & Prouty, G (2003). The art of psychological contact: The psychotherapy of a mentally retarded psychotic client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 151-161.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). Nueva York: Basic Books.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centered therapy. *Counselling*, 7, 306-311.
- Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. Londres: Sage.
- Mearns, D. (1999). Person-centred therapy with configurations of self. *Counselling*, 10, 125-130.

- Mearns, D. (2002a). Further theoretical propositions in regard to self theory within person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 14-27.
- Mearns, D. (2002b). Client-centred therapy in the modern era: An expanding theory of therapy. Keynote presentation to the 3rd World Congress of Psychotherapy, Viena.
- Mearns, D. (2003). *Developing person-centred counselling* (2nd edn.). Londres: Sage.
- Mearns, D. (2006). Person-centred therapy: A leading edge. 2006 Masterclass. Presented at Metanoia, Londres, and elsewhere. (Ver www.davemearns.com)
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. Londres: Sage. Traducción española: (2011). *Trabajando en profundidad relacional en counseling y psicoterapia*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores (Colección profesional).
- Mearns, D. & Schmid, P. F. (2006). Relational depth: The challenge of fully meeting the client. Presentation, 7th PCE Conference, Potsdam, July 16.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1999). *Person-centred counselling in action* (2nd ed.). Londres: Sage. Traducción española: (2009). *Counseling centrado en la persona en acción*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores (Colección profesional).
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. Londres: Sage. Traducción española: (2003). *La terapia centrada en la persona hoy* (pp.11-15). Bilbao: Desclee De Brouwer (Colección Serendipity, n° 82).
- Parfy, E. (1999). Verhaltenstherapie. In T. Slunecko & G. Sonneck (Eds.), *Einführung in die Psychotherapie* (pp. 140-167). Viena: UTB Facultas.
- Pfeiffer, W. M. (1989). Psychotherapie als dialogischer Prozess. *Brennpunkt*, 41, 18-25.
- Pfeiffer, W. M. (1991). Krankheit und zwischenmenschliche Beziehung. In J. Finke & L. Teusch (Eds.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen: Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis* (pp. 25-43). Heidelberg: Asanger.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Eds.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie: Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (pp. 19-40). Heidelberg: Asanger.

- Pfeiffer, W. M. (1995a). Die Beziehung - der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 97, 27-32.
- Pfeiffer, W. M. (1995b). Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In S. Schmidtchen, G.-W. Speierer & H. Linster (Eds.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung: Vol. 2: Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre* (pp. 41-81). Colonia, Alemania: GwG.
- Prouty, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Nueva York: Praeger.
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 4, 416-429. Traducción española: (1978). La relación interpersonal: El núcleo de la orientación. En J. Lafarga y J. Gómez del Campo (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista, Vol. 2* (pp. 121-136). México: Trillas.
- Rogers, C. R. (1984). A way of meeting life: An interview with Carl Rogers. *The Laughing Man*, 5, 22-23. [San Rafael (Dawn Horse Press)].
- Rogers, C. R. (1987). Comments on the issue of equality in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 38-40.
- Rogers, C. R. (s/f), *Two interviews with Mr Vac*. Manuscrito: University of Wisconsin.
- Schmid, P. F. (1991). Souveränität und Engagement: Zu einem personzentrierten Verständnis von 'Person'. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (pp. 15-164). Mainz, Alemania: Grünewald; 5th ed. 2004.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch. Vol. I: Solidarität und Autonomie*. Colonia, Alemania: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Ein Handbuch. Vol. II: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn, Alemania: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1998a). On becoming a person-centered approach: A person-centred understanding of the person. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 38-52). Londres: Sage.
- Schmid, P. F. (1998b). Face to face: The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers, (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 74-90). Londres: Sage.

- Schmid, P. F. (1998c). *Im Anfang ist Gemeinschaft: Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie*. Stuttgart, Alemania: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (2001a). Authenticity: the person as his or her own author: Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 217-232). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2001b). Comprehension: the art of not-knowing: Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 53-71). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2001c). Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional positive regard* (pp. 49-64). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2002a). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (pp. 182-203). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2002b). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as 'the art of not-knowing' - Prospects on further developments of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 56-70.
- Schmid, P. F. (2002c). The necessary and sufficient conditions of being person-centered: On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 36-51). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2002d). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, In W. W. Keil & G. Stumm (Eds.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (pp. 75-105). Viena: Springer.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104-120.
- Schmid, P. F. (2005a). Authenticity and alienation: Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centred approach* (pp. 75-90). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.

- Schmid, P. F. (2005b). Facilitative responsiveness: Non-directiveness from an anthropological, epistemological and ethical perspective. In B. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centred theory and practice in the 21st century* (pp. 74-94). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Spinelli, E. (1997). *Tales of Un-Knowing: Therapeutic encounters from an existential perspective*. London: Druckworth. Republished (2006) Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Spinelli, E. (2005). *Selves in relation: The practice of existential psychotherapy*. Londres: Sage.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, Nueva Jersey: Analytic Press.
- Thorne, B. (1991). *Person-centred counselling: Therapeutic and spiritual dimensions*. Londres: Whurr.
- Thorne, B. (2002). *The mystical power of person-centred therapy: Hope beyond despair*. Londres: Whurr.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy: A clinical philosophy*. Londres: Routledge.
- Vanaerschot, G. (1997) Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Warner, M. (2000). Person-centered therapy at the difficult edge: A developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne, *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice* (pp. 144-171). Londres: Sage.
- Warner, M. (2002). Psychological contact, meaningful process and human nature: A reformulation of person-centred theory. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (pp. 76-95). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Wiltschko, J. (2003). Resonanz. In G. Stumm, J. Wiltschko, W. Keil (Eds.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (pp. 270-272). Stuttgart: Pfeiffer.
- Wyatt, G. (Ed.). (2001). *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Vol. 1: Congruence*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Wyatt, G. & Sanders, P. (Eds.). (2002). *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Vol. 4: Contact and perception*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.

LA PRESENCIA TERAPÉUTICA: LA EXPERIENCIA DE PRESENCIA¹ DE LOS TERAPEUTAS EN EL ENCUENTRO PSICOTERAPÉUTICO²

Shari M. Geller y Leslie S. Greenberg

La presencia ha sido descrita como uno de los dones más terapéuticos que un terapeuta puede ofrecer a su consultante. Estar plenamente presente y ser plenamente humano con otra persona se considera sanador en y por sí mismo (Shepherd, Brown & Greaves, 1972). En la bibliografía sobre psicoterapia hay diversas referencias a la palabra “presencia”. La presencia se considera esencial para la buena terapia y la clave para ser un terapeuta efectivo (Bugental, 1987; Hycner, 1993; Hycner & Jacobs, 1985; May, 1958; Schneider & May, 1995; Shepherd, Brown & Greaves, 1972; Webster, 1998). Al mismo tiempo, solo hay definiciones y explicaciones teóricas globales de lo que implica la presencia.

Por ejemplo, Bugental (1978, 1983, 1987, 1989) definió la presencia subrayando tres componentes, la *disponibilidad y apertura* a todos los aspectos de la experiencia del consultante, la *apertura a la propia experiencia* al estar con el consultante, y la *capacidad de responder* al consultante desde esta experiencia. Hycner (1993) afirmó que en el proceso de sanación es crucial la disponibilidad e integridad del mismo terapeuta, mucho más que su orientación teórica.

La presencia también se describe como un vaciamiento de sí mismo, de conocimiento, de experiencias y una apertura a la experiencia del consultante (Clarkson, 1997). El terapeuta “pone entre paréntesis” o suspende presuposiciones, sesgos, conocimiento general sobre las personas y la psicopatología, etiquetas y teorías diagnósticas, para acoger³ la singularidad del consultante (Hycner &

1 *experiencia de presencia*: Traducción de *experience of presence*, empleado en inglés por Geller & Greenberg. (Nota del revisor técnico)

2 Fuente: Geller, S. & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.

3 *acoger*: Traducción de *take in*, empleado en inglés por Geller & Greenberg, siguiendo a Hycner. (Nota del revisor técnico)

Jacobs, 1995). El terapeuta necesita entrar abiertamente a cada sesión “con la disposición a descubrir qué se requerirá de mí en esta relación, durante este momento particular de la existencia de esta persona específica” (Craig, 1986, p. 23).

Se define la presencia terapéutica como traerse plenamente a sí mismo al compromiso con el consultante y estar plenamente en el momento con y para el consultante, con poco propósito u objetivo autocentrado en mente (Craig, 1986; Hycner, 1993; Hycner & Jacobs, 1995; Kempler, 1970; Moustakas, 1986; Robbins, 1998; Webster, 1998).

La presencia se considera como un aspecto de la relación Yo-Tú de Buber (Buber, 1966; Friedman, 1985; Heard, 1993; Hycner, 1993; Hycner & Jacobs, 1995). Según Buber (1958) “todo lo realmente vivo es encuentro” (p. 11), y la sanación surge del encuentro que ocurre entre las dos personas cuando ambas se hacen plenamente presentes para la otra. Buber afirmó que al estar presente estamos “santificando lo cotidiano”, lo que abre espacio para que surja la dimensión numinosa y espiritual (Hycner, 1993). La dimensión espiritual se refiere a la creencia de que no estamos aislados, sino que más bien somos parte de una existencia global más amplia.

Rogers y la presencia: ¿una cuarta condición o una precondition de las condiciones relacionales?⁴

Rogers (1957) sostuvo durante la mayor parte de su vida que la capacidad del terapeuta de ser congruente, incondicionalmente positivo y aceptante, y empático era necesaria y suficiente para el cambio psicoterapéutico. En sus últimos años, sin embargo, Rogers comenzó a escribir sobre “una característica más” que existe en el reino de lo místico y espiritual (Rogers, 1979; 1980; 1986). Los escritores centrados en el cliente se han referido a esta “característica” (véase Rogers, 1980, p. 129) como la “presencia”, y como una posible cuarta condición, de igual valor que las tres condiciones nucleares (Thorne, 1992). Otros escritores consideran la presencia como una fusión de las condiciones relacionales (Mearns, 1994, 1997).

Rogers no desarrolló una comprensión articulada de la presencia, porque esta solo comenzaba a desplegarse antes de su muerte. Sin embargo, en una entrevista publicada por Baldwin (2000), Rogers sugirió la naturaleza esencial de la presencia:

4 *condiciones relacionales*: Traducción de *relationship conditions*, empleado en inglés por Geller & Greenberg, siguiendo a Rogers. (Nota del revisor técnico)

Me inclino a pensar que en mis escritos enfatiqué demasiado las tres condiciones básicas (congruencia, consideración positiva incondicional y comprensión empática). Quizás haya algo en los bordes de esas condiciones que es realmente el elemento más importante de la terapia: cuando mi yo-mismo está muy claro y obviamente presente (p. 30).

La referencia de Rogers a la presencia como un componente poderosamente sanador y un aspecto esencial de la terapia centrada en el cliente fue bastante patente en sus últimos escritos (Rogers, 1979, 1980, 1986), pero ausente en un artículo póstumo (Rogers & Sanford, 1989). No queda claro si Rogers omitió este aspecto en desarrollo, o los editores decidieron que no se ajustaba a la perspectiva clásica centrada en el cliente. Thorne (1992) propuso que Rogers se abstuvo de desarrollar este concepto porque no podía estudiarlo empíricamente. Thorne cree que si Rogers hubiera vivido más habríamos escuchado mucho más acerca de la presencia y que, como resultado, la teoría y la práctica de la terapia centrada en la persona habrían experimentado importantes cambios.

El propósito del presente estudio fue describir y ampliar la comprensión de la presencia del terapeuta. Para lograrlo, se hizo el intento de identificar y explorar la experiencia de presencia reflexiva de los terapeutas y desarrollar un modelo de presencia terapéutica, para esclarecer mejor esta oculta pero importante cualidad en la psicoterapia.

Método

El objetivo de este estudio (Geller, 2001) es identificar y comprender la cualidad de la presencia del terapeuta en el encuentro psicoterapéutico a partir de un análisis cualitativo de las reflexiones del terapeuta sobre su experiencia de presencia.

Participantes

Siete expertos terapeutas, identificados como autores o proponentes del concepto de presencia, fueron entrevistados sobre su experiencia al respecto. Los siete tenían un mínimo de diez años de experiencia en la práctica psicoterapéutica y estaban activos en el momento de las entrevistas. Cuatro terapeutas venían de un entorno teórico humanista/experiencial, uno de una perspectiva cognitivo-conductual (TCC), uno de una perspectiva adleriana/transpersonal y uno de una tradición ericksoniana. Es importante observar que, aunque la mayoría de los

terapeutas refleja una orientación humanista/experiencial, el terapeuta TCC era un experimentado meditador y por ello puede haber enfatizado la importancia de la presencia, por cuanto la presencia es un foco central en la meditación. Por lo tanto, a partir de este estudio no es posible hacer generalizaciones transversales sobre el papel de la presencia en las distintas orientaciones teóricas.

Procedimiento

Los terapeutas recibieron una breve descripción de la presencia extraída de la bibliografía y se les pidió que reflexionaran sobre su propia experiencia de presencia durante varias de sus siguientes sesiones con consultantes. Al menos una semana después del contacto inicial, se audiograbaron las entrevistas en las que los terapeutas describían su experiencia de presencia. Se siguió un formato general de entrevista en el cual se preguntó a los terapeutas, en un diálogo interactivo con el entrevistador (SG)⁵ sobre distintos aspectos de su experiencia, tales como los elementos físicos, emocionales y cognitivos de la presencia.

Análisis

Se utilizaron las transcripciones de las entrevistas grabadas para hacer un análisis cualitativo y se interpretaron siguiendo un método que combinaba condensación y categorización de significado (Kvale, 1996). Este enfoque integrador implicó extraer los componentes clave de la presencia de las transcripciones y comprimir una y otra vez dichos componentes clave en afirmaciones significativas pero más breves de la presencia. Esto se realizó según el proceso de cinco etapas descrito en el libro de Kvale (1996). Primero, se leyó la entrevista completa para tener una perspectiva global. Segundo, cada transcripción fue revisada oración por oración y se determinaron unidades de significado a partir de las expresiones de los terapeutas. Tercero, el tema expresado en la unidad de significado fue enunciado lo más sucintamente posible. Cada unidad de significado se colocaba dentro de un tema existente o se creaba un tema nuevo. Los temas que fueron identificados en un mínimo de dos transcripciones se utilizaron en el resto del análisis. Cuarto, los temas con significado y comprensión similares con respecto a la presencia fueron colocados dentro de una categorización de nivel superior que reflejaba estos aspectos compartidos. En la quinta etapa, los temas y categorías esenciales,

5 SG: Shari M. Geller. (Nota del revisor técnico)

no redundantes, se reunieron en un nivel de categorización aun superior, a los cuales nos referimos como “dominios emergentes”.

Después de mucho pensar y consultar, se generaron tres dominios emergentes que incluían todas las categorías descriptivas. Estos tres dominios formaron fundamento para un modelo de presencia terapéutica.

Agregamos una etapa adicional a la metodología de Kvale; los temas y dominios emergentes fueron reverificados con las transcripciones originales y de ellas se extrajeron citas para exponer más ampliamente el significado de los temas y las categorías.

En este proceso se implementaron dos verificaciones de control del análisis. Primero, un segundo evaluador (LG)⁶ verificó y reverificó las categorías formadas a partir de los temas en la formación de las categorías de orden superior. El segundo evaluador consideró que la categorización estaba fundamentada en los datos originales. Segundo, tres expertos terapeutas realizaron una verificación de confiabilidad manifestando su acuerdo o desacuerdo sobre los temas y categorías como reflejantes de aspectos esenciales de la presencia. Cuando existió una discrepancia entre las categorizaciones y la opinión de otro de los expertos, esto fue objeto de discusión y, si se llegaba a un acuerdo entre los evaluadores, se incorporaron los cambios en la presentación final del modelo de presencia terapéutica.

Un modelo de presencia terapéutica

El modelo de presencia terapéutica se presentará en tres etapas para representar los tres dominios mayores que surgieron del análisis. El primer dominio refleja la *preparación* para la presencia, las conductas que aumentan la capacidad de experimentar presencia en la sesión. El segundo dominio se focaliza en el *proceso* en el que el terapeuta se compromete, o lo que el terapeuta *hace*, mientras está terapéuticamente presente. El tercer dominio se ocupa de la *experiencia* de presencia misma durante la sesión.

Es importante observar que separar la globalidad de la experiencia de presencia en aspectos o partes es un ejercicio orientado a comprender y exponer las muchas presuntas dimensiones de la presencia. La presencia es una experiencia holística subjetiva que pierde su naturaleza esencial cuando se analiza de una manera objetiva. Por lo tanto, es mejor leer cada sección manteniendo en la consciencia la totalidad de la experiencia de presencia. Cada parte no solo es un aspecto del todo sino que es, en realidad, un reflejo de la totalidad.

6 LG: Leslie S. Greenberg. (Nota del revisor técnico)

Preparando las bases para la presencia terapéutica

Si bien no es posible asegurar la experiencia de presencia terapéutica en una sesión, la capacidad de presencia puede aumentarse a través de la preparación. La preparación ocurre *antes o al comienzo de una sesión*, así como *en la vida cotidiana*, que son las dos subcategorías que surgieron dentro del dominio de preparación del terreno para la presencia.

<i>Preparación del terreno para la presencia</i>	<i>Proceso de la presencia</i>	<i>Experiencia de presencia</i>
<p>Presesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intención de presencia • Despejar un espacio • Dejar de lado las propias preocupaciones • Poner entre paréntesis (teorías, preconceptos, planes de terapia) • Actitud de apertura, aceptación, interés y no enjuiciadora <p>En la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso filosófico con la presencia • Crecimiento personal • Práctica de la presencia en la propia vida • Meditación • Cuidado solícito continuo de sí mismo y de las propias necesidades 	<p>Receptividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abierta, aceptante, • Receptividad sensorial/corporal • Escuchar con el tercer oído • Percepción/comunicación extrasensorial. <p>Atención interna Uno mismo como instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espontaneidad/creatividad aumentada • Confianza • Autenticidad/congruencia • Vuelta al momento presente <p>Extensión y contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesible • Encuentro • Transparencia/congruencia • Respuesta intuitiva 	<p>Inmersión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absorción • Experienciación profunda • sin apego • Centrado en el presente (intimidad con el momento) • Consciente, alerta, focalizado <p>Expansión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atemporalidad • Energía y fluidez • Espaciosidad interna • Consciencia, sensación y percepción aumentadas • Calidad aumentada de pensamiento y experienciación emocional <p>Arraigo</p> <p>Centrado, firme, arraigado</p> <p>Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confianza y tranquilidad <p>Estar con y para el consultante</p> <p>Intención de sanación del consultante</p> <p>Asombro, respeto, amor</p> <p>Ausencia</p>
<p>Figura 1</p> <p>Un modelo de la presencia del terapeuta en la relación terapéutica</p>		

Preparación: antes o al comienzo de una sesión

Los terapeutas hablaron de la *intención* de traerse plenamente a encontrarse con el consultante. Esto implica invitarse intencionalmente a estar plenamente presente. Los terapeutas hablaron de usar su respiración como una clave focal o de utilizar autoafirmaciones alentadoras para hacerse presentes. Por ejemplo, un terapeuta afirmó: “La invito. La pido... cuando me siento con un consultante, apelo a mi presencia. Tomo respiraciones profundas”.

Los terapeutas describieron *despejar un espacio*⁷ interno, dejando de lado las preocupaciones, necesidades y experiencias personales de la vida cotidiana. Los terapeutas compartieron específicamente el *soltar*⁸ *preocupaciones o asuntos propios*, incluyendo emociones personales, antes y durante una sesión. Si bien dejar de lado las necesidades y las preocupaciones personales puede suceder como parte de despejar un espacio, también puede ocurrir como un proceso separado continuo en la sesión si surgieran distracciones de naturaleza personal.

Los terapeutas además describieron dejar de lado sus expectativas, creencias, preconcepciones, categorizaciones, teorías y planes de cómo debería darse la sesión, para lograr aproximarse al consultante con un sentido de apertura y curiosidad. En la bibliografía se le llama a este concepto “poner entre paréntesis”⁹ (Hycner, 1993; Hycner & Jacobs, 1995).

Los terapeutas describieron acercarse al cliente con una *actitud de apertura, interés, aceptación, y no enjuiciadora* más que a través de la lente de un conocimiento o creencias preconcebidos. Algunos teóricos han llamado a esta cualidad *mente vacía, mente de principiante o mente Zen* al aproximarse a la sesión (Hycner, 1993; Welwood, 2000). Las experiencias que contribuyen a permitir la presencia, tales como despejar un espacio, la apertura y el no enjuiciar, también sirven para mantener la experiencia de presencia en sí misma.

Preparación: en la vida

Los terapeutas entrevistados comentaron tener un *compromiso filosófico con la presencia* en sus vidas cotidianas, que a su vez influía en su capacidad de estar

7 *despejar un espacio*: Traducción de *clearing a space*, empleado en inglés por Geller y Greenberg, siguiendo a Gendlin. (Nota del revisor técnico)

8 *soltar*: traducción de *letting go*, empleado en inglés por Geller & Greenberg. (Nota del revisor técnico)

9 *poner entre paréntesis*: Traducción de *bracketing*, empleado por Geller & Greenberg, siguiendo a Hycner. (Nota del revisor técnico)

presentes en la sesión con un consultante. Esto incluyó el compromiso de los terapeutas con su propio *crecimiento personal* así como con *practicar la presencia en sus propias vidas*, con amigos, parejas y en sus encuentros cotidianos.

La mayoría de los terapeutas entrevistados hablaron de la *meditación* diaria como una contribución importante para el desarrollo de la presencia terapéutica. Un terapeuta describió la experiencia de presencia terapéutica misma como similar a un estado meditativo o a estar consciente o atento, lo cual es un aspecto clave del *vipassana* o meditación consciente en el budismo.

Los terapeutas hablaron de *atender a sus necesidades y preocupaciones personales* de manera continuada, fuera de la sesión, como un medio de aumentar su capacidad de estar presente dentro de ella. Un terapeuta comentó que “minimizar las distracciones... cuidar de la vida, cuidar solícitamente de mi propia vida -asegurarse de que no haya cabos sueltos innecesarios-” ayuda a estar más claro y más disponible para los consultantes.

El proceso de la presencia terapéutica

El segundo dominio refleja lo que el terapeuta *hace* cuando está presente en una sesión con un consultante, o el *proceso* de la presencia terapéutica, que se distingue del tercer dominio, que refleja lo que el terapeuta *experimenta* cuando está presente. Surgieron tres subcategorías bajo el *proceso* de la presencia terapéutica: *receptividad, atención interna, y extensión y contacto*.

Hay una cualidad de movimiento o fluidez en el *proceso* de la presencia que requiere que el terapeuta esté plenamente inmerso en cada momento según llega. Este aspecto de fluidez de la presencia se refiere a la capacidad del terapeuta de mover su atención entre acoger plenamente la experiencia del consultante (*receptividad*), estar en contacto con cómo esa experiencia resuena en el propio cuerpo del terapeuta (*atención interior*), expresar esa resonancia interna y conectarse directamente con el consultante (*extensión y contacto*). En otras palabras: los terapeutas tocan y son tocados por la esencia del consultante.

Receptividad

La receptividad implica acoger plenamente en el propio ser, de una manera patente y corporal, la experiencia de una sesión de una manera kinestésica, sensorial, física, emocional y mental. Los terapeutas describieron estar involucrados con el consultante en niveles multisensoriales. Una terapeuta expresó su experiencia de la receptividad con las siguientes palabras:

Es la diferencia entre mi estar atenta y ver algo y traer de vuelta la información, e ... invitar a que venga a lo que sea que desee revelárseme... Y cuando digo acogerlo, es ver, pero no ver solo a través de los ojos. Sino ver, en algún sentido, a través de todas las percepciones.

La receptividad exige una intención y un compromiso conscientes de permanecer *abierto, aceptante y permisivo*¹⁰ de todas las dimensiones y experiencias que surjan. La cualidad *permisora* de la receptividad es un proceso característico de acoger la experiencia y permitirle fluir a través de uno mismo, en oposición a observar la experiencia desde una distancia emocional o clínica.

Las experiencias de los terapeutas de la sesión y de la experiencia de los consultantes ocurren en un nivel sensorial y corporal. Los terapeutas entrevistados informaron experimentar en su cuerpo una resonancia de lo que le está ocurriendo al consultante en la sesión y esta *receptividad corporal* se convierte en una fuente de información y una guía para comprenderlo y responderle.

Para acoger plenamente la experiencia, los terapeutas escuchan profundamente a sus consultantes con todos sus sentidos y percepciones. Esto significa más que sólo escuchar las palabras dichas por el consultante; se trata más bien de recibir lo que el consultante está expresando entre oraciones y más allá de las palabras. Uno de los expertos consultados lo llamó *escuchar con el tercer oído*, expresión que tomó prestada del trabajo de Reik (1949). Un terapeuta describió así esta experiencia:

Creo que no se trata solo de escuchar las palabras, el tono, lo que es de algún modo la experiencia corporal de la persona. Suena un poco raro, pero de alguna manera es escuchar con mi cuerpo su experiencia corporal.

Los terapeutas hablaron de un *nivel de comunicación extrasensorial* que ocurre entre ellos y sus consultantes cuando están presentes. Los terapeutas lo describieron como un estado expandido o alterado de consciencia que implica una fusión o “un compartir un espacio sagrado” con el consultante y, por lo tanto, que los sentimientos se vuelvan “compartidos”. Un terapeuta lo describió como la “resonancia empática con un lugar que ella ni siquiera estaba expresando”.

Un terapeuta describió sentirse como un “recipiente de información... hay cosas que están como —nuevamente esto es lenguaje esotérico— como moviéndose dentro de mí y conectándose conmigo”. Reconoció sentirse conectado con una “esfera más amplia de algo”. Esto se relaciona con los últimos escritos de Rogers

10 *permisivo*: Traducción de *allowing*, empleado en inglés por Geller & Greenberg. (Nota del revisor técnico)

con respecto a un estado de consciencia alterado donde la información que es relevante y precisa para el proceso de sanación del consultante se canaliza a través del yo-mismo.

Atención interna

En el segundo proceso se *atiende internamente* la experiencia recibida. Un terapeuta explicó que “atiendo todo lo que es verdadero, lo que experimento dentro de mí. Mis propias imágenes, sentimientos, recuerdos. Todas estas cosas surgen y de alguna manera me informan en el proceso”.

El terapeuta se utiliza a sí mismo *como un instrumento* para comprender al consultante y saber cómo responder. Como afirmó uno de los entrevistados, las respuestas tienden a “surgir de mi experiencia con ellos (los consultantes)”. La información interna puede ser experimentada en forma de imágenes, visiones, intuiciones, voces que guían, técnicas, emociones o sensaciones corporales.

Los terapeutas encontraron que sus experiencias y respuestas internas eran más *creativas y espontáneas* al estar en la presencia terapéutica. Un terapeuta describió este aspecto de la presencia terapéutica como “hacer cosas que podrían ser inesperadas y poco convencionales, no planificadas”. Los terapeutas afirmaron que cuando están presentes *confían más* en estas intuiciones e imágenes espontáneas y creativas.

Ser *auténtico*, el componente interno de la *congruencia* (Lietaer, 1993), también es una manifestación natural de la presencia. Los sentimientos del terapeuta están disponibles y este está dispuesto a experimentarlos en su relación con el consultante si resultan terapéuticamente beneficiosos.

Los terapeutas afirmaron que estar en contacto con su propia experiencia les permite estar conscientes cuando no están presentes y usar esa consciencia para *regresar al momento presente*. Cuando el terapeuta está distraído, es posible que pierda oportunidades importantes para comprender y responder al consultante.

Extensión y contacto

El tercer proceso en el cual se comprometen los terapeutas durante el proceso de presencia implica *extenderse* él mismo y sus propios límites hacia el consultante, encontrarse y *contactar* con él de una manera muy inmediata. La extensión es el acto de esforzarse por alcanzar emocional, energética y verbalmente al consultante y ofrecer el propio yo-mismo interno, imágenes, comprensiones instantáneas o experiencias personales. El contacto implica encontrar y

relacionarse directamente con la esencia del consultante, bien sea en un silencio compartido o a través de la expresión verbal.

Los terapeutas afirmaron hacerse *accesibles* como seres humanos. Con esta accesibilidad, hay una mayor oportunidad para que ocurra entre ellos un *encuentro* verdadero. El terapeuta puede compartir su yo-mismo auténtico o su experiencia genuina con el consultante. La *transparencia* es la comunicación exterior y la expresión hacia el consultante, de la experiencia interna auténtica del terapeuta: el componente externo de la *congruencia* (Lietaer, 1993). El compartir auténtico es guiado tanto por lo que está vivo en el momento como por lo que puede facilitar el proceso de sanación del consultante.

Los terapeutas describieron que, en la presencia terapéutica, saber cómo responder al consultante era una experiencia *intuitiva*; las imágenes y las palabras surgían naturalmente en respuesta a la experiencia inmediata del consultante. Los terapeutas usan sus indicios internos y su experiencia corporal como guía para responder.

La experiencia de presencia

El tercer dominio que surgió del análisis de las entrevistas es la experiencia de presencia misma en la sesión por parte del terapeuta. Este dominio se divide en cuatro subcategorías. La primera subcategoría refleja la experiencia del terapeuta de estar plenamente *inmerso* en la experiencia del momento con su consultante. La segunda subcategoría es la experiencia de una *expansión* de la consciencia y de la sensación, de sintonizarse con los muchos matices que existen en cualquier momento dado con el consultante, dentro de sí y en la relación. La tercera subcategoría incluye el sentido del terapeuta de sentirse *arraigado* en sí mismo mientras entra en el mundo experiencial del consultante. Finalmente, los terapeutas hablaron de mantener la intención de responder de una manera que esté *con y para el consultante* en su proceso de sanación.

Inmersión

La presencia terapéutica implica estar íntimamente comprometido y *absorto* en la experiencia del momento, con la atención y el foco del terapeuta en el consultante y en el encuentro terapéutico.

Los terapeutas describieron sentirse como si nada existiera en el momento, excepto el encuentro con este otro ser humano. La absorción implica una ausencia de distracción con cualquier cosa que esté “fuera de la gama de interacción con mi consultante”.

La experiencia de presencia incluye la *experienciación profunda con desapego*, que implica estar abierto y dispuesto a ser parte de cualquier experiencia que surja, al tiempo de evitar apegarse a ella. Esto no significa mantener una distancia clínica, sino que se refiere a sentir la profundidad de la experiencia y luego soltarla. El desapego también se refiere a soltar el control de lo que será experimentado dentro de sí o viniendo del consultante, o incluso del resultado de la terapia. Esto implica estar plenamente con el consultante en el proceso de la terapia, independientemente de cómo resulte, sin estar dirigido por un resultado particular.

Una parte esencial del aspecto de inmersión de la presencia es la capacidad de estar *centrado en el presente*. Un terapeuta reflexionó sobre el “elemento de ahoridad de la presencia”. Los terapeutas alegaron que, al estar presentes, están intensamente *focalizados, conscientes y alertas* en su compromiso momento a momento con el consultante y la sesión de terapia. Este foco y consciencia intensos en la presencia permite una mayor atención a los detalles. Como observó un terapeuta: “Estoy mucho más consciente de lo que el consultante está diciendo. El sentimiento asociado, las cogniciones asociadas, sus sutilezas, su sabor, su aroma”.

Expansión

Estar en estado de presencia incluye la experiencia de la expansibilidad interna tanto en un nivel corporal como en el nivel de la consciencia. Los terapeutas describieron una sensación de espaciosidad interna, e incluso gozo, acompañada por la experiencia de fluidez, energía y calma que es el telón de fondo de toda experiencia sentida. Por ejemplo, cuando los terapeutas están inmersos en el dolor y el sufrimiento del consultante, simultáneamente experimentan un estado expansivo como si fueran parte de algo más amplio. Un terapeuta reconoció sentirse conectado con una “esfera más amplia de algo”.

En la presencia, hay una sensación de *atemporalidad*. Los límites temporales y espaciales parecen disolverse y la experiencia es de fusión o unión consigo mismo, con el otro y con un campo más amplio. Un terapeuta describió esta experiencia como “mucho más amplia que el pensamiento... Trasciende los límites temporales, los límites las fronteras espaciales, de manera tal que la sensación de estar con esta otra persona es la sensación de estar en un espacio atemporal”. La presencia terapéutica también implica un sutil balance entre atender al tiempo lineal a la vez que sentirse expandido en cada momento, según va ocurriendo.

Los terapeutas observaron una sensación de *energía y fluidez*, un sentido de vitalidad interna que acompañaba la presencia. Los terapeutas describen esta

sensación de vitalidad como energía intensificada con una vibración sentida en el cuerpo mientras la propia respiración se siente abierta y fácil, una experiencia de alerta calma.

Los terapeutas describen la sensación de *espaciosidad* dentro de sí mismos como una sensación corporal de apertura o expansión. Si bien despejar un espacio es una parte activa de prepararse para invitar a la experiencia de presencia, una vez que la presencia se manifiesta, la espaciosidad interna se vuelve la esencia de la experiencia misma, lo que a su vez ayuda a mantener la presencia.

Esta cualidad espaciosa se relaciona con una sensación de *consciencia agudizada de la sensación y de la percepción* donde los sentimientos, las sensaciones corporales y las intuiciones se experimentan con mayor profundidad y patencia de lo habitual. Los terapeutas revelaron que la experiencia de presencia les hace capaces de experimentar la tonalidad de la voz, el tono emocional y los gestos del cuerpo de sus consultantes, así como también sus propios pensamientos, sentimientos e imágenes, en mayor detalle y con mayor agudeza.

Cuando se está en la presencia también hay una *calidad intensificada del pensamiento y de la experienciación emocional*, por la cual los pensamientos y las emociones son vivos y reflexivos de lo que es necesario y provechoso para el consultante.

Arraigo¹¹

Hay una sensación de *arraigo* y conexión interna que acompaña la experiencia de presencia. El terapeuta puede estar inmerso en el dolor y el sufrimiento del otro, a la vez que se mantiene en un campo de energía más amplio y más expansivo; pero también se siente arraigado y centrado en sí mismo y en su propia existencia personal. Desde este lugar de arraigo es posible entrar profunda y plenamente en la experiencia del otro.

Los terapeutas describen sentirse *centrados, firmes y plenos*, aun cuando simultáneamente están experimentando una gama de emociones difíciles. La experiencia refleja un sentido de ecuanimidad; en medio del dolor o del desafío de emociones o experiencias difíciles, el terapeuta mantiene una sensación de calma. La *inclusión* es una extensión de estar centrado, firme y pleno, que agrega el componente de entrar en el mundo del consultante a la vez que se mantiene el sentido de la propia existencia personal.

11 *Arraigo*. Traducción de *grounding*, empleado en inglés por Geller & Greenberg. (Nota del revisor técnico)

La presencia terapéutica implica una línea sutil entre estar demasiado distante y alejado de la experiencia del momento y estar demasiado involucrado y dentro del estado emocional del consultante de una manera que se sienta como la pérdida de un yo-mismo separado. Un terapeuta compartió: “Es como estar, sentirse tan firme que el consultante puede atravesar todo eso y tú estás realmente consciente de ese terrible sufrimiento y de los detalles del sufrimiento, pero te sientes tan firme que no te toca”.

Al estar presentes, los terapeutas hablaron sobre una sensación de confianza básica, en sí mismos, en el consultante y en el proceso. El terapeuta confía en que aun cuando surjan emociones difíciles (para el consultante o para el terapeuta), si se sostiene en la intención de sanación, el movimiento de la terapia se orienta a una dirección positiva o de sanación para el consultante.

Estar con y para el consultante

Cuando están presentes, los terapeutas están plenamente en el momento de una manera que es *con y para el consultante*; el encuentro de los dos en beneficio del segundo. Las acciones y expresiones del terapeuta están al servicio de ayudar a esta otra persona que ha buscado ayuda.

Según las entrevistas realizadas en este estudio, un aspecto importante de la presencia terapéutica es la *intención de sanación del consultante*. Un terapeuta distinguió la intención de estar en un proceso de sanación, de la intención de facilitar un resultado particular. Esto significa que estar en un proceso de sanación con el consultante no significa saber lo que la persona necesita para sanar. Más bien, estar allí con el consultante sosteniendo la intención de sanación permitirá que surja lo que necesita el consultante desde dentro del núcleo de esa persona.

Los terapeutas describieron experimentar sentimientos de *asombro, fascinación, calidez, compasión y amor* cuando están en la presencia. Los terapeutas usaron expresiones tales como “compasión”, “cuidado solícito”, “profundo respeto”, “asombro”, y “admiración” para describir sus sentimientos hacia consultante al estar presentes. Un terapeuta describió que, en la presencia, “internamente experiencio un profundo respeto, una increíble compasión y una disposición, una apertura a lo sea que está surgiendo”.

Estar con y para el consultante también incluye una *ausencia de involucración del ego o de falta de naturalidad*. Los terapeutas afirmaron carecer de consciencia de falta de naturalidad como terapeuta, profesional o cualquier otra etiqueta que pudiera interferir con estar plenamente allí, en ese momento, con el consultante.

La presencia terapéutica también incluye una ausencia de elucubraciones relativas a preocupaciones personales tales como dolores, fatiga o la apariencia

física. En general, resulta claro a partir de las entrevistas que la experiencia de presencia terapéutica es acerca de la ausencia de preocupación por sí mismo, aunada a una intención de estar profundamente con el consultante en un encuentro sanador.

Discusión

El objetivo de este estudio fue desarrollar un modelo que esclareciera el proceso y la experiencia de los terapeutas de volverse presentes en el encuentro psicoterapéutico con sus consultantes. Esto se logró mediante la conducción de un análisis cualitativo de la experiencia de presencia de expertos terapeutas.

El modelo de presencia desarrollado en este estudio reveló tres aspectos esenciales de la presencia terapéutica (ver Figura 1). Uno implica la *preparación* del terreno para la presencia terapéutica a ser experimentada en la sesión con un consultante; el segundo describe el *proceso* en el que se comprometen los terapeutas al estar en la presencia durante una sesión de terapia; y el tercero caracteriza la *experiencia* de presencia corporal misma de los terapeutas.

La presencia terapéutica implica traerse plenamente al encuentro con el consultante, estar completamente en el momento en una multiplicidad de niveles: física, emocional, cognitiva y espiritualmente. La presencia terapéutica es estar arraigado en sí mismo, a la vez que se acoge receptivamente la totalidad del consultante en la experiencia del momento. La presencia terapéutica permite una sensación kinestésica y emocional de los sentimientos y de la experiencia del otro a través de la conexión con el consultante en un nivel profundo. El estado receptivo interno del terapeuta es la herramienta fundamental para comprender y responder sensiblemente a la experiencia y necesidades del consultante. Este estado se intensifica cuando los terapeutas suspenden o se desenfocan de sus propias necesidades, esperanzas, preocupaciones, creencias o suposiciones, y en cambio se focalizan con toda su atención en el proceso del consultante y en lo que está ocurriendo entre ellos en ese momento.

La presencia puede considerarse como una manera en que los terapeutas monitorean su experiencia en la terapia. A través de una sensibilidad intensificada de la experiencia del consultante, los terapeutas pueden usarse a sí mismos como herramientas para comprenderlo y responderle, así como para sentir cómo sus respuestas lo impactan. La experiencia corporal del terapeuta cuando está presente terapéuticamente es un reflejo de una síntesis interna de la experiencia expresada y sentida del consultante con la propia experiencia vivida del terapeuta y su pericia profesional. En la presencia terapéutica, el cuerpo del terapeuta es un receptor y una guía para el proceso de la terapia.

Doble nivel de consciencia

La presencia terapéutica implica un cuidadoso balance entre el contacto con la propia experiencia del terapeuta y el contacto con la experiencia del consultante, mientras se mantiene la capacidad de ser responsivo desde ese lugar de conexión interna y externa. Robbins (1998) describió la presencia como incluyendo un “doble nivel de consciencia” (p. 11), que se reflejó en este estudio cuando los terapeutas describieron el proceso de moverse de lo interno a lo externo, de sí mismo al otro, de estar abierto y receptivo a estar responsivo.

Una revisión del modelo de presencia terapéutica reveló muchas paradojas en la experiencia de presencia. Por ejemplo, el doble nivel de consciencia requiere que el terapeuta pueda balancear los aspectos polares de lo subjetivo y lo objetivo. La presencia terapéutica requiere que el terapeuta esté profundamente comprometido e inmerso en la experiencia del consultante, y al mismo tiempo mantenga una adecuada objetividad, estando centrado, firme, espacioso y responsivo a lo que el consultante está experimentando.

Otras paradojas de la presencia terapéutica se reflejan en que la presencia terapéutica requiere que el terapeuta pueda soltar el conocimiento teórico y aun así permitir que este conocimiento le informe respuestas intuitivas cuando resuena con la experiencia del momento. El terapeuta debe también estar abierto y receptivo y aun así mantener un foco consistente. El terapeuta también es espontáneo, pero solo cuando esto se relacione directamente o beneficie a su consultante.

La presencia terapéutica y las condiciones relacionales de Rogers

A partir de esta investigación la presencia terapéutica se considera como el fundamento de las condiciones relacionales de empatía, congruencia y consideración positiva incondicional, que refleja las perspectivas de recientes escritores centrados en la persona (Segrera, 2000; Schmid, 1998, 2002; Wyatt, 2000). La posición receptiva en la presencia permite al terapeuta acoger la experiencia del consultante, estar abierto a lo que se presenta en el momento y proporcionar el marco para que pueda producirse una escucha más alerta y sintonizada y una sensación kinestésica del consultante. La receptividad se considera necesaria para que los terapeutas estén abiertos y sintonizados con lo que está siendo experimentado, y por lo tanto es la base para que puedan ocurrir la comprensión precisa, la aceptación y la congruencia.

También, con la presencia, los terapeutas usan su sensación corporal como un barómetro y una herramienta de navegación para sintonizarse con lo que le está ocurriendo al consultante y saber cómo responder. Para estar agudamente conscientes de su propia experiencia y compartirla de manera genuina con el consultante, los terapeutas necesitan estar inmersos en la experiencia del momento con el consultante. Otros escritores centrados en el cliente también hablan del cuerpo como una herramienta receptiva. Por ejemplo, Mearns (1994) observó que al estar presente con un consultante “podía sentir su cuerpo con el mío propio” (p. 6). Además, Schmid (2002) señaló que la presencia es como “experienciar conjuntamente con el cliente” (p. 65). Lo que la presencia terapéutica parece agregar a la empatía y a la congruencia es la necesidad preliminar de estar receptivamente vacío y abierto para recibir la totalidad de la experiencia del consultante.

La presencia terapéutica también agrega a las condiciones relacionales un sentido de arraigo que incluye que el terapeuta confíe en su propia experiencia sentida y expresada. Con la presencia, el terapeuta está tan cerca como es posible de la experiencia del consultante, al mismo tiempo que mantiene un sentido de sí mismo como entero y separado. Desde este lugar de arraigo, los terapeutas pueden conectarse con una capacidad de sanación más amplia, así como una receptividad intensificada de las sutilezas de la experiencia del consultante, que a su vez acrecienta la comprensión del terapeuta de la experiencia del mismo. La bibliografía centrada en la persona no enfatiza esta experiencia de arraigo, si bien los autores la consideran importante para proporcionar la base a partir de la cual el terapeuta puede entrar plenamente en la experiencia de los consultantes sin sentirse abrumado.

La presencia también puede considerarse un todo más amplio, una condición englobante mediante la cual pueden expresarse la empatía, la congruencia y la consideración incondicional. Mientras Mearns (1994) observó la presencia como una “fusión de las tres condiciones nucleares” (p. 7), nosotros vemos las condiciones relacionales como una manera en la que estar plenamente en el momento se comunica a los consultantes. Es posible que la comunicación empática, por ejemplo, no sea solo la manera del terapeuta de decir “te escucho”, sino también “estoy abierto a lo que sea que desees expresar”. De modo similar, el componente de transparencia de la congruencia puede ser una expresión de “estoy abierto y conectado con lo que estoy experimentando en relación contigo y te respeto lo suficiente como para compartirlo”. Estas respuestas también podrían comunicar que “estoy aquí para ti en este momento, estoy aquí para estar en un encuentro sanador contigo y para ti”.

Esta investigación ayuda a explicar las postulaciones posteriores de Rogers sobre la naturaleza de la presencia. Consideramos la presencia terapéutica como

el fundamento y la precondition necesaria de las condiciones relacionales. La presencia del terapeuta puede considerarse como la condición de estar plenamente receptivo en el momento y en contacto inmediato con la experiencia interna del otro, que entonces permite a las condiciones relacionales surgir y expresarse. Schmid (2002) observó que Rogers habla de contacto como una precondition para las condiciones relacionales. Proponemos que el contacto solo es posible con la presencia.

Al mismo tiempo, estamos de acuerdo con Rogers en que la presencia del terapeuta es una encarnación de las condiciones del terapeuta (Baldwin, 2000). Si bien la presencia y las condiciones relacionales son diferentes, estas últimas pueden considerarse como expresiones de una experiencia de nivel más profundo, la de estar plenamente allí en el momento con el consultante. Sin la presencia las otras condiciones no serían posibles. Sin embargo, estar presente no necesariamente implica que el terapeuta sea empático o congruente en un momento dado. Más bien, la presencia *permite* que las condiciones relacionales puedan ser plenamente vividas y expresadas de diferentes maneras en diferentes momentos.

Conclusión

La presencia de los terapeutas se comprende como el estado fundamental de receptividad y de contacto relacional profundo momento a momento. Implica un *estar* con el consultante más que un *hacerle* al consultante. Es un estar abierto y recibiendo la experiencia del consultante, de una manera afable, no enjuiciadora y compasiva, más bien que observar, o mirar al consultante o incluso dentro de él. La presencia terapéutica significa estar dispuesto a ser impactado y conmovido por la experiencia del consultante, a la vez que permanecer arraigado y responsivo a sus necesidades y experiencias. La presencia de los terapeutas implica un balance y un doble nivel de consciencia entre estar en contacto con la experiencia del consultante y con la propia experiencia, al mismo tiempo que ser capaz de reflexionar sobre lo que está ocurriendo con y entre ambas personas. Estar plenamente abierto y receptivo a la experiencia del momento implica sensibilidad a los detalles de la experiencia, a la vez que estar en contacto con un estado más amplio de expansibilidad y un sentido de arraigo en sí mismo.

La presencia terapéutica también se considera como un fundamento y una precondition necesaria para las condiciones relacionales de empatía, congruencia y consideración positiva incondicional. Se propone que la empatía y la congruencia pueden ser una manera en la que se expresa la presencia en el encuentro terapéutico.

Referencias

- Baldwin, M. (2000). Interview with Carl Rogers on the use of the self in therapy. In M. Baldwin (Ed.), *The use of self in therapy* (2nd ed.) (pp. 29-38). Nueva York: Haworth.
- Buber, M. (1958). *I and Thou*, (2nd ed.). Nueva York: Charles Scribner. Traducción española: (1993). *Yo y Tú*. Madrid: Caparrós (Colección Esprit).
- Buber, M. (1966). *Between man and man*. Nueva York: Macmillan.
- Bugental, J. F. T. (1978). *Psychotherapy and process*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Bugental, J. F. T. (1983). The one absolute necessity in psychotherapy. *The Script*, 13, 1-2.
- Bugental, J. F. T. (1987). *The art of the psychotherapist*. Nueva York: Norton.
- Bugental, J. F. T. (1989). *The search for existential identity*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Clarkson, P. (1997). Variations on I and Thou. *Gestalt Review*, 1, 56-70.
- Craig, P. E. (1986). Sanctuary and presence: An existential view of the therapist's contribution. *The Humanistic Psychologist*, 14, 22-28.
- Friedman, M. (1985). *The healing dialogue in psychotherapy*. N.Y.: Aronson.
- Geller, S. M. (2001). *Therapists' presence: The development of a model and a measure*. Unpublished doctoral dissertation, York University: Toronto.
- Heard, W. G. (1993). *The healing between: A clinical guide to dialogic psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hycner, R. (1993). *Between person and person: Toward a dialogical psychotherapy*. Nueva York: Gestalt Journal Press.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in gestalt therapy: A dialogical/self psychology approach*. Nueva York: Gestalt Journal Press.
- Kempler, W. (1970). The therapist's merchandise. *Voices*, 5, 57-60.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Londres: Sage.
- Lietaer, G. (1993). Authenticity, congruence, and transparency. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 17-46). Londres: Constable. Traducción española: (1997). Autenticidad, congruencia y transparencia. En D. Brazier (Ed.), *Más allá de Carl Rogers* (pp. 25-45). Bilbao: Desclée De Brouwer.

- May, R. (1958). Contributions to existential therapy. In R. May, E. Angel & H. Ellenberger (Eds), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology* (pp. 37-91). Nueva York: Basic Books.
- Mearns, D. (1994). *Developing person-centred counselling*. Londres: Sage.
- Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. Londres: Sage.
- Moustakas, C. (1986). Being in, being for, and being with. *The Humanistic Psychologist*, 14, 100-104.
- Reik, T. (1949). *Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst*. Nueva York: Farror, Straus.
- Robbins, A. (Ed.). (1998). *Therapeutic presence: Bridging expression and form*. Londres: Jessica Kingsley.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 97-103. Traducción española: (1978). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En J. Lafarga & J. Gómez del Campo (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista, Vol. 1* (pp. 77-92). México: Trillas.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1972). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1979). The foundations of the person-centered approach. *Education*, 100, 96-107.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: [Contenido dividido]. Rogers, C. R. & Rosenberg, R. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder; y (1987). *El camino del ser*. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. R. (1986). Client-centered therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook: Theory and technique in the practice of modern therapies* (pp. 197-208). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rogers, C. R. & Sanford, R. C. (1989). Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan & B. H. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, Vol. V* (4th ed.) (pp. 1482-1501). Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- Schmid, P. F. (1998). 'Face to face': The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers (Eds), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 74-90). Londres: Sage.

- Schmid, P. F. (2002). Presence — Im-media-te co-experiencing and co-responding: Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy. And beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions, Vol. 4: Contact and perception* (pp. 182-203). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schneider, K. J. & May, R. (1995). *The psychology of existence: An integrative, clinical perspective*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Segrera, A. S. (June 2000). Presence and communication: The two core Necessary and sufficient conditions of a human relationship. Trabajo presentado en la 5th International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy: Chicago.
- Shepherd, I., Brown, E. & Greaves, G. (1972). Three-on-oneness (presence). *Voices*, 8, 70-77.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*. Londres: Sage.
- Webster, M. (1998). Blue suede shoes: The therapist's presence. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 19, 184-189.
- Welwood, J. (2000). *Toward a psychology of awakening*. Boston: Shambhala.
- Wyatt, G. (June 2000). Presence: Bringing together the therapist's core conditions. Trabajo presentado en la 5th International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy: Chicago.

¿CÓMO HACEN LOS CONSULTANTES QUE FUNCIONE LA EMPATÍA?¹

Arthur C. Bohart

Hasta que los leones tengan sus historiadores,
todos los cuentos de caza glorificarán al cazador.

Proverbio africano

Las perspectivas teóricas de cómo la terapia ayuda a facilitar el cambio generalmente son “terapeutocéntricas”² (Bickman & Salzer, 1996; Bohart, 2000b). Tanto los consultantes como el proceso de cambio en terapia se consideran desde la perspectiva del terapeuta. Los consultantes son descritos como colecciones de estructuras y procesos de interés teórico para los terapeutas. Los cambios son descritos como ocurriendo en estos procesos, en lugar de cuestiones originadas por los consultantes como agentes activos. Se describen las respuestas e intervenciones de los terapeutas como “operando sobre” estas estructuras y procesos para causar efectos. Este modelo puede describirse así:

Intervenciones del terapeuta → *operan sobre el consultante* → *para producir cambio*

A las respuestas e intervenciones del terapeuta se las llama “variables independientes” y las de los consultantes se las denomina “variables dependientes”. Se dice que las intervenciones “reestructuran las cogniciones”, “fortalecen las estructuras del yo-mismo o del ego”, “intensifican la experienciación”, “profundizan el procesamiento de la información”, o “promueven el proceso de autoexploración”. Con frecuencia estos cambios se describen como si hubiera una relación causal lineal entre las intervenciones del terapeuta y los cambios en los consultantes.

1 Fuente: Bohart, A. (2004). How do clients make empathy work. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3(2), 102-116.

2 *terapeutocéntrico*: traducción de *therapist-centric*, empleado en inglés por Bohart, siguiendo a Bickman & Salzer. (Nota del revisor técnico)

En este modelo se describe al terapeuta como responsable de causar los cambios que ocurren en el consultante. En la bibliografía centrada en la persona/experiencial pueden encontrarse ejemplos de este tipo de lenguaje relativo a los “efectos” de las respuestas empáticas. Desde una perspectiva terapeutocéntrica, Bohart (1993; Bohart & associates, 1996) escribió sobre la importancia de las respuestas del terapeuta en el sentido de tener un efecto experiencial *en* los consultantes. Se dice que las buenas respuestas empáticas experienciales intensifican la experienciación del consultante y que los consultantes deben “experienciar” para cambiar. Bohart, Humphrey, Magallanes, Guzman, Smiljanich & Agualló (1993) también escribieron sobre la manera en que pueden usarse las respuestas empáticas para promover en los consultantes un “foco en el futuro” o un “foco centrado en el presente”.

Otros teóricos centrados en la persona/experienciales también escribieron en este sentido. Greenberg (1996), escribiendo sobre una transcripción de Carl Rogers, dice: “Rogers, intencional y selectivamente, guía a Jim a focalizar hacia adentro en las emociones dolorosas más profundas que subyacen bajo su desafío. Rogers es directivo en el proceso...” (p. 253). Y “[Rogers] intenta consistentemente *acceder a y profundizar la experiencia interna del consultante*” (p. 254, itálicas de Bohart). Greenberg (2002) dice:

Descubrimos que la profundidad de foco experiencial con la cual un terapeuta responde a la aseveración previa de un consultante probablemente *tenga un efecto significativo sobre la profundidad con la cual el consultante experimenta su siguiente afirmación.* (...) Esto indica que el terapeuta está *influyendo sutilmente el procesamiento del consultante* por de su manera de responder (Greenberg, 2002, p. 57, itálicas de Bohart).

Por eso es el terapeuta quien accede a y profundiza la experiencia interna del consultante, tiene un efecto significativo sobre la profundidad de la experienciación, influye el procesamiento del consultante y dirige al consultante.

Obsérvese que en estas descripciones no se describe al terapeuta como alguien que escucha y responde a la persona total que es el consultante, sino más bien como alguien que trata de hacer que los procesos ocurran. Se encuentran descripciones similares en un artículo de Gendlin (1968), que dice: “Las respuestas de una persona que ayuda (...) deben (...) tener un *efecto experiencial afectivo.* (...) ¿Cómo puede la respuesta de un terapeuta tener un efecto experiencial concreto *en el individuo?*” (p. 208, itálicas de Bohart). Y después, la respuesta del terapeuta “apunta a una sensación sentida” (p. 210). “Las respuestas experienciales del terapeuta atraen la atención del consultante directamente hacia su propio significado sentido (...) Solo cuando el consultante se “focaliza” en su significado sentido, *puede cambiar*” (p. 211, itálicas de Bohart). Una vez más, estas

descripciones no hacen que el terapeuta parezca estar escuchando a una persona total; sino, más bien, prestando atención a pistas experienciales e intentando facilitar cambios y movimientos. Implícitamente, el consultante es un recipiente en el cual los significados sentidos cambian. El consultante ayuda a este proceso prestando atención al significado sentido, pero el significado sentido hace todo el trabajo, aparentemente por sí mismo. De manera similar, Gendlin (1967) sugiere que las respuestas del terapeuta con esquizofrénicos deben “apuntar a” la vida de sentimientos disminuida adentro.

Otro autor en la tradición centrada en la persona/experiencial que escribe de esta manera es Sachse (1990, 1992; Sachse & Elliott, 2002). La visión de este autor describe particularmente un impacto determinista lineal rígido de las intervenciones del terapeuta en el procesamiento del consultante. Sachse (1990) dice:

Una suposición esencial en la psicología lingüística es que los hablantes siempre ejercen influencia en sus oyentes con lo que dicen (...) *el hablante dirige la consciencia de un oyente. El hablante cambia* aquello de lo que es consciente un oyente y así *cambia lo que el oyente puede hacer, experimentar, pensar* sobre la base de esa consciencia (p. 327, itálicas de Bohart).

Sachse alega que sus datos muestran que los terapeutas son primariamente responsables por la profundidad de procesamiento de los consultantes.

Leyendo las conclusiones de la investigación de Sachse, se tiene la impresión de que los consultantes poco pueden hacer por sí mismos sin el terapeuta experto. Sachse & Elliott (2002) dicen: “*Los consultantes hacen relativamente poco trabajo explicativo constructivo por sí mismos*” (p. 96). Sachse (1992) concluye que:

Los terapeutas, por lo tanto, deberían ser conscientes de la responsabilidad que tienen por el proceso que tiene lugar. La alternativa que el terapeuta tiene es obviamente no si él o ella prefiere ser directivo, sino si sus acciones directivas son constructivas o destructivas. Por lo tanto, de ello se desprende que los terapeutas también deben ser “expertos” en cuanto al proceso se refiere (p. 247).

En ninguna parte de las descripciones de estos escritores uno tiene la sensación de una persona total (el terapeuta) respondiendo a otra persona total (el consultante). Tampoco hay una sensación del consultante como un ser pensante, inteligente, activo (Bohart & Tallman, 1999; Bohart, 2000b). Por ejemplo, no se describe cómo *los consultantes* trabajan activamente para hacer que funcione la terapia (véase Rennie, 2002, y Levitt & Rennie, 2004, para ejemplos de tales descripciones). Más bien, estas descripciones describen al consultante como una colección de procesos sobre las que operan y cambian por las intervenciones del terapeuta.

Incluso las descripciones de Carl Rogers de lo que pasa con los consultantes en terapia están escritas desde la perspectiva del terapeuta. Por ejemplo, en las descripciones de Rogers de los cambios que atraviesa Gloria en la famosa película (Rogers & Wood, 1974), inicialmente se la describe como sin asumir sus sentimientos, sin estar en la inmediatez de su experienciación, usando viejos constructos para evaluar su experiencia, con una disparidad entre su estructura del yo-mismo y la experiencia, y así sucesivamente. Sin embargo, esta es una perspectiva extrañamente externa de lo que está atravesando Gloria. Es poco probable que, cuando habla de sus problemas al principio de la película, *ella* se experimente a sí misma como “sin asumir sus sentimientos”, “sin estar en su inmediatez”, y así sucesivamente. E incluso si ella está experimentando un conflicto interno, dudamos que lo haga como una “disparidad entre su estructura del yo-mismo y su experiencia”.

Es más probable que ella esté experienciándose como luchando por comprender un problema mientras intenta relacionarse y obtener ayuda de este famoso psicoterapeuta. Y de hecho las respuestas de Rogers se dirigen a la persona total comprometida en esta lucha. Rogers no intenta llevarla a asumir sentimientos, a estar en la inmediatez de sus sensaciones, a reducir la disparidad entre su estructura del yo-mismo y la experiencia, y así sucesivamente. El mismo Rogers observa:

No puede subrayarse suficientemente (...) que en ese momento en la mente del terapeuta *no están* estos pensamientos teóricos. Vive en la inmediatez de la relación. Solo después ve cómo son aplicables los constructos teóricos (p. 251, *itálicas* en el original).

Sin embargo, al describir lo que está pasando con el consultante en terapia, aun las descripciones de Rogers son desde una perspectiva terapeutocéntrica y no desde la perspectiva del consultante como un agente activo que intenta resolver sus problemas.

En suma, la perspectiva terapeutocéntrica, como se describe en los escritos teóricos, tiene dos componentes. Primero, tiende a hacer del terapeuta el héroe del drama de la terapia, operando sobre el consultante con intervenciones específicas para producir efectos específicos. En el extremo casi parece describir al consultante como una marioneta bailando al extremo de las cuerdas del terapeuta. Segundo, tiende a reducir al consultante a un recipiente que contiene procesos, al cual le pasan cosas. Aunque los terapeutas de virtualmente todas las orientaciones reconocen que la agencia³ del consultante es crucial para el éxito de la terapia, por lo general esto no aparece en las teorías de cómo ocurre el cambio.

3 *agencia*. Traducción de *agency*, empleado en inglés por Bohart. (Nota del revisor técnico)

Si bien se describen los cambios en los procesos y las estructuras del consultante, este no aparece como un agente del cambio por derecho propio. Más bien, para la mayoría de las teorías, el aumento en la agencia con frecuencia se percibe como un efecto de los cambios en los procesos y las estructuras del consultante. Estas descripciones teóricas basadas en la investigación no son incorrectas. Más bien son incompletas y se encuentran en un nivel de análisis diferente del nivel holístico persona a persona donde en realidad ocurre la terapia.

El peligro de estas descripciones es que a) si los terapeutas realmente trabajaran siguiendo las líneas de estas descripciones, sería menos probable que respondieran a las personas como agentes holísticos; b) al hacerlo estarían desempoderando a los consultantes; y c) ignoran la contribución muy real y poderosa de los consultantes al proceso de cambio. En este trabajo daré vuelta a la perspectiva y expondré el papel de la empatía del terapeuta desde la perspectiva del consultante como un autosanador activo.

Empatía desde la perspectiva del “consultante como autosanador activo”

Anteriormente sostuve, siguiendo el trabajo de Carl Rogers, que son los consultantes quienes hacen funcionar la terapia (Bohart & Talman, 1999; Bohart, 2000b). En lugar del modelo presentado más arriba, la terapia debería modelarse así:

Consultantes → *operan sobre las intervenciones del terapeuta* → *para producir cambios*

No revisaré aquí la investigación que lleva a esta conclusión (véase Bohart, 2000b; Bohart & Tallman, 1999; Hubble, Duncan & Miller, 1999; Rennie, 2000, 2002; Wampold, 2001). La conclusión se apoya sobre investigación que encuentra que, en promedio, todas las terapias funcionan igualmente bien; las técnicas e intervenciones hacen solo una modesta contribución al resultado; la evidencia de que las técnicas e intervenciones tienen efectos específicos es débil; la mayor parte del cambio ocurre en la terapia antes de que los supuestos mecanismos teóricos hayan tenido tiempo de funcionar (Snyder, Michael & Cheavens, 1999); las cualidades más importantes de los terapeutas efectivos siguen siendo sus cualidades personales más que su pericia profesional y tecnológica; la esperanza y la expectativa juegan un papel principal; los dos mayores predictores del resultado son la cualidad y la magnitud del compromiso del consultante en la terapia; y los procedimientos de autoayuda funcionan en promedio tan bien como la terapia.

Además, existe evidencia de que muchos individuos con problemas se recuperan o los resuelven sin nuestra ayuda como benévolos terapeutas omniscientes (para un breve resumen, véase Bohart & Tallman, 1999). Esto sugiere que las personas son capaces de generar crecimiento personal por sí mismas. Entre paréntesis, mis alumnos y yo hicimos varios estudios informales sobre esto y es sorprendente cuán común es la autosanación sin la terapia, incluyendo la recuperación de traumas personales (véase también Tedeschi, Park & Calhoun, 1998). Esto no sugiere que los terapeutas no sean necesarios, o que sean irrelevantes en el proceso de ayuda por algo más que su presencia. Claramente los consultantes vienen a terapia cuando necesitan alguna asistencia o apoyo para poder avanzar.

En teoría, desde la perspectiva del “consultante como autosanador activo”, las respuestas empáticas de los terapeutas no “operan sobre” los niveles de experienciación o la profundidad de procesamiento de los consultantes, independientemente de su agencia y compromiso activos. Las respuestas empáticas de los terapeutas por sí mismas no promueven la autoexploración de los consultantes. Más bien, son estos quienes operan sobre las respuestas empáticas de los terapeutas para crear estos efectos. Sugiero que las respuestas empáticas de los terapeutas no “mudan” la atención de los consultantes hacia los procesos internos. Más bien, los consultantes, siendo agentes inteligentes activos, perciben que los terapeutas –a quienes reconocen como expertos en el proceso de proporcionar ayuda– hablan sobre sentimientos y, siendo agentes inteligentes, deducen que los terapeutas piensan que es importante prestar atención a los sentimientos. Por consiguiente, son los consultantes quienes mudan su atención hacia los sentimientos, como parte de su percepción inteligente de las exigencias para la resolución de problemas de la situación. (Greenberg lo reconoce. En la misma cita en la que señala que las respuestas de los terapeutas tienen un efecto sobre la profundidad de experienciación de los consultantes, también observa: “[los terapeutas] actúan como un coach, proporcionando indicios sobre dónde enfocar y cómo procesar esa información” [2002, p. 57]. Este lenguaje, desde mi punto de vista, se acerca más a lo que sucede que el lenguaje intervencionista que Greenberg usa en otros lugares.)

Visto desde esta perspectiva, el consultante es un agente activo inteligente que entra en la situación buscando algún tipo de solución a un problema inquietante. Él o ella busca la ayuda de un terapeuta porque cree que este es un experto en tal tipo de cosas. Como agente activo en busca de información, trata de conseguir pistas de lo que necesita para lograr sus objetivos. No es que el terapeuta necesariamente lo *dirija* a enfocarse internamente sobre la experiencia. Más bien, el consultante *está buscando* lo que debería hacer para ayudarse a sí mismo y es lo suficientemente inteligente para deducir lo que el terapeuta está haciendo y lo que el terapeuta cree que conviene hacer.

Desde la perspectiva del consultante como autosanador activo, la dimensión del *poder* de la terapia también deviene importante. En tanto el lenguaje intervencionista privilegia al terapeuta, simultáneamente también enmascara la dimensión de poder social del encuentro. Como las intervenciones se describen como operando sobre los procesos del consultante, lo que se oscurece es el hecho de que las respuestas del terapeuta tienen mucho peso porque los consultantes lo perciben como experto. Como muchos han señalado, la distribución del poder en un encuentro terapéutico no es de igual a igual. Rogers, por supuesto, operaba para minimizar la inequidad de poder (Rennie, 2004). Pero eso no obvia el hecho de que, al menos inicialmente, la mayor parte de los consultantes consideran al terapeuta como un experto. Esto significa que el consultante, como ser inteligente, tomará sus pistas del terapeuta respecto de lo que hay que hacer para que la situación funcione. La investigación que toma seriamente la perspectiva de la experiencia del consultante, por ejemplo, Rennie (2002) y Levitt & Rennie (2004), no solo proporcionan sustento para la perspectiva del consultante como autosanador activo, sino que también ofrece ejemplos de cómo los consultantes “trabajan alrededor de y con” los terapeutas, que son considerados figuras poderosas y expertas. Esto sugiere que el lenguaje que privilegia al terapeuta como *causante* de los efectos en el cliente es desorientador.

Similarmente, las respuestas empáticas no “profundizan” por sí mismas el nivel de procesamiento de los consultantes. Las considero como una metáfora de una conversación entre dos seres inteligentes en mutua sintonía. Es probable que mi pensamiento profundo provoque y estimule en ti tener un pensamiento más profundo, continuando el mío y viceversa. Como ocurre en cualquier conversación juiciosa entre dos seres humanos inteligentes que lo son, cuando una persona hace una aseveración profunda que provoca el pensamiento, estimula a la otra a pensar más profundamente y sobreviene una conversación cada vez más profunda. De hecho, espero que este trabajo te estimule a pensar más profundamente sobre el papel del consultante en la terapia. Pero decir que yo estoy “profundizando” tu procesamiento de la información parece equivocado: podría describirse con más precisión en términos conversacionales. Es decir, cuando digo algo que espero que sea inteligente y estimulante, tú lo tomas, piensas sobre ello y profundizas tu propio pensamiento (que, entre paréntesis, puede incluir tomar una dirección creativamente diferente).

En una conversación de igual a igual, ambas partes se profundizan mutuamente. Esto también pasa en terapia. Sin embargo, si consideramos que en el contexto terapéutico una persona es definida como la experta, no resulta particularmente sorprendente que la otra persona se incline ante ella y “la siga”, con más frecuencia de lo que el terapeuta podría seguir al consultante. El punto es que los consultantes son agentes activos que están *eligiendo* seguir lo que Sachse (1990) llama respuestas “profundizantes” y “apatizantes”.

Mudar de la perspectiva del terapeuta a la perspectiva del consultante ofrece una mirada diferente sobre cómo facilita la empatía. Facilita porque el consultante toma las respuestas del terapeuta como pistas que indican sobre qué información enfocarse y como una invitación a un encuentro profundo, en el cual es seguro para los consultantes escudriñar sus problemas y compartirlos profundamente con otra persona.

Un recuento teórico de cómo los consultantes hacen funcionar la terapia

Propongo una perspectiva sobre lo que los consultantes hacen, en un lenguaje teórico que describe a los consultantes como agentes inteligentes activos. El modelo intenta desarrollar una perspectiva *consultantecéntrica*.⁴ Se basa en la teoría ecológica de la percepción de Gibson (1987). Este autor sostiene que tanto las personas como los animales están “construidos” para explorar sus ambientes. Cuando entran en situaciones están en constante actividad y exploran para aprender dos cosas. Primero, intentan detectar *invariantes*⁵ en el ambiente. Los invariantes son las estabilidades o regularidades en un ambiente. De esa manera, de las imágenes perceptuales cambiantes de una silla que se crean en cuanto la persona la explora o camina alrededor de ella, la persona extrae el invariante de la silla misma. Segundo, los individuos buscan *posibilitadores*.⁶ Estos son cosas que pueden usarse para diversos propósitos. Posibilitan varios tipos de acciones. Aquello a lo que la persona o animal atiende y qué invariantes extrae, en parte está en función de sus necesidades y propósitos. Los posibilitadores también están en una función de lo que el organismo necesita y está tratando de lograr. Por ejemplo un palo, dependiendo de su peso y fuerza, puede posibilitar una diversidad de actividades: se puede usar para salto de garrocha, pescar, usar como bastón, una pértiga para hacer caer frutas de árboles altos, algo para husmear en agujeros, una lanza, una pica, algo para darle una tunda a alguien, y así sucesivamente.

4 *consultantecéntrico*. Traducción de *client-centric*, utilizado en inglés por Bohart. (Nota del revisor técnico)

5 *invariante*. Traducción de *invariant*, empleado en inglés por Bohart, siguiendo a Gibson. (Nota del revisor técnico)

6 *posibilitador*. Traducción de *affordance*, empleado en inglés por Bohart, siguiendo a Gibson. (Nota del revisor técnico)

Posibilitadores en terapia

Asumo que las respuestas e intervenciones de los terapeutas son herramientas que los consultantes usan como posibilitadores para producir el cambio. La implicación de que todas las terapias funcionan aproximadamente igual sugiere que los consultantes pueden utilizar diferentes posibilitadores para hacer el cambio: explorar el pasado, cambiar cogniciones, adquirir técnicas de modificación de conducta, explorar sentimientos y experiencia, reencuadrar situaciones, y así sucesivamente. Los consultantes pueden utilizar las herramientas más o menos de la manera en que el terapeuta pretende. O pueden jugar con alteraciones y variaciones de ellas y usarlas para posibilitar algo distinto de lo que el terapeuta pretende. A este respecto, los consultantes pueden mostrar grados variables de creatividad en la manera de interpretar para qué es la herramienta y cómo usarla. Si el terapeuta puede estimular o apoyar la inventiva del consultante, este puede utilizar creativamente las respuestas de aquel, del mismo modo en que los niños pueden usar una caja para hacer un coche, una mesa y una tela para hacer una tienda de campaña o, como don Quijote, una escudilla como casco.

Debido a que la investigación en psicoterapia se ha enfocado ya sea en el terapeuta, ya en el consultante desde la perspectiva de las teorías del terapeuta, hay relativamente poca investigación sobre los consultantes desde la perspectiva de estos últimos, más allá de cómo los consultantes generalmente perciben lo que es provechoso en terapia (Cullari, 2000; Elliott & James, 1989). Sin embargo, existe cierta evidencia de que los consultantes trabajan con la terapia para convertirla en lo que ellos necesitan. La investigación de Rennie (2002) documentó cómo los consultantes trabajan alrededor de y con los terapeutas para satisfacer sus necesidades, proteger la autoestima de los terapeutas, esquivar los malentendidos de este, etcétera.

Rennie también documenta cómo los consultantes están constantemente comprometidos en un proceso de pensamiento y articulación interno, incesante y privado, la mayor parte del cual no se comparte con el terapeuta. Esto significa que lo que los consultantes *dicen* abiertamente no puede ser tomado como un signo seguro ni de lo que están haciendo en un momento dado en la terapia ni de lo que están experimentando. La terapia es una situación social y lo que los consultantes dicen no es solo una manifestación de sus procesos de autoexploración. Primero, en todo caso, no pueden decir todo lo que están pensando. Segundo, lo que seleccionan para decir es un *acto interpersonal*. Refleja lo que sienten que es seguro decir, lo que piensan que necesitan decir para satisfacer sus necesidades en la situación y el grado en el cual quieren presentar una cierta “fachada” al terapeuta.

Al leer las descripciones de la terapia desde la perspectiva del consultante en los trabajos de Rennie (2002) y de Levitt & Rennie (2004), uno siente casi como si entrara en un universo diferente del descrito en la mayoría de los libros sobre el proceso de terapia. Uno se vuelve vívidamente consciente de cuánto el consultante desaparece como persona en la mayor parte de las descripciones de terapia y cuánto el consultante y sus procesos no son más que “variables dependientes” en la mayoría de las descripciones de investigación.

De conformidad con estos hallazgos, mis asociados y yo hicimos un estudio análogo de terapia (Binstock & Bohart, 2001, Tallman, Robinson, Kay, Harvey & Bohart, 1994) que involucró dar a los consultantes (estudiantes de postgrado en terapia de pareja y de familia) respuestas empáticas superficiales, estereotipadas e insulsas y superficiales después de haber recibido inicialmente una “dieta” de buenas respuestas empáticas. La evidencia, a partir de los tiempos de reacción de los consultantes a aquellas respuestas pobres y de los comentarios de los consultantes en un Recuerdo del Proceso Interpersonal (Elliott, 1986), indicó después que esas respuestas fueron en efecto pobres. Ocho de los nueve consultantes, sin embargo, continuaron trabajando con las respuestas insulsas y fueron capaces de lograr avances productivos. Tres de los nueve mostraron evidencias de esforzarse para proteger al terapeuta, aparentando estar de acuerdo con él antes de cambiar poco a poco la conversación hacia una dirección más productiva. (Jerold Bozarth, en comunicación personal, 1º de mayo de 2003, menciona una disertación de Doug Bower, en la cual se estudiaron cintas de prominentes terapeutas centrados en la persona y también encontraron que los clientes esquivaban las respuestas pobres de los terapeutas.)

Otras evidencias sustentan que los consultantes pueden “aprovechar” las respuestas de los terapeutas en su propio beneficio. Talmon (1990) hizo una serie de entrevistas telefónicas con exconsultantes y descubrió que “yo había tomado mis intervenciones y mis palabras demasiado en serio. Los pacientes reportaron haber seguido sugerencias que yo no recordaba haber hecho. Crearon sus propias interpretaciones, a veces bastante diferentes de lo que yo recordaba y, en otras ocasiones, versiones más creativas y apropiadas de mis sugerencias” (p. 60). Bohart & Boyd (1997) encontraron evidencias de que los consultantes interpretaban las intervenciones del terapeuta en conformidad con sus propios objetivos. En un caso, el terapeuta usó las dos sillas para “ayudar a la consultante a acceder a sus sentimientos”. Sin embargo, la consultante informó que le había sido provechoso porque su problema declarado era volverse más asertiva y ella lo usó como un ejercicio de asertividad (entre paréntesis, tanto el terapeuta como la consultante parecieron no estar conscientes de sus propósitos diferentes. Desde la perspectiva de cada uno, la interacción había ocurrido sin problemas y según el plan). De manera similar, una consultante buscaba apoyo y aceptación.

Ella interpretó las respuestas empáticas de su terapeuta como proporcionando o comunicando aceptación. Otro consultante, que buscaba discernimiento y comprensión, interpretó las respuestas empáticas de su terapeuta como fuentes de comprensión instantánea. En esta misma línea, Elliott (1979) encontró que los consultantes no percibieron las conductas de ayuda necesariamente en el mismo sentido en que los terapeutas tuvieron la intención de ofrecerlas. Gold (1994) documentó casos en los cuales los consultantes integraron creativamente varios enfoques de terapia.

Finalmente, Lieberman, Yalom & Miles (1974) encontraron que los consultantes no se beneficiaron de las comprensiones instantáneas obtenidas en los grupos de encuentro a menos que los pusieran en práctica activamente en sus vidas.

Extracción de invariantes y creación de nuevo significado

Los consultantes también extraen invariantes subyacentes del flujo de la interacción. Esto significa que están aprendiendo más de lo que el terapeuta puede proponerse a través de sus “intervenciones” o respuestas. De hecho, el énfasis en respuestas y/o intervenciones específicas del terapeuta probablemente sea un resto de la influencia conductista en la psicología. Sostenemos que los consultantes extraen invariantes sobre a) la conducta, actitudes y sentimientos del terapeuta, y b) la naturaleza del proceso terapéutico mismo, así como c) invariantes sobre sí mismos y su propia experiencia (que es sobre lo que se enfoca la mayor parte de las teorías terapéuticas). Los consultantes son intérpretes constructivos y activos de la situación terapéutica; no responden meramente de manera asistemática a las respuestas individuales del terapeuta. Más bien, responden a a) las respuestas individuales del terapeuta; b) las secuencias de respuestas del terapeuta; c) sus propias respuestas a las respuestas del terapeuta; d) las *secuencias* de las interacciones de sus respuestas a las respuestas del terapeuta; e) la conducta interpersonal del terapeuta; y f) el contexto. De esta manera, no se limitan a responder a respuestas específicas del terapeuta. Como ejemplo, sugerimos que los consultantes concluyen que los terapeutas son empáticos extrayendo el invariante de empatía del terapeuta de toda una serie de respuestas y conductas del terapeuta. Esto no debería ser una sorpresa. Las personas extraen invariantes en sus relaciones todo el tiempo. Por ejemplo, la percepción (precisa) de un niño de ser amado por sus padres es una extracción de numerosas interacciones de muy diferentes tipos a través del tiempo.

Para continuar con el ejemplo de la empatía, los consultantes extraen el invariante de empatía del flujo de interacciones terapeuta-consultante. La

percepción del consultante de la empatía del terapeuta no es un simple recuento respuesta-por-respuesta. Se extrae de un complejo conjunto de interacciones y de una diversidad de pistas. Por supuesto, el uso explícito de respuestas empáticas por el terapeuta ayuda. Pero los terapeutas no humanistas, tales como los terapeutas cognitivos, que no usan particularmente ni ponen el énfasis en las respuestas empáticas, también son percibidos como empáticos (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). Los puntajes de empatía del terapeuta en las mediciones autoinformadas de los consultantes, tales como el Inventario de Relación de Barret-Lennard, IRBL⁷ (Barret-Lennard, 1986) son los mejores predictores del resultado de la terapia a partir de la empatía. Basados en la inspección de sus ítems, el IRBL parece ser más una medida de la percepción del consultante de los invariantes en la comprensión empática del terapeuta, que de evaluaciones del consultante de las respuestas específicas del terapeuta. Por ejemplo, dos de los ítems son: “Desea comprender cómo veo las cosas”, y “Por lo general comprende todo lo que quiero decir” (Barret-Lennard, *op. cit.*, p. 442). También, el IRBL tiene solo una modesta correlación con las mediciones de empatía basadas en puntajes de las respuestas específicas del terapeuta (Guzmán, 1977). Esto sugiere que lo que más importa es la percepción del invariante que se revela en el flujo de la conducta del terapeuta.

Un ejemplo de la extracción de invariantes viene de una estudiante de postgrado del programa de Terapia Conyugal y Familiar de la Escuela Saybrook de Postgrado. En una clase de entrenamiento terapéutico, se le pidió que jugara el rol de consultante. Otra estudiante actuó como terapeuta. Esta última había tenido un amplio entrenamiento en terapia centrada en el cliente y se comprometió muy diestramente en una entrevista de 50 minutos usando un enfoque de seguimiento empático tradicional. La estudiante que desempeñó el rol de consultante nunca había sido expuesta a este tipo de terapia. Informó que pasó la mayor parte de la sesión *deduciendo* lo que la terapeuta estaba haciendo. Solo hacia el final, después de haber deducido lo que la terapeuta iba y no iba a hacer, comenzó a usar activamente la interacción de manera productiva y, en sus palabras, “se puso en marcha”.

Junto con la extracción de invariantes del flujo de la interacción, los consultantes extraen implicaciones de las afirmaciones del terapeuta. Hayes, Follette & Follette (1995) hablaron acerca de cómo los humanos aprenden relaciones “derivadas”, así como también relaciones presentadas explícitamente. Los humanos derivan relaciones implícitas de lo que se les ha enseñado de manera explícita. Y Rychlak (1994) mostró que cuando a los humanos se les

7 *Inventario de Relación de Barrett-Lennard (IRBL)*. Traducción de *Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI)*, título en inglés del inventario. (Nota del revisor técnico)

presenta A, no solo aprenden A, sino que también aprenden no-A. Son capaces de pensar en términos de opuestos por lo que siempre pueden ir más allá de lo que se les presenta. Finalmente, la idea de Gendlin (Levin & Gendlin, 1997) de “entramado”⁸ también sugiere una manera de comprender cómo los consultantes siempre son fecundos. Gendlin sostiene que los humanos “entraman” sus conceptos con situaciones actuales, de manera tal que ningún concepto es idéntico a su utilización anterior.

Es interesante examinar la analogía del “espejo” utilizada comúnmente con respecto a la terapia desde la perspectiva de la extracción de invariantes. La idea típica es que el terapeuta provee un espejo en el cual el consultante puede verse. Esto suena como si el consultante fuera un receptor pasivo de un reflejo del espejo. Sin embargo, es importante observar que cuando las personas miran en espejos no lo hacen estáticamente. Por el contrario, se mueven. Giran la cabeza de un lado a otro, se vuelven de costado, se acercan al espejo, inclinan la cabeza arriba y abajo, etcétera. Aprenden *creando variación*. A través de la variación las personas son capaces de extraer invariantes. Gibson (1987) sostiene que las ilusiones perceptuales funcionan solo porque no podemos caminar literalmente alrededor de las figuras involucradas. Para ser realmente capaces de extraer el invariante subyacente de lo que algo es, debemos ser capaces de “caminar alrededor”. Un buen espejo posibilita a una persona caminar alrededor de algo. En terapia, el mismo acto de escuchar las palabras que uno dijo habladas de vuelta para uno significa que uno está viéndolas *desde un ángulo diferente que antes*. Uno es capaz de “caminar alrededor” de ellas. Los buenos terapeutas rogerianos que responden empáticamente también introducen variación. Aun si su objetivo es “reflejar” y permanecer dentro del marco de referencia del consultante, en la medida en que usen palabras diferentes, o vayan un poquito más allá extrayendo una implicación de lo que el consultante dice, están creando variación en el espejo. Por eso las buenas respuestas empáticas rogerianas también posibilitan a los consultantes caminar alrededor de sus propias aseveraciones, pensamientos y experiencias.

Consultantes que rompen las reglas de la buena terapia

La idea del consultante usando la terapia como un *posibilitador* y extrayendo invariantes, puede explicar por qué algunos de nosotros tuvimos la experiencia de trabajar con consultantes que mejoran a pesar de que parecen no hacer nada de lo que las teorías dicen que es terapéutico. Anteriormente (Bohart, 2000a)

8 *entramado*. Traducción de *crossing*, empleado en inglés por Gendlin. (Nota del revisor técnico)

reporté el caso de una consultante que no accedía a la emoción de ninguna manera significativa, cuyo nivel de experienciación nunca sería puntuado como cuatro o más alto, que no desafiaba las cogniciones disfuncionales, que no parecía obtener ninguna comprensión instantánea con respecto a su infancia y quien, desde mi perspectiva, mayormente solo se quejaba, sin nunca “profundizar” su procesamiento. Sin embargo, a través del tiempo hizo cambios significativos para mejorar, cambios que ella atribuyó a la terapia. Otros terapeutas dicen que tuvieron experiencias similares. ¿Cómo puede ser esto? Puede serlo si el consultante, a través de su participación, está extrayendo los significados que necesita y usa el proceso constructiva y activamente tal como lo necesita, aunque no encaje en nuestras teorías.

En resumen, hay algunas evidencias que sustentan una visión de los consultantes como organismos activos, que exploran el ambiente de terapia, extraen invariantes y utilizan las respuestas del terapeuta como posibilitadores.

Aplicación de la empatía en terapia centrada en el cliente

El objetivo declarado del terapeuta centrado en el cliente “no-directivo” tradicional es proveer un contexto de escucha de comprensión empática aceptante. La intención del terapeuta es no intervenir: no intentar hacer que ocurra ningún proceso específico en el consultante. Más bien, la intención del terapeuta, como Carl Rogers afirmó al final de su vida, es poner a prueba su comprensión de lo que el consultante está diciendo. Aun si las respuestas del terapeuta tienen efectos específicos tales como acceder a los sentimientos o profundizar la experiencia, es importante tener en mente que esta no es la intención del terapeuta. Cuando teóricos como Greenberg (1996), por ejemplo, afirman que Rogers estaba “intencional y selectivamente” guiando al consultante a focalizar hacia adentro sobre emociones dolorosas, esto es desde el punto de vista de Greenberg. Es poco probable que Rogers hubiera estado de acuerdo en que esa era su intención y muchos terapeutas centrados en el cliente no-directivos actuales tampoco estarían de acuerdo en que esa sea su intención.

Sospecho que el deseo de intentar moldear en el lenguaje típico de la intervención lo que hace el terapeuta centrado en el cliente, refleja en parte el actual *Zeitgeist*⁹ terapéutico, pero también la incomodidad con una teoría que es inespecífica al explicar cómo los consultantes utilizan un espacio tan bueno de escucha para crecer. Como he observado, ni siquiera Rogers proporcionó una

9 *Zeitgeist*. Término en alemán, que corresponde en español a *espíritu de la época*. (Nota del revisor técnico)

teoría del consultante como un agente de cambio activo. En cambio, incluso para Rogers, el consultante es alguien que *experimenta cambios* en su apertura a la experiencia interior, la rigidez de sus constructos, la autoaceptación, etcétera. Lo que quiero hacer al concluir aquí es esbozar brevemente cómo el consultante puede valerse de una relación de escucha empática para crecer. Gran parte de lo que diré no será novedoso. Mi contribución, si hay alguna, será poner el foco más explícitamente en el lado del consultante de la ecuación en la terapia centrada en el cliente.

Primero, dado que los humanos tienen una capacidad intrínseca para la autocorrección y el aprendizaje activo (Bohart & Tallman, 1999; Masten, Best & Garmazy, 1990), ¿cómo podrían los consultantes utilizar el clima de una relación donde las intenciones primarias del terapeuta son a) experimentar y comunicar aceptación hacia el consultante, y b) intentar comprenderlo? Hay dos componentes para este clima. Primero, del mismo modo en que un buen contexto parental provee una relación a partir de la cual el niño pueda extraer el invariante de que él o ella es amado y apreciado *a lo largo del tiempo*, el consultante puede extraer que él o ella es apreciado por la manera en que el terapeuta lo trata a través del tiempo. Esto por sí mismo debería operar “naturalmente” para corregir pensamientos negativos disfuncionales sobre sí mismo, para reducir el automonitoreo crítico, etcétera.

Segundo, la relación centrada en el cliente es un “ambiente de comportamiento” (Barker, 1968) que puede “posibilitar” la conducta exploratoria positiva y la toma de riesgos. Dado que los consultantes pueden captar a lo largo del tiempo que el terapeuta no intenta influenciarlos o dirigirlos, esto podría conducirlos a concluir: a) que el “juego”, por así decirlo, es que ellos usen este espacio para deducir las cosas por sí mismos; b) que el terapeuta confía en que pueden hacerlo; y, por lo tanto, c) que tienen el poder de deducir las respuestas por sí mismos. Por lo tanto, el espacio de escucha empática se convierte en un contexto en el cual los consultantes pueden experimentar naturalmente con más y más de sus propias respuestas y potenciales. Más aún, si estos realmente forman parte de un proceso intrínseco natural de autosanación, deberían comenzar a acceder a las experiencias y las emociones. Así, los consultantes pueden utilizar los posibilitadores provistos por las propiedades de “espacio abierto” seguro de la relación terapéutica rogeriana para experimentar, explorar y extraer de la relación ciertos significados y mensajes sobre sí mismos.

Al focalizarse en particular en las respuestas empáticas, el objetivo primario de las respuestas de comprensión empática (RCEs,¹⁰ también llamadas reflejos)

10 *respuesta de comprensión empática (RCE)*. Traducción de *empathic understanding response (ECR)*, empleado en inglés por Bohart. (Nota del revisor técnico)

es ayudar a los terapeutas a poner a prueba su comprensión de lo que el consultante está diciendo (como dijo Carl Rogers al final de su vida). ¿Cómo podrían los consultantes usar las RCEs como posibilitantes? Teóricamente, como los terapeutas usan las RCEs para poner a prueba su propia comprensión de los consultantes, estos pueden usarlas como oportunidades de poner a prueba su propia comprensión de sí mismos. Los consultantes pueden comparar lo que pensaban que dijeron, lo que pensaban que estaban pensando y sintiendo, con el reflejo del terapeuta y refinarlo sobre la base de lo que escuchan en respuesta. Además, como Gendlin (1968) observó, al poner a prueba su propia comprensión pueden entonces también usar la respuesta para ayudarse a diferenciar significados nuevos o adicionales, es decir, llevar adelante (Gendlin, 1968) el proceso de autoexploración. En otras palabras, pueden “operar sobre” las RCEs del terapeuta para crear o extrapolar nuevo significado personal.

Aun otra función potencial de una RCE para un consultante es poder usarla para “ver si lo que digo tiene sentido o no”. Esto es ligeramente diferente de refinar la autocomprensión. Tiene más que ver con poner a prueba el consultante creencias como “¿estoy en contacto con la realidad?” y “¿tiene sentido lo que digo?”.

Empíricamente, un proyecto de investigación (Bohart & Byock, 2003) sustenta el análisis anterior y además proporciona evidencia de otros usos que los consultantes pueden darle a las RCEs del terapeuta. Hicimos un análisis etnográfico-hermenéutico de tres transcripciones de Carl Rogers. Intentamos habitar la experiencia de los tres clientes sobre una base de respuesta por respuesta e imaginar/interpretar cómo tomaríamos y usaríamos las RCEs de Rogers a medida que se producían. Descubrimos que, si hubiésemos sido estos consultantes, las RCEs habrían servido a tres conjuntos de propósitos:

Primero, los consultantes podrían usar las RCEs como apoyo. Esto incluye sentirse apreciado, reconocido, validado, tomado en cuenta, saber que uno está en la vía correcta; sentir que se tiene permiso; y sentirse reforzado y apoyado. Segundo, los consultantes podrían usar las RCEs para propósitos instrumentales o informativos. Esto incluye usar las respuestas empáticas para seleccionar, diferenciar, elaborar o llevar adelante nuevos significados; como memoria sustituta; para extraer inferencias, para sentir o juzgar la realidad de las preocupaciones, para darle una nueva forma a algo en lo que uno estaba trabajando, y a algo de lo que se puede ganar comprensión instantánea. Tercero, las RCEs podrían llenar una función interpersonal de establecer y mantener conexión con el terapeuta, como una manera de ayudar al consultante a comprender empáticamente al terapeuta y de comprometerse en una especie de danza interpersonal creativa con él. En suma, los consultantes pueden usar las respuestas de comprensión empática como herramientas que sirven a una diversidad de propósitos.

Ya sea que las respuestas empáticas del terapeuta se den con una intención de dirigir, cambiar o influenciar o no; bien sea que tengan la función de intensificar la experiencia, profundizar el procesamiento, acceder a las emociones, crear un cambio de esquema, mover al consultante de constructos rígidos a constructores sostenidos más tentativamente o no, no deberíamos perder de vista el hecho de que hay un consultante activo del otro lado de la ecuación terapéutica, que está interrelacionándose activamente con el terapeuta, extrayendo significados y usando las respuestas del terapeuta —e incluso todo el contexto y el ambiente de la terapia— como un conjunto de posibilitadores con los cuales trabajar. Se necesita teoría e investigación adicional para explicar el lado del consultante de la ecuación en la terapia, si queremos pasar de simplemente aparentar estar de acuerdo de boca para afuera con la idea del consultante como un agente activo, a legitimar el estado de igual a igual total del consultante como un agente de cambio en el proceso de cambio terapéutico por derecho propio.

Referencias

- Barker, R. (1968). *Ecological psychology: Concepts and methods for studying the environment of human behavior*. Palo Alto, California: Stanford University Press.
- Barrett-Lennard, G. T. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method, and use. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapy process: A research handbook* (pp. 439-476). Nueva York: Guilford.
- Bickman, L. & Salzer, M. S. (1996, agosto). Dose-response, disciplines, and self-help: Policy implications of consumer reports findings. Trabajo presentado como parte de un simposio sobre *Consumer reports Mental health survey results: Practice and policy implications*, en la 104th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto.
- Binstock, H. & Bohart, A. C. (2001, abril). A client's ability to grow therapeutically despite a therapist's overt lack of experiential empathy. Trabajo presentado en la Western Psychological Association Convention, Hawai.
- Bohart, A. (1995). Experiencing: The basis of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 51-67.
- Bohart, A. (2000a, junio). Is there anyone I haven't offended yet? Conferencia semiplenaria en la 5th International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, Chicago.

- Bohart, A. (2000b). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 127-149.
- Bohart, A. & associates. (1996). Experiencing, knowing, and change. In R. Hutterer, G. Pawlowski, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 199-211). Viena: Peter Lang.
- Bohart, A. & Boyd, G. (1997). *Client's construction of the therapy process: A qualitative analysis*. Trabajo presentado en la reunión de la North American Association of the Society for Psychotherapy Research, Tucson, Arizona.
- Bohart, A. & Byock, G. (2003, junio). *How does empathy facilitate?* Trabajo presentado en la 6th International Conference on Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling, Egmond aan Zee, Países Bajos.
- Bohart, A. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). Nueva York: Oxford University Press.
- Bohart, A., Humphrey, A., Magallanes, M., Guzman, R., Smiljanich, K. & Aguillo, S. (1993). Emphasizing the future in empathy responses. *Journal of Humanistic Psychology*, 33, 12-29.
- Cullari, S. (2000). *Counseling and psychotherapy*. Nueva York: Allyn and Bacon.
- Elliott, R. (1979). How clients perceive helper behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 285-294.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapy process: A research handbook* (pp. 503-528). Nueva York: Guilford.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Gendlin, E. T. (1967). Therapeutic procedures in dealing with schizophrenics. In C. R. Rogers, E. T. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 369-400). Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press. Traducción española: (1997). Procedimientos terapéuticos con esquizofrénicos. En C.

- Alemaný (Ed.), *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de Eugene T. Gendlin* (pp. 71-93). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Gendlin, E. T. (1968). The experiential response. In E. F. Hammer (Ed.), *Use of interpretation in treatment: Its role, scope, depth, timing and art* (pp. 208-227). Nueva York: Grune and Stratton.
- Gibson, J. J. (1987). *The ecological approach to visual perception*. Nueva York: Erlbaum.
- Gold, J. R. (1994). When the patient does the integrating: Lessons for theory and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 133-158.
- Greenberg, L. S. (1996). The power of empathic exploration: A process-experiential/Gestalt perspective on the case of Jim Brown. In B. A. Farber, D. C. Brink & P. M. Raskin (Eds.), *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary* (pp. 251-260). Nueva York: Guilford. Traducción española: (2001). El poder de la exploración empática: Un análisis del caso de Jim Brown desde la perspectiva de los procesos experienciales y la gestalt. En B. A. Farber, D. C. Brink & P. T. Raskin (Eds.), *La psicoterapia de Carl Rogers: Casos y comentarios* (pp. 261-271). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Gurman, A. S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.) *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). Nueva York: Pergamon.
- Hayes, S. C., Follette, W. C. & Follette, V. M. (1997). *Behavior therapy*. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies; Theory and practice* (pp. 128-181). Nueva York: Guilford.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Eds.) (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Levin, D. M. & Gendlin, E. T. (Eds.). (1997). *Language beyond postmodernism: Saying and thinking in Gendlin's philosophy*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
- Levitt, H. M. & Rennie, D. L. (2004). The act of narrating: Narrating activities and the intentions that guide them. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 299-313). Thousand Oaks, California: Sage.

- Lieberman, M., Yalom, I. & Miles, M. (1974). *Encounter groups: First facts*. NuevaYork: Basic Books.
- Masten, A. S., Best, K. M. & Garmazy, N. (1990). Resilience and development: Contribution from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Rennie, D. L. (2000). Aspects of the client's conscious control of the psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 151-167.
- Rennie, D. L. (2002). Experiencing psychotherapy: Grounded theory studies. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 117-144). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Rennie, D. L. (2004). Reflexivity and person-centered counseling. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 182-203.
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1974). Client-centered theory: Carl R. Rogers. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality* (pp. 211-258). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Rychlak, J. F. (1994). *Logical learning theory: A human teleology and its empirical support*. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Sachse, R. (1990). The influence of therapist processing proposals on the explication process of clients. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.
- Sachse, R. (1992). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research*, 2, 235-251.
- Sachse, R., & Elliott, R. (2002). Process-outcome research on humanistic therapy variables. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 83-116). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Snyder, C. R., Michael, S. T. & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 179-200). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Tallman, K., Robinson, E., Kay, D., Harvey, S. & Bohart, A. (1994, agosto). Experiential and nonexperiential Rogerian therapy: An analogue study. Trabajo presentado en la American Psychological Association Conference,

Los Angeles, California. Resumen reproducido en Bohart, A. & associates (1996). Experiencing, knowing and change. In R. Hutterer, G. Pawlowski, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (199-211). Viena: Peter Lang.

Talmon, M. (1990). *Single session therapy. Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

Tedeschi, R., Park, C. L. & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Post-traumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Nueva York: Erlbaum.

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Nueva York: Erlbaum.

ENTRE LA LIBERTAD Y LA DESESPERANZA:¹ CUESTIONAMIENTOS Y CONTRIBUCIONES EXISTENCIALES A LA TERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA Y EXPERIENCIAL^{2 3}

Mick Cooper

Durante muchos años, los terapeutas centrados en la persona y experienciales mostraron un entusiasta interés en las ideas y las prácticas terapéuticas existenciales. Rogers dialogó con muchos de los grandes pensadores existenciales de su época, incluyendo a Buber, Tillich y May (ver Kirschenbaum & Henderson, 1990); y Gendlin (1970) examinó en detalle la relación entre el pensamiento existencial y su enfoque orientado hacia la focalización. Más recientemente, algunas figuras claves dentro de los campos centrado en la persona y experiencial recurrieron a ideas, conceptos y filosofías existenciales para desarrollar sus enfoques de la práctica terapéutica (por ejemplo, Mearns & Thorne, 2000; Schmid 2002; Swildens, 2002, Van Kalmthout, 2002, Worsley, 2001).

Sin embargo, dada la amplitud del dominio existencial, gran parte de este campo permanece inexplorado desde una perspectiva centrada en la persona y experiencial. Más aún, la mayoría de los escritos posteriores de Gendlin a Gendlin (1960) tendieron a explorar los aspectos comunes entre los enfoques centrado en la persona/experienciales y el existencial, tales como el cuestionamiento al objetivismo cientificista (Gendlin, 1970, Rogers, 1969), el énfasis en los encuentros Yo-Tú (Worsley, 2001) y una comprensión holística, encarnada⁴ y procesal de la experienciación humana (Gendlin, 1970; Rogers, 1969; Worsley, 2001) más que las áreas de diferencia y cuestionamiento. Una tercera razón por

1 *desesperanza*. Traducción de *despair*, empleado en inglés por Cooper. (Nota del revisor técnico)

2 Fuente: Cooper, M. (2003). Between freedom and despair: Existential challenges and contributions to person-centered and experiential therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2(1), 43-56.

3 Agradecimientos a Dave Mearns, los miembros de la Unidad de Counselling de la Universidad de Strathclyde y a dos revisores anónimos por su retroalimentación sobre el borrador inicial de este trabajo. (Nota del autor)

4 *encarnado*. Traducción de *embodied*, empleado en inglés por Cooper. (Nota del revisor técnico)

la que existe una constante necesidad de explorar la relación entre el enfoque centrado en la persona/experiencial y el existencial es el reciente surgimiento de una “escuela británica” de análisis existencial (ver Cooper, 2003, capítulo 7), que presenta nuevos cuestionamientos, como también nuevas áreas comunes a los profesionales centrados en la persona y experienciales. El objetivo de este trabajo, entonces, es examinar algunos aspectos del pensamiento y la práctica existenciales que todavía requieren una exploración en profundidad desde un punto de vista centrado en la persona y experiencial, y analizar los cuestionamientos y contribuciones que podrían ser capaces de hacer a estos enfoques. El trabajo comienza, sin embargo, con una breve introducción a la filosofía existencial y los enfoques terapéuticos que han emergido a partir de ella.

Filosofía y terapias existenciales

La filosofía existencial, en su nivel más fundamental, puede comprenderse como una reacción a sistemas de pensamiento que tienden a deshumanizar la realidad vivida de la existencia humana. Soren Kierkegaard (1992) y Friederich Nietzsche (1967), generalmente considerados como los padres del pensamiento existencial, criticaron duramente los sistemas de creencias científicas, religiosas y filosóficas del siglo XIX –en particular el “idealismo absoluto” de G.W. F. Hegel (1949)– que tendían a reducir las existencias humanas a esencias relacionadas de manera determinista o a ser actores de escasa importancia dentro de una gran narrativa histórica. Más bien, sostenían que cada ser humano debería ser comprendido en términos de su existencia humana individual, concreta y subjetiva. Los filósofos existenciales del siglo XX, como Jean-Paul Sartre (1958) y Martín Heidegger (1962), desarrollaron estas ideas e incorporaron en ellas el método fenomenológico de Edmond Husserl (1960) a través del cual se esforzaron por describir algo de esta existencia-vivida humana. Los filósofos existenciales describieron esta existencia de muchas maneras diferentes –y, en ocasiones, divergentes– pero en sus escritos surgió una serie de temas comunes: que la existencia humana es única, activa, de libre elección, orientada hacia el futuro, limitada, mundana,⁵ con otros, encarnada, abierta a la culpa y a la angustia y capaz de elegir si enfrentar “auténticamente” estos determinantes⁶ de la existencia o rechazarlos “inauténticamente” (Cooper, 2003).

5 *mundano*. Traducción de *in-the-world*, empleado en inglés por Cooper, siguiendo a autores existencialistas. (Nota del revisor técnico)

6 *determinante*. Traducción de *given*, empleado en inglés por Cooper, siguiendo a autores como Cohn, Heidegger, Jaspers y Sartre. (Nota del revisor técnico)

A partir de los años 1920, diversos psiquiatras y psicoterapeutas comenzaron a inclinarse hacia estas ideas como base para su práctica clínica. El principal entre ellos fue Ludwig Binswanger (1963), psiquiatra suizo que recurrió a *Ser y tiempo* de Heidegger (1962), *Yo y Tú* de Buber (1958) y la psiquiatría fenomenológica de Karl Jaspers (1963) para proponer un medio más holístico, humanista y relacional de comprender la angustia psicológica. El trabajo de Binswanger conformó la base para la psicoterapia “Daseinsanalítica” (véase Boss, 1963), una forma heideggeriana de psicoanálisis que en la actualidad aún se practica en el continente europeo. A principios de los años 1930, el psiquiatra austriaco Victor Frankl también comenzó a desarrollar un enfoque de psicoterapia de base existencial, recurriendo particularmente al fenomenólogo alemán Max Scheller (ver Frankl, 1988). La “logoterapia” o “análisis existencial” de Frankl puso un énfasis particular en ayudar a los consultantes a encontrar sentido a sus vidas y adoptó un enfoque terapéutico relativamente didáctico. En los años 1950, los enfoques existenciales a la terapia se extendieron en Estados Unidos, sobre todo a través del trabajo de Rolló May (ver May, Angel y Ellenberg, 1958), que combinó las comprensiones instantáneas más individualistas de los primeros filósofos existenciales –en particular Kierkegaard (1980)– con un punto de vista ampliamente humanista. Este enfoque “existencial humanista” de la psicoterapia mantuvo un alto perfil en los Estados Unidos –en realidad, a nivel mundial– a través de los escritos de algunos de los muy talentosos discípulos de May, que incluyen a Irvin Yalom (véase Yalom, 1980), James Bugental (véase Bugental, 1981), y Kirk Schneider (véase Schneider, 2003). A finales de los 1950 y principios de los 1960 también emergió un enfoque existencial de la terapia en el Reino Unido, mediante el trabajo del psiquiatra escocés R. D. Laing (véase Laing, 1965). Laing recurrió a las enseñanzas de Binswanger y Jaspers –así como de filósofos existenciales como Sartre y Buber– para desarrollar una descripción particularmente fenomenológica, despatologizante, de la esquizofrenia y otras formas de angustias mentales. A partir de Sartre (1976), Laing también exploró los tipos de enredos, engaños y malentendidos que pueden afectar a las relaciones humanas (véase Laing, 1969; Laing, Phillipson & Lee, 1966). El propio Laing, en muchos de sus últimos escritos (véase, por ejemplo, Laing, 1976), se apartó de un punto de vista existencial, pero su énfasis en la despatologización de los consultantes y su esfuerzo por una relación terapéutica igualitaria fue desarrollada por seguidores suyos, tales como Emmy van Deurzen (2002), quien llegó a fundar la “Escuela Británica de Análisis Existencial” a principios de los años 1990.

Experienciación de la libertad

En un intento de reintegrar la realidad concreta de la existencia a una comprensión de los seres humanos, los pensadores y profesionales existenciales pusieron un particular énfasis en la capacidad humana para la libertad y la elección (por ejemplo, Sartre, 1958). Desde un punto de vista externo, “objetivo”, sería posible considerar a los seres humanos como mecanismos causalmente determinados, pero desde dentro de la experienciación humana, la elección y la volición son aspectos inerradicables de nuestro ser-hacia-el-mundo.

Los psicólogos y terapeutas existenciales también intentaron decir algo acerca de cómo experienciamos la libertad y la elección. Algunos de los escritos más originales en este campo provienen de la psiquiatra norteamericana Leslie Farber (2000), que distinguió entre la voluntad automática, “inconsciente”; y la elección intencional, deliberada. Estas ideas fueron desarrolladas por Rollo May (1969), quien identificó una diversidad de elementos en la experienciación de la elección; “intencionalidad”: la tendencia humana básica a “extenderse” hacia algo; “desear”: “el juego imaginativo con la posibilidad de que ocurra algún acto o estado”; y “voluntad”: “la capacidad de organizarse de manera tal que pueda ocurrir el movimiento en una cierta dirección o hacia un determinado objetivo” (1969, p. 218).

Como los existencialistas, Rogers pone un gran énfasis en la capacidad humana de libertad y la centralidad de la elección en el proceso de psicoterapia y cambio de la personalidad (ver, por ejemplo, Rogers, 1961; Rogers 1977; Rogers & Freiberg, 1994). En años recientes, sin embargo, escritores centrados en la persona y experienciales tendieron a desatender esta dimensión de la experienciación humana (ver, no obstante, Finke, 2002; Worsley, 2001). También en los escritos de Rogers existe una tendencia a dejar inexplorada la experienciación fenomenológica misma de la elección. Más significativo, quizás, es que podría considerarse que algunos de los conceptos nucleares en una comprensión centrada en la persona del ser humano pueden verse como desatendiendo, si no negando, el papel de la elección en el proceso de cambio personal. La noción de “crecimiento”⁷ (Rogers, 1961), por ejemplo, y la extendida apropiación de metáforas biológicas y naturalistas para enunciar claramente este proceso (Finke, 2002), tienden a describir el desarrollo humano como un proceso espontáneo, automático, más que como uno que también incluye la agencia, la elección y la toma activa de decisiones. Las papas en un cajón en un sótano, por ejemplo, no *eligen* enviar sus brotes hacia arriba. De manera similar, la noción de actualización de Rogers (1959) como “motivación” “inherente” tiende a sugerir

7 *crecimiento*. Traducción de *growth*, empleado por Rogers en inglés. (Nota del revisor técnico)

que los seres humanos son impulsados por un camino particular; sin la capacidad de elegir entre el autodescuido y el automantenimiento, la autodestrucción y el automejoramiento.⁸ Por supuesto, la teoría de Rogers ofrece la posibilidad de un movimiento hacia la autodestrucción y la autoenajenación, pero atribuir este movimiento a un factor externo –la consideración positiva condicional– revela un sentimiento aún más avolitivo en el corazón de su pensamiento. Como escribe Rollo May: “Si concluimos que la dificultad consiste en el hecho de que los seres humanos son tan susceptibles a la influencia de su cultura, tan obedientes a las órdenes que reciben, tan adaptables a su entorno, entonces estamos haciendo el más devastador de todos los juicios sobre (...) los seres humanos. En ese caso, todos seríamos ovejas, dependientes de quienquiera que sea el pastor” (1990, p. 244).

Las perspectivas existencial y centrada en la persona/experiencial de la libertad y la elección también se diferencian en que, desde la primera perspectiva, sería posible argumentar que es simplemente imposible hacer afirmaciones generalizadas sobre el tipo de elecciones que la gente debería hacer: por ejemplo, si es mejor seguir sus propios instintos o conformarse a las demandas de otros, simbolizar las experiencias-sentidas o dejarlas sin simbolizar. De alguna manera, esto se diferencia de los campos centrado en la persona y experiencial, en los cuales ciertas maneras de ser –por ejemplo, “una creciente confianza en el propio organismo” o “una vida cada vez más existencial” (Rogers, 1961)– tienden a asociarse con niveles más maduros de desarrollo. Mearns & Thorne (2000) escriben aquí sobre una “tiranía del crecimiento”, en la que las experiencias percibidas como moviéndose hacia adelante y “tendientes al crecimiento” suelen ser valoradas más que aquellas consideradas como restrictivas o socialmente mediatizadas. En contraposición, terapeutas existenciales como Emmy van Deurzen (2002) escribieron sobre los “dilemas de la existencia”, sosteniendo que, en todo momento, estamos tironeados entre los polos de diversas dualidades, ninguno de los cuales es intrínsecamente correcto. En algunos momentos, entonces, puede ser mejor conformarse a las demandas de los demás, y en otros podría ser mejor seguir nuestros propios instintos. Aquí, la única certeza es que las elecciones son difíciles, cargadas e inciertas; no existe garantía de que si “vamos con el proceso” todo será para mejor, o que si hacemos lo que es mejor para nosotros mismos, también será bueno para los demás. Desde una perspectiva existencial, entonces, el desarrollo humano no es como subirse a una cinta transportadora, sino como llegar a una serie de encrucijadas, cada una de las cuales nos obliga a hacer una elección particular en cuanto a cómo proceder.

8 *automejoramiento*. Traducción de *self-enhancement*, empleado en inglés por Cooper. (Nota del revisor técnico)

Como consecuencia, otra diferencia entre las perspectivas existencial y centrada en la persona/experiencial de la libertad y la elección es que la primera tiende a poner un mayor énfasis en los aspectos más desconcertantes de esta experienciación. Mientras que Rogers (1961) equipara la experienciación de la libertad con la “buena vida”, los filósofos existencialistas como Kierkegaard (1980) y Sartre (1958) también destacaron las maneras en que la libertad puede traer aparejados sentimientos como angustia, culpa y pánico. Esto obedece a una serie de razones. Primero, como dice Yalom, “las alternativas excluyen” (2001, p. 148). Es decir, al elegir algo, inevitablemente estamos eligiendo *contra* otra cosa, y siempre existe la posibilidad evocadora de angustia de que podamos estar rechazando la mejor alternativa. Segundo, mientras más nos experienciamos como libres, es más probable que nos sintamos responsables por el curso de nuestras vidas, así como por el impacto que podamos tener en las vidas de otros. Desde una perspectiva existencial, entonces, un creciente reconocimiento de nuestra libertad también puede traer consigo una creciente apertura a sentimientos como arrepentimiento, remordimiento y culpa, así como una consciencia de nuestra responsabilidad ética a responder al llamado del Otro (Schmid, 2002). Tercero, mientras más nos experienciamos como libres y como seres que podemos elegir quiénes queremos ser, más podremos llegar a percibir que no hay nada sólido o cierto en el núcleo de nuestra identidad: que somos esencialmente una “nada” hueca (Sartre, 1958) que elige y crea su propia esencia.

Las limitaciones de la existencia

Desde una perspectiva existencial, entonces, mientras los individuos más reconozcan su libertad, más propensos podrán estar a experimentar sentimientos como angustia, culpa y vacío (Kierkegaard, 1980; Sartre, 1958). Para terapeutas existenciales como van Deurzen (2002), sin embargo, dichos sentimientos no solo son corolarios de la libertad sino aspectos inerradicables de la vida humana. Como afirma van Deurzen, la vida es dura, escabrosa e injusta, llena de crisis, decepciones, injusticias y fracasos (1998; 2002). Es, continúa, una “interminable lucha donde los momentos de paz y felicidad son la excepción más que la regla” (1998, p.132). Esta posición de algún modo se diferencia del punto de vista más optimista de la perspectiva centrada en la persona, que sostiene que para los seres humanos es posible moverse hacia una “buena vida” (Rogers, 1961). Esta, como aclara Rogers, no es un estado de felicidad infinita, pero hay poca mención de las angustias, luchas y descontento que pueden continuar hostigando esta manera de ser.

Como observa Swildens (2002), Rogers también tiende a no soslayar las inevitables limitaciones de la existencia humana. De hecho, afirma explícitamente

que asuntos como la muerte y la soledad no son temas de los que debemos ocuparnos. Por el contrario, los filósofos y terapeutas existenciales han puesto gran énfasis en el hecho de que la libertad humana se enfrenta a “limitaciones”, “situaciones límite”, o “determinantes” inevitables (Cohn, 1997; Heidegger, 1962; Jaspers, 1932; Sartre, 1958). Heidegger y Jaspers ponen particular énfasis en la condición límite de la muerte: el hecho de que nuestro ser es un ser-hacia-la-muerte, finito, no en la cumbre de la actualización, sino al borde del precipicio, sobre el abismo de la aniquilación. Sin embargo, para Heidegger, aquí el punto clave no es que algún día moriremos, sino que, en cierto nivel de consciencia, sabemos que nuestras vidas, rápida e inevitablemente, se precipitan hacia la muerte. Por lo tanto, no podemos evitar la angustia frente a las limitadas posibilidades que tenemos disponibles y experimentar culpa y remordimiento por las posibilidades y potenciales que no actualizamos –y quizás nunca podamos llegar a actualizar.

Para Heidegger (1962), otro determinante de la existencia es el “arrojamiento”:⁹ el hecho de que nacemos en un contexto social, histórico y económico particular que no construimos ni elegimos nosotros. Por lo tanto, los filósofos existenciales sostienen que no podemos determinar nuestros comienzos, no podemos determinar nuestros finales y a lo largo de nuestras vidas somos sacudidos y bamboleados por una “enorme marea de accidente” (Jaspers, 1932).

Desde un punto de vista existencial, entonces, es posible que los individuos que experimentan intensos y duraderos sentimientos de angustia, remordimiento o indefensión no necesariamente estén sufriendo alguna forma de patología. Más bien, pueden estar muy en contacto con las realidades de su propia vida –o de la vida humana (Laing, 1965; Spinelli, 1994). Aquí, nuevamente hay algo de diferencia con los campos centrados en la persona y experiencial, que retienen elementos de una cosmovisión más médica al tender a asociar experiencias tales como angustia o autoalienación con una desadaptación psicológica y una falta de congruencia entre el autoconcepto y el campo experiencial (Rogers, 1959). El pensamiento existencial, entonces, cuestiona muchas de nuestros supuestos acerca de lo que es “disfuncional”, “deteriorado”, “anormal” o “desadaptado”.

9 *arrojamiento*. Traducción de *thrownness*, empleado por Cooper, siguiendo a Heidegger. *Thrownness* es un concepto que describe las interacciones del sujeto con su entorno en la vida cotidiana, que causan que el individuo actúe por instinto, con reacciones inmediatas frente al lenguaje y acciones de las otras personas, “fluya con la situación” y sus interpretaciones inmediatas. Una vez que se acepta que no actuar también es una acción, Heidegger observa que uno es “arrojado hacia las situaciones sin ser capaz de reflexionar antes sobre ellas, por cuanto reflexionar sobre ellas (no actuar) es también algo que puede ser interpretado como una acción. Por lo tanto, uno debe confiar en las interpretaciones instintivas y seguir la corriente. (Nota de la traductora y del revisor técnico)

¿Podría ser, por ejemplo, que los individuos que experimentan “procesos difíciles” (Warner, 2001) estén realmente más conscientes de las incertidumbres, contingencias y fragilidades de la existencia humana que aquellos que están funcionando “óptimamente”?

Intersubjetividad

Yalom (1980) sugiere que otro determinante de la existencia humana es que estamos inexorablemente solos. Los filósofos existenciales, sin embargo, tienden a depositar un mayor énfasis en el hecho de que estamos inextricablemente entrelazados con otros (por ejemplo, Buber, 1958; Heidegger, 1962; Marcel, 1949; Merleau-Ponty, 1962).

Buber (1958), por ejemplo, sostiene que el “Yo” nunca existe aislado, sino que está siempre relacionado con un Otro, y que esta relación puede tomar una de dos formas: una forma “Yo-Ello” y una forma “Yo-Tú”. En la actitud Yo-Ello, el Otro es experimentado como un objeto: una entidad que puede ser categorizada, analizada y descompuesta en esencias. De manera diferente, en la actitud Yo-Tú el Otro se contempla, acepta y confirma como una totalidad única. Para Buber, tal actitud Yo-Tú requiere un encuentro con el Otro tal como ambos son en el presente –con la verdadera otredad del Otro– más que un encuentro autorreflexivo con las propias expectativas y/o necesidades. Para Buber, dicho encuentro Yo-Tú también requiere que el Yo asuma el riesgo de sumergirse a sí mismo plenamente en la relación, de permitirse ser afectado y cambiado de manera impredecible.

Claramente aquí hay paralelos entre la noción de Buber (1958) de la actitud Yo-Tú y la concepción de Rogers (1957) de la relación terapéutica ideal; y, a pesar de los esfuerzos de algunos comentaristas (por ejemplo, Friedman, 1985) por enfatizar las diferencias entre ambas, gran parte de esto parecería ser relativamente falso (ver Anderson & Cissna, 1997; Schmid, 2001). Con respecto a la teoría y práctica de las terapias centrada en la persona y experiencial, sin embargo, es útil resaltar dos áreas de diferencia. Primero, para Buber, la relación Yo-Tú requiere que el Yo conserve su propia otredad frente al Tú, porque sin diferencia ningún diálogo o encuentro verdadero podría tener lugar. Tal posición, entonces, da sustento a una concepción más dialógica de la terapia centrada en la persona (ver, por ejemplo, Schmid, 2002) que una en la cual el terapeuta es un espejo reflejante o una presencia “neutral” para el consultante. Segundo, Buber (1988) no comprende la consideración positiva como “una necesidad secundaria o aprendida, desarrollada por lo general en la primera infancia” (Rogers, 1959, p. 208) –tal como Rogers y su grupo la construyen en algunas de sus más dudosas

especulaciones teóricas (ver Standal, 1954, p. 29)¹⁰—sino como el anhelo humano más básico. Escribe Buber:

La persona humana precisa confirmación, porque el hombre [*sic*], como hombre, la necesita (...) Enviado del reino genérico de la naturaleza al riesgo de la categoría de la soledad, envuelto en el aire de un nacido con él, espera secreta y tímidamente un Sí que le permita ser, el cual solo le puede venir de un ser humano a otro. Es de un hombre a otro que se pasa el maná celestial del propio ser (1988, p. 61).

A diferencia de Buber, otros filósofos existenciales adoptaron una visión más escéptica de las posibilidades de las relaciones humanas. Sartre (1958), en particular, tendió a describir las relaciones como inherentemente plagadas de conflictos, insatisfactorias y frustrantes, y es bien conocido por describir el infierno como “otras personas”. Para Sartre, tenemos una tendencia inherente a “cosificar” a los demás y porque sabemos que los otros también nos consideran objetos, las relaciones humanas se convierten en una lucha por “cosificar o ser cosificado”. Dicha batalla, según Sartre, asume proporciones aún más ominosas en las relaciones “amorosas”, en las que luchamos por poseer el amor de otro, aun cuando queremos que el amor se ofrezca de manera libre. Aquí, entonces, hay una fuerte diferencia con la visión más optimista de Rogers (1961) de las posibilidades y potencialidades de las relaciones humanas.

Algunos de los esfuerzos más interesantes de desarrollar el trabajo de Sartre sobre las relaciones interpersonales han sido desarrollados por Laing (1965; 1969; Laing, Phillipson & Lee, 1966). Al analizar la etiología de la esquizofrenia, por ejemplo, Laing sostenía que un factor clave era la experiencia del individuo de ser despersonalizado y “petrificado” (es decir, convertido en un objeto) por aquellos que lo rodeaban y de la negación de sus experiencias. De hecho, para Laing, la negación de que esté ocurriendo cualquier negación es lo que con frecuencia conduce con más fuerza a un individuo hacia su propio mundo interior de fantasía. Desde una perspectiva centrada en la persona y experiencial, sin embargo, quizás el aspecto más valioso del trabajo de Laing es su exploración de las percepciones interpersonales y las “metapercepciones” (Laing, Phillipson & Lee, 1966): el reino de la “fenomenología social”. Las metapercepciones son las percepciones de un individuo acerca de la manera en que otro lo percibe, y Laing

10 A partir de supuestos conductistas —y altamente mecanicistas—, Standal (1954) sostiene que el niño desarrolla una necesidad de consideración positiva porque él o ella llega a asociar las diferencias percibidas en el campo experiencial de otra persona —identificadas a través de conductas afiliativas como sonreír, arrullar y acariciar— con la satisfacción de necesidades más “primarias”, como la necesidad de alimento, calor, líquido y alivio del dolor. (Nota del autor)

sostiene que una disyunción entre las metapercepciones de un individuo y las percepciones reales que otros tienen de él o ella, podrían conducir a una alteración significativa en el bienestar interpersonal –e intrapersonal. Si, por ejemplo, yo te percibo como confiado y seguro de ti mismo pero tú piensas que te percibo como relativamente vulnerable, entonces podrías percibir mis intentos de “bajarte de tu pedestal” como un asalto deliberado contra tus mayores vulnerabilidades. Si entonces respondes con rabia y agresión, yo podría interpretarlo como tu confianza que se expresa en forma de arrogancia, con el resultado de que yo podría intentar rebajarte más, frente a lo que tú tenderías a defenderte más, *ad infinitum*. Entonces, mientras que los enfoques experienciales de terapia han contribuido mucho a ayudarnos a comprender la naturaleza de las experiencias humanas, la fenomenología interpersonal de Laing promete llevar esto un paso más allá: hacia la comprensión de la relación compleja, interpenetrante, entre las experiencias de una persona y las de la otra.

Para filósofos existenciales como Heidegger (1962), sin embargo, nuestro entrelazamiento con otros trasciende el nivel puramente diádico, hacia las esferas social y cultural. Dicha intersubjetividad radical tiene sus raíces en la comprensión de Heidegger del ser humano fundamentalmente como usuario de herramientas y prácticamente comprometido en su mundo. Para Heidegger, nuestro ser no es primera y principalmente una experienciación privada, interna, sino un *hacer en-el-mundo*, en la cual las herramientas que usamos son una parte integral de nuestra existencia. En el nivel de la experienciación inmediata, por ejemplo, el teclado en el que estoy escribiendo no es algo separado y distinto de mí, sino una parte integral de “mi escribir estas palabras aquí”. Solo cuando aprieto la tecla incorrecta o me enfoco específicamente en el teclado, este se convierte en algo distinto de mi “Yo” personal. Entonces, dado que este teclado fue construido por personas distintas a mí, mi existencia en este momento está inextricablemente infundida con la existencia de otros individuos. Lo que es más importante, sin embargo, es que mi propio pensamiento sobre estas ideas –de hecho, mi pensamiento en general– está basado en la herramienta socialmente construida del lenguaje. En cada momento de mi ser, entonces, el mundo sociocultural que habito también me habita a mí; soy inseparable de mi entorno social.

Dicha posición radicalmente intersubjetiva desafía la idea de que los individuos puedan alguna vez ser del todo “ellos mismos”: autónomos, independientes y con un locus de control completamente internalizado. De hecho, siguiendo a Holdstock (1993), se plantea la posibilidad de que la noción de un “yo-mismo” discontinuo e individual –un concepto que se encuentra en el corazón de gran parte del pensamiento y la práctica centrados en la persona– es realmente el producto de un discurso occidental particular. Más ampliamente, sin embargo, el pensamiento heideggeriano –y el movimiento construccionista

social que emergió de él (por ejemplo, Gergen, 1999)– desafía a los terapeutas centrados en la persona y experienciales a reconocer que *todos* nuestros supuestos y creencias son, en última instancia, parte de una cosmovisión particular –el “discurso de las terapias centrada en la persona y experiencial”– y no verdades materializadas acerca de cómo las cosas “realmente” son. Esta comprensión, entonces, invita a los terapeutas centrados en la persona y experienciales a reflexionar sobre nuestros supuestos y sesgos. Dentro de las terapias experienciales, por ejemplo, existe cierta tendencia a asumir que es provechoso para las personas acceder a y simbolizar sus “emociones”, “sentimientos” o “sensaciones sentidas” (Gendlin, 1996; Greenberg, Watson & Goldman, 1996). En un nivel más fundamental, existe el supuesto de que hay “cosas” tales como emociones o sensaciones-sentidas a las cuales acceder y simbolizar. La posición radicalmente intersubjetiva descrita más arriba no necesariamente cuestiona el tremendo potencial terapéutico de dichos supuestos, pero nos estimula a estar atentos al hecho de que dichas supuestos son exactamente eso y no verdades fijas e inalterables sobre la condición humana.¹¹ El valor de dicha consciencia es que podemos entonces ser más cuidadosos respecto a imponer estos supuestos a los consultantes que pueden tener cosmovisiones muy diferentes. Nos permite, por ejemplo, ser más aceptantes y menos directivos con un consultante que dice que no siente que “entrar en contacto” con sus emociones esté bien para él; o quien, de hecho, siente que no es provechoso pensar sobre sí mismo en estos términos.

Significado, insignificancia y autenticidad

Junto con estas características de la existencia humana, los filósofos existenciales –en especial, Heidegger (1962)– también sostienen que los seres humanos están fundamentalmente orientados hacia el futuro. Es decir, nuestra manera de ser no está causada o determinada por eventos en nuestro pasado, sino dirigida hacia objetivos y posibilidades de nuestro futuro. Al comprender cómo un consultante experiencia su mundo, entonces, los terapeutas existenciales pueden estar tan interesados en ayudar a los consultantes a explorar sus posibilidades y significados futuros como a explorar sus pasados (cf. Bohart, 2001). De hecho, la logoterapia de Frankl se interesa específicamente en ayudar a los consultantes a descubrir el significado de sus vidas y de las situaciones particulares con las que se

11 Esta, entonces, es una lectura muy diferente de la relación entre el existencialismo y la psicoterapia de la de Gendlin (1970), que hace equivalente el concepto existencialista de existencia con la “sensación visceral” o “la experiencia corporalmente sentida” y por lo tanto adopta una lectura más moderna de las ideas existenciales. (Nota del autor)

encuentran. A diferencia de Frankl, sin embargo, muchos filósofos (por ejemplo, Camus, 1955; Sartre, 1958) y terapeutas (por ejemplo, Yalom, 1980) existenciales sostienen que no existen significados determinados, externos o últimos en nuestras vidas que deberán ser descubiertos; solo significados personales que podemos crear para nosotros mismos. Porque, si somos libres, entonces también debemos ser responsables por los significados vitales que construimos; y si somos seres-hacia-la-muerte, entonces todos nuestros proyectos y significados deben ser transitorios y efímeros; y si estamos inextricablemente inmersos dentro de un nexo sociocultural, entonces todos los significados que hemos adscrito a nuestras vidas son en última instancia solo construcciones sociales, sin significado o valor extrínseco o final.

Para Heidegger (1962), esta última comprensión –“de que somos totalmente interpretaciones” (Dreyfus, 1997, p. 25)– trae aparejados sentimientos de angustia, pánico e inestabilidad. Es como si repentinamente nos diéramos cuenta de que todo nuestro mundo no es sino un escenario y que simplemente estamos actuando un papel: absortos en un mundo de constructos y roles vacíos que solo dan la ilusión de alguna acción última motivadora de significado (Dreyfus, 1997). Heidegger describe como “auténtico” nuestro ser-en-el-mundo en esos momentos de comprensión: porque aunque no nos hemos salido del nexa sociocultural de significados, lo hemos comprendido por lo que es. Aquí, es interesante observar que el concepto de Heidegger de “autenticidad” es bastante más específico que el concepto de Rogers (1957) de “congruencia” o “autenticidad”. No se trata solo de ser leales a nuestra propia existencia, sino de ser leales a los sentimientos de angustia y pánico que surgen de un reconocimiento de la insensatez e insignificancia propias fundamentales. Más aún, desde una perspectiva heideggeriana, los seres humanos no se inician como un todo congruente; esto solo ocurre más tarde para encajar dentro del mundo social. En cambio, en nuestro arrojamiento estamos intrínseca e inherentemente perdidos dentro del mundo social y solo luego podemos obtener cierta consciencia auténtica de ello.

Discusión

En este trabajo propuse que las terapias centradas en la persona y experienciales, como todas las prácticas terapéuticas, están permeadas por ciertos supuestos y sesgos. En particular, sostuve que existe una tendencia dentro del enfoque centrado en la persona –y, en cierta medida, los experienciales– a adoptar una perspectiva relativamente optimista de la condición humana: una creencia de que los seres humanos pueden actualizar su potencial y crecer hacia una “buena vida” plenamente funcional. Aunque es un sesgo, no deja de ser terapéutico, y

existe abundante evidencia como para sugerir que el optimismo y la esperanza del terapeuta con respecto a su consultante son elementos claves para el éxito de la terapia (Snyder, Michael & Cheavens, 1999). Sin embargo, desde un punto de vista fenomenológico centrado en la persona, este sesgo también puede conducir a dificultades en el trabajo terapéutico.

Primero, puede significar que los terapeutas son menos capaces de aceptar y empatizar plenamente con ciertos aspectos de las experiencias de su consultante: en particular, sentimientos como desesperanza, desesperación, confusión, vacío, insignificancia, frustración interpersonal y pánico. No estamos sugiriendo que los terapeutas centrados en la persona o experienciales menosprecien o sean críticos hacia estos sentimientos, pero puede haber una tendencia a considerarlos maneras de ser menos que óptimas, relacionadas con patologías que es necesario “trabajar”.

Segundo, puede significar que los terapeutas tienen supuestos implícitos sobre la dirección en la cual deberían moverse los consultantes.

Tercero, y esto es algo que he observado particularmente en casos de consultores en entrenamiento, puede significar que los terapeutas se frustran, comienzan a estar ansiosos o perturbados cuando sus consultantes parecen no estar mejorando y moviéndose en la dirección “correcta”.

En este trabajo también sugerí que el discurso de la terapia centrada en la persona puede tender a desvalorizar las necesidades afiliativas de los consultantes –en particular la necesidad de confirmación por parte de otros– de modo tal que estas experiencias pudieran recibir menos confirmación por los terapeutas centrados en la persona.

El pensamiento existencial, entonces, podría ser una fuente ideal de equilibrio para algunos de los sesgos que pueden emerger dentro de los enfoques centrado en la persona y experienciales, que conduzca a una manera de trabajar más aceptante, empática, fenomenológica y no-directiva; y también a una más acorde a la cosmovisión contemporánea posmoderna (por ejemplo, Lyotard, 1984). Primero, provee un marco filosófico en el cual un terapeuta puede *realmente* aceptar y validar los sentimientos más perturbadores de un consultante –así como su necesidad de confirmación interpersonal– percibiéndolos como maneras inteligibles, significativas y completamente válidas de experienciación del mundo, no menos maduras o saludables que los sentimientos de optimismo, autonomía o creatividad. Dicho de otra manera, puede ayudar a los terapeutas a aceptar plenamente a sus consultantes tal como son *ahora*, más que como podrían ser una vez que hayan “trabajado” sus dificultades. Segundo, puede ayudar a los terapeutas centrados en la persona y experienciales a alejarse de una posición de saber hacia qué dirección –aunque sea en el nivel más general– los consultantes necesitan moverse, hacia una genuina postura de “no-saber”

(Spinelli, 1997), en la cual exista un profundo respeto y empatía con respecto a las luchas e incertidumbres del consultante frente a los dilemas de la existencia. De esta manera, entonces, el terapeuta *auténticamente* no sabe si es mejor para el consultante confiar en su propia intuición o escuchar la opinión de otros, cambiar o permanecer como está; y mientras el terapeuta puede tener sus propias ideas sobre la dirección en que debería moverse un consultante, las reconoce como parte de un discurso sociocultural particular, más que como una verdad “objetiva” y materializada. Más aún, al ser enfrentado con la más incontestable de las preguntas –“¿cuál es el significado de todo esto?”– el pensamiento existencial les recuerda a los profesionales centrados en la persona y experienciales los límites de su propio conocimiento y de sus técnicas y el hecho de que somos todos novatos frente a los misterios de la vida. Finalmente, la fenomenología interpersonal de Laing (Laing, Phillipson & Lee, 1966) puede ayudar a los terapeutas centrados en la persona y experienciales a avanzar de una perspectiva patologizante, que construye las dificultades psicológicas en términos de choques de práctica interpersonal, más que como patologías de funcionamiento causadas interna –o externamente.

Sin duda, entonces, el pensamiento existencial desafía ciertos aspectos de la terapia centrada en la persona y experiencial –particularmente el extremo más optimista, individualista y medicalizado del espectro. En este trabajo, sin embargo, espero haber mostrado que los terapeutas centrados en la persona y experienciales pueden ganar mucho al continuar comprometiéndose con las ideas existenciales (como, sin duda, lo inverso también es verdadero). Más específicamente, creo que las ideas existenciales pueden desempeñar un papel significativo en el desarrollo de una manera radicalmente aceptante, radicalmente despatologizante y radicalmente humanista de terapia centrada en la persona, en la cual los consultantes sean aceptados y confirmados genuinamente por quienes son, *tal como son ahora*, con todas las luchas, dificultades y dilemas que confrontan. En última instancia, entonces, el pensamiento existencial no socava el proyecto centrado en la persona, sino que tiene la potencialidad de profundizarlo y de llevarlo más adelante. Quizás esto se deba a que, a pesar de las divergencias en opiniones filosóficas y psicológicas, ambos enfoques están fundamentalmente comprometidos a comprender a los seres humanos del modo más digno, respetuoso y validante posible.

Referencias

- Anderson, R. & Cissna, K. N. (1997). *The Martin Buber - Carl Rogers dialogue: A new transcript with commentary*. Albany, Nueva York: State University of New York Press.
- Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger*. Londres: Condor.
- Bohart, A. C. (1993/2001). Emphasising the future in empathy responses. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice Vol. 2: Empathy* (pp. 99-111). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Boss, M. (1963). *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*. Nueva York: Basic Books.
- Buber, M. (1923/1958). *I and Thou*. (2nd ed.). Edinburg: T & T Clark.
- Buber, M. (1965/1988). *The knowledge of man: Selected essays*. Atlantic Highlands, Nueva Jersey: Humanities Press International.
- Bugental, J. F. T. (1981). *The search for authenticity: An existential-analytic approach to psychotherapy*. Nueva York: Irvington.
- Camus, A. (1942/1955). *The myth of Sisyphus*. Londres: Penguin.
- Cohn, H. W. (1997). *Existential thought and therapeutic practice: An introduction to existential psychotherapy*. Londres: Sage.
- Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. Londres: Sage.
- Dreyfus, H. L. (1997). *Being-in-the-world: A commentary on Heidegger's being and time, Division 1*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Farber, L. H. (2000). *The ways of the will: Selected essays*. Nueva York: Basic Books.
- Finke, J. (2002). Aspects of the actualizing tendency from a humanistic psychology perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1(1&2), 28-40.
- Frankl, V. E. (1988). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Londres: Meridian.
- Friedman, M. (1985). *The healing dialogue in psychotherapy*. Nueva York: Aronson.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Nueva York: Guilford.

- Gendlin, E. T. (1970). Existentialism and experiential psychotherapy. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 70-93). Boston: Houghton Mifflin.
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. Londres: Sage.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C. & Goldman, R. (1996). Change processes in experiential therapy. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-Centered and Experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 35-45). Frankfurt am Main, Alemania: Lang.
- Hegel, G. W. F. (1807/1949). *The phenomenology of mind*. (2nd ed.). Londres: Allen and Unwin.
- Heidegger, M. (1926/1962). *Being and time*. Oxford: Blackwell.
- Holdstock, L. (1993). Can we afford not to revision the person-centered concept of self? In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers: Towards a psychotherapy of the 21st century* (pp. 229-252). Londres: Constable. Traducción española: (1997). ¿Podemos permitirnos el lujo de no revisar el concepto del self centrado-en-la-persona? En D. Brazier (Ed.), *Más allá de Carl Rogers* (pp. 195-213). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Husserl, E. (1931/1960). *Cartesian meditations: An introduction to phenomenology*. La Haya, Países Bajos: Nijhoff.
- Jaspers, K. (1932). *Philosophy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jaspers, K. (1959/1963). *General psychopathology*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Kierkegaard, S. (1844/1980). *The concept of anxiety: A simple psychologically orienting deliberation on the dogmatic issue of hereditary sin*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Kierkegaard, S. (1846/1992). *Concluding unscientific postscript to philosophical fragments*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Kirschenbaum, H. & Henderson, V. (Eds) (1990). *The Carl Rogers dialogues*. Londres: Constable.
- Laing, R. D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Harmondsworth, Reino Unido: Penguin.
- Laing, R. D. (1969). *Self and others* (2nd ed.) Londres: Penguin.
- Laing, R. D. (1976). *The facts of life: An essay in feelings, facts and fantasy*. Londres: Penguin.

- Laing, R. D., Phillipson, H. & Lee, A. R. (1966). *Interpersonal perception: A theory and a method of research*. Londres: Tavistock.
- Lyotard, J.-F. (1984). *The postmodern condition: A report on knowledge*. Manchester: Manchester University Press.
- Marcel, G. (1949). *The philosophy of existence*. Freeport, Nueva York: Books for Libraries Press.
- May, R. (1969). *Love and will*. Nueva York: Norton.
- May, R., Angel, E. & Ellenberger, H. F. (Eds.). (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. Nueva York: Basic Books.
- May, R. & Rogers, C. R. (1990). Rollo May. In H. Kirschenbaum and V. Henderson (Eds.), *The Carl Rogers dialogues* (pp. 229-255). Londres: Constable
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. Londres: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1962). *The phenomenology of perception*. Londres: Routledge.
- Nietzsche, F. (1883/1967). *Thus spake Zarathustra*. Londres: George Allen and Unwin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21(2), 95-103. Traducción española: (1978). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En J. Lafarga & J. Gómez del Campo (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista, Vol. 1*. México: Trillas.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*, Vol. 3: Formulations of the person and the social context (pp. 184-256). Nueva York: McGraw-Hill. Traducción española: (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of therapy*. Londres: Constable. Traducción española: (1972). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1961). Two divergent trends. In R. May (Ed.), *Existential psychology*. Nueva York: Random House. Traducción española: (1963). Dos tendencias divergentes. En R. May (Ed.), *Psicología existencial* (pp. 99-108). Buenos Aires: Paidós.

- Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power*. Londres: Constable.
Traducción española: (1980). *El poder de la persona*. México: Manual Moderno.
- Rogers, C. R. and Freiberg, H. J. (1994). *Freedom to learn* (3rd ed.). Nueva York: Macmillan College. Traducción española: (1996). *Libertad y creatividad en la educación* (3^a ed.). Barcelona: Paidós.
- Sartre, J.-P. (1943/1958). *Being and nothingness: An essay on phenomenological ontology*. Londres: Routledge.
- Sartre, J.-P. (1960/1976). *The critique of dialectical reason*. Londres: New Left Books.
- Schmid, P. F. (2001). Comprehension: The art of not knowing. Dialogical and ethical perspectives in personal and person-centred relationships. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice* Vol. 2: Empathy (pp. 53-71). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2002). Knowledge of acknowledgement? Psychotherapy as 'the art of not-knowing' - prospects on further developments of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1(1&2), 56-70.
- Schneider, K. J. (2003). Existential-humanistic psychotherapies. In A. S. Gurman and S. B. Messer (Eds), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (2nd ed.). Nueva York: Guilford.
- Snyder, C. R., Michael, S. T. & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a foundation of common factors, placebos, and expectancies. In M. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 179–200). Washington, District of Columbia: American Psychological Association.
- Spinelli, E. (1994). *Demystifying therapy*. Londres: Constable.
- Spinelli, E. (1997). *Tales of un-knowing: Therapeutic encounters from an existential perspective*. Londres: Duckworth.
- Standal, S. W. (1954). *The need for positive regard: A contribution to client-centered theory*. Disertación doctoral, Chicago, University of Chicago.
- Swildens, H. (2002). Where did we come from and where are we going? The development of person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1(1&2), 118-31.
- van Deurzen, E. (1998). *Paradox and passion in psychotherapy: An existential approach to therapy and counselling*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- van Deurzen, E. (2002). *Existential counselling and psychotherapy in practice* (2nd ed.) Londres: Sage.

- Van Kalmthout, M. (2002). The future of person-centered therapy: Crisis and possibility. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1(1&2), 132-143.
- Warner, M. S. (2001). Empathy, relational depth and difficult client process. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice* Vol. 2: Empathy (pp. 181-191). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Worsley, R. (2001). *Process work in person-centred therapy: Phenomenological and existential perspectives*. Basingstoke, Reino Unido: Palgrave.
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. Nueva York: Basic Books. Traducción española: (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Yalom, I. (2001). *The gift of therapy: Reflections on being a therapist*. Londres: Piatkus.

VOLVER AL CONSULTANTE: UN ENFOQUE FENOMENOLÓGICO DEL PROCESO DE COMPRENSIÓN Y DIAGNÓSTICO^{1 2}

Peter F. Schmid

No le preguntes al médico, pregúntale al paciente.
Proverbio judío

El enfoque de Carl Rogers de la salud mental era humanista, no médico. Al asumir el punto de vista de las ciencias sociales y no de las ciencias naturales, su postura holística sobre los seres humanos abarcaba no solo la naturaleza biológica e individual, sino también la naturaleza relacional y social de la persona. Desde el comienzo mismo, la psicología de Rogers fue una psicología social (Schmid, 1994; 1996). Al procurar comprender al ser humano desde su propio marco de referencia, Rogers llegó a considerar a cada individuo como un ser único. Por lo tanto, en oposición a un enfoque observacional y analítico, abrazó la tradición de la fenomenología, el existencialismo, la hermenéutica y el constructivismo (Zurhorst, 1993).

1 Fuente: Schmid, P. F. (2004). Back to the client: A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3(1), 36-51.

2 Versión revisada de la conferencia magistral presentada el 9 de julio de 2003 en la 6th Person-Centered and Experiential Conference, Egmond aan Zee, Países Bajos, En la preparación de este trabajo las discusiones con colegas de la Person-Centered Association in Austria (PCA), en particular con Christian Fehringer y Hermann Spielhofer, fueron muy provechosas. *Dedico este trabajo a mi profesor centrado en la persona, Doug Land, quien murió el 4 de julio de 2003.* (Nota del autor)

Antropología personal: autenticidad y alienación

La noción sustancial-relacional³ de la persona como una crítica social

Sin embargo, la teoría de la personalidad de Rogers no es solo una teoría psicológico social; es implícitamente una crítica social, una teoría crítica de la socialización. Central para su comprensión de la persona es el proceso de autenticidad, la constante necesidad de alcanzar la congruencia entre el “organismo experienciante” y el autoconcepto. Durante mucho tiempo esto fue mal entendido como un planteamiento individualista, como si se refiriese solo a los individuos aislados. Por el contrario, Rogers (1965, p. 20) afirmó claramente que la naturaleza misma del ser humano es “incurablemente social”. Desde un punto de vista personal, dialógico, no solo estamos *en* relaciones; como personas *somos* relaciones. Por lo tanto, la persona humana debe ser comprendida simultáneamente desde una perspectiva individual o sustancial (que se refiere a la autonomía y la soberanía) y desde una perspectiva relacional (que resalta la interconectividad y la solidaridad) (Schmid, 2001, 2002a, 2003). La autodeterminación y la interrelación se refieren esencialmente a una única naturaleza humana; solo las consideramos y experienciamos como dimensiones diferentes. Contemplar al ser humano como un ser sustancial-relacional es lo que quiere decir considerarlo como una persona. Por lo tanto, toda consideración centrada en la *persona* sobre lo que quiere decir “saludable” o “plenamente funcional”⁴ debe incluir una teoría de la crítica social.

“Salud psicológica”: una teoría de la autenticidad en lugar de un concepto de “salud”

Autenticidad como el proceso de equilibrar la individualidad y la interrelación

En verdad, ser una persona puede llamarse vivir el proceso de la autenticidad y desarrollar el propio potencial de una manera constructiva. Vivir auténticamente

3 *sustancial-relacional*. Traducción de *substantial-relational*, empleado en inglés por Schmid. (Nota del revisor técnico)

4 *plenamente funcional*. Traducción de *fully-functioning*, empleado en inglés por Schmid, siguiendo a Rogers. (Nota del revisor técnico)

significa ser capaz de mantener el equilibrio o, mejor dicho, alcanzar constantemente la síntesis entre la tarea sustancial y la relacional de vivir. Un hombre o una mujer son auténticos si mantienen este balance en el proceso de realizar sus propios valores y necesidades, su individualidad y unicidad, *al mismo tiempo* que viven junto con sus otros y con el mundo, manejando las necesidades y desafíos de estas relaciones en interdependencia y solidaridad. Quien es plenamente él mismo es plenamente social y viceversa. La autorrealización y la solidaridad coinciden. Así es como Rogers consideraba lo que él llamaba la “persona plenamente funcional”. No fue por coincidencia que Rogers se refirió a la noción bíblica de “ágape”, que abarca ambas dimensiones: “Amarás a tu prójimo como a ti mismo” (Lev. 19:18; Mt. 22:39).

Desde un punto de vista superficial, a una persona que vive este proceso de autenticidad se la llama “saludable” (término etimológicamente conectado con “pleno”), “sana”, o incluso “normal” o “en orden”—de donde deriva el término “desorden”.⁵ Esto se alinea con el significado de “debilidad”⁶ o “enfermedad”.⁷ Pero la autenticidad no tiene nada que ver con sentirse firme o a gusto. Estos términos comunes no solo son confusos, sino que son completamente erróneos, porque una persona muy enferma puede muy bien vivir de la manera más auténtica. Esto incluye dolor, miedo, dolor, esfuerzo, pesar, agonía, transitoriedad y períodos de inautenticidad en los que hay un nuevo esfuerzo por alcanzar el equilibrio. También quiere decir que cada persona es diferente en su manera de ser auténtica.

Rogers siempre pensó en la persona plenamente funcional en términos del *proceso* de llegar a ser, nunca como un estado o un producto final. El significado relevante de la autenticidad es devenir cada vez más auténtico, es decir, devenir el autor de la propia vida (Schmid, 2001).

En resumen: la imagen del ser humano en la antropología centrada en la persona difiere cualitativamente de la imagen respectiva en las ciencias naturales. Es ciencia humana, no ciencia natural. Por lo tanto, el pensamiento centrado en la persona parte de una teoría procesal de la autenticidad, no de una teoría del fracaso o de los desórdenes. La persona es comprendida como un proceso existencial, un proceso de esfuerzo por alcanzar la autenticidad en cada momento de su existencia, un proceso conjunto de autodesarrollo y desarrollo de relaciones. Por lo tanto, centrado en la persona es, en sí mismo, centrado en el proceso (lo que es claramente distinto de directivo del proceso). En la perspectiva de

5 *desorden*. Traducción de *dis-order*, empleado en inglés por Schmid. (Nota del revisor técnico)

6 *debilidad*. Traducción de *in-firmity*, empleado en inglés por Schmid, que en español podría expresar ausencia de firmeza. (Nota de la traductora y del revisor técnico)

7 *enfermedad*. Traducción de *dis-ease*, empleado en inglés por Schmid, que en español podría expresar ausencia de placer o comodidad. (Nota de la traductora y del revisor técnico)

una antropología genuinamente personal no tiene sentido separar el proceso de la persona, y es imposible separar los contenidos del proceso. En un sentido muy significativo, el proceso son los contenidos, es el significado. (Por lo tanto, también parece artificial hacer una distinción entre expertos en relaciones, en contenidos y en procesos.)

Alienación: la persona sufriente⁸ en lugar de un concepto de “desórdenes”

Los problemas con el continuo proceso de llegar a ser auténtico pueden ser causados por el desarrollo de un autoconcepto inauténtico, o por la falta del desarrollo de algunas partes de las capacidades orgánicas de experienciación (Speilhofer, 2003). En ambos casos, las relaciones inauténticas o faltantes juegan un rol crucial, porque una persona deviene, y es, las relaciones que tiene, como acabamos de señalar. Una persona deviene inauténtica si está alienada de sí misma y de los Otros; es decir, del organismo experienciante y de las relaciones genuinas necesarias. Por lo general, el resultado es el sufrimiento psicológico. Dicho proceso debe comprenderse como una autocontradicción fundamental (“*Selbstwiderprochenheit*”; Zurhost, 1993) entre las capacidades y el proceso natural de experienciación, por un lado, y una estructura del yo-mismo rígida y desgarrada, y las resultantes relaciones inflexibles, por el otro.

Inauténticidad e inadaptación

En consecuencia, para una teoría crítica de la socialización, el diagnóstico y la reparación de una desviación de una norma no es un patrón apropiado. Al intentar comprender cuán alienada de sí misma está una persona, la norma cultural prevalente y predominante no puede ser una constante, si bien debe ser tomada en cuenta. Esta noción de “inauténticidad” difiere cualitativamente del significado común de enfermedad o desorden. Lo que desde un marco de referencia interno se experimenta como “sufrimiento psicológico”, desde un punto de vista externo es visto como alienación o inadaptación. Si se le llama “desorden”, es necesario tener en cuenta *permanentemente* que el “orden” que se ha alterado siempre es también una norma cultural.

8 *persona sufriente*. Traducción de *suffering person*, empleado en inglés por Schmid. (Nota del revisor técnico)

La “desviación” puede parecer estar más en el aspecto sustancial, puesto que hay problemas con la individualidad de una persona y el estar atrapado en los roles sociales, por ejemplo, lo que se llama “melancolía”; o puede parecer que las dificultades son más relacionales, cuando una persona se niega a comprometerse en sus tareas sociales, por ejemplo, con la esquizofrenia (Zurhost, 1993). No importa si es un déficit de la autenticidad sustancial en el sentido de “no ser quien eres”, o un déficit de autenticidad relacional en el sentido de inadaptación, en cualquier caso la *persona* está sufriendo. La “persona inadaptada” (Rogers, 1959) —una expresión que se contrapone a “persona plenamente funcional”—, que no consigue alcanzar el equilibrio auténtico, siempre sufre en ambos aspectos. Le falta autoconfianza debido a una incongruencia entre el yo-mismo y la experiencia (déficit de autonomía); y le falta confianza en el mundo y las otras personas, debido a una incongruencia entre los otros tal como los percibe su yo-mismo y los otros como siendo realmente Otros (déficit relacional). De manera que sufrir debido a una alienación es una señal de una deficiencia o una pérdida de autenticidad. Un síntoma psicológico es, por lo tanto, un pedido de ayuda (Schmid, 1992).

El síntoma como un pedido específico de ayuda para superar la inautenticidad

La palabra griega “síntoma” significa originalmente “coincidencia, peculiaridad temporal”; solo más tarde adquirió el significado de “signo, advertencia, marca distintiva”; y finalmente adoptó el sentido médico de “signo característico de una enfermedad específica”. Un síntoma es un fenómeno, algo que la persona muestra. Como cualquiera que esté familiarizado con el campo psiquiátrico sabe, los síntomas suelen parecer accidentales: pueden ser sujetos de la moda; por ejemplo, piensen en la comorbilidad y la intercorrelación de síntomas. Un mismo consultante muchas veces recibe una gran variedad de diagnósticos; incluso, con frecuencia, contradictorios entre sí.

A la luz de una filosofía de la persona, un síntoma siempre es un pedido específico, que proviene del intento de ser visto y de recibir ayuda. Es una expresión del estar severamente fuera de equilibrio en el proceso de esfuerzo por la autenticidad y el pedido de apoyo: un intento de abordar una situación haciendo notar a sí mismo y a los demás el problema de equilibrio. En el pedido específico subyace la clave de la comprensión de la persona sufriente. Muchas veces puede ser un acomodo entre el problema y el pedido de ayuda, pero en los niveles psicológico, mental y físico es, en cualquier caso, una expresión *única* de esta persona particular en esta situación particular: una expresión del deseo de ser

comprendida y de comprenderse a sí misma. Es un llamado a otros, para superar el círculo vicioso y renovar el proceso de personalización auténtica. Por lo tanto, siempre crea una situación única de relación. En él se encontrará la clave para la terapia.

Los síntomas son tan variados como las personas y las situaciones. Muchos autores que consideran necesarios los tratamientos diferenciales, reprochan al enfoque centrado en la persona (ECP) su adhesión a un mito de uniformidad. ¡Qué grave malentendido! Según la antropología personal, cada persona sufriente no es vista desde una perspectiva uniforme sino que se la ve como completamente única. Y así ocurre con la respuesta terapéutica: no es uniforme sino única (Schmid, 1992).

Para recapitular: las personas inauténticas se alienan de sí mismas y de los otros. Las personas sufrientes se comunican consigo mismas y con los otros mediante síntomas que indican que sus procesos de esfuerzo por alcanzar la autenticidad en un momento determinado de sus existencias han fracasado severamente o se han estancado: que necesitan ayuda en sus procesos de desarrollo de sí mismas y de sus relaciones. Puesto que la persona *es* su proceso existencial, la tarea es comprender el proceso particular; lo que es lo mismo que comprender a esa persona en particular. El desafío no es tanto qué salió mal, sino dónde están las posibilidades de facilitar el proceso de vida; es decir, las capacidades de autosanación.

La terapia: el desarrollo de la personalidad mediante el encuentro

Si es correcto que la razón de la alienación y del sufrimiento es la inautenticidad y, por lo tanto, la relación, entonces también es cierto que la relación es lo que ayuda. Acertadamente, Rogers (1962), denominó “encuentro” al tipo de relación que puede reconciliar a la persona alienada consigo misma y con el mundo.

La terapia centrada en la persona es dicha relación: la facilitación de la personalización (es decir, de llegar a ser persona) como un proceso de llegar a ser independiente y de cocrear relaciones. Por lo tanto, la terapia supera el estancamiento (Pfeiffer, 1993). Desde un punto de vista relacional, la terapia es un encuentro personal; mientras que desde un punto de vista sustancial es el desarrollo de la personalidad (lo que, por cierto, establece una clara diferencia entre la posición centrada en la persona y una perspectiva meramente sistémica, así como de otras terapias ahistóricas). Es decir, la personalización ocurre mediante el encuentro; el desarrollo de la personalidad, mediante el trabajo en profundidad relacional (Mearns, 1996).

Entonces, si bien los síntomas son variados, la respuesta es siempre del mismo tipo: una relación determinada. No obstante la especificidad de los síntomas, la respuesta es un tipo especial de relación. Las mismas condiciones relacionales cruciales para el desarrollo del bebé y del niño son necesarias y suficientes para la psicoterapia. La psicoterapia es un capítulo especial de la psicología del desarrollo.

Por lo tanto, la relación siempre es la misma y siempre es diferente: la misma, porque es la presencia del terapeuta (desplegada como las condiciones nucleares: Schmid, 2002b, 2003; Geller, Schmid & Wyatt, 2003) la que se necesita y constituye la respuesta al pedido expresado por los síntomas. Es única, porque es la relación especial la que se necesita entre las personas involucradas en un momento determinado del proceso, cocreada en el proceso de encuentro.

¿Esto significa “homogeneidad de intervención” (Heinerth, 2002)? Sí y no. Sí: porque la terapia es independiente de los síntomas y las circunstancias, en tanto que siempre se necesita el mismo “tipo” de relación: un encuentro. No: porque es específica, porque dos o más personas únicas están involucradas en momentos únicos de encuentro. Se necesitan respuestas diferenciales en función de los pedidos diferenciales y las distintas perspectivas que los consultantes expresan. Requieren empatía diferencial para el proceso de autoexploración momento-a-momento del consultante y las formas de relación que se ofrecen.

En resumen: específico de la persona⁹ no significa específico del síntoma,¹⁰ ni específico del problema¹¹ (Mearns, 2003), ni específico del desorden,¹² y de ninguna manera orientado hacia este; sino, más bien, es singularmente específico del proceso.¹³ En consecuencia, orientado hacia el desorden u orientado hacia el objetivo no es orientado hacia la persona ni orientado hacia el proceso. Puesto que la relación es lo que facilita el proceso de personalización, se necesitan relaciones diferenciadas: cada relación persona a persona es diferente; de otra manera no sería una relación *personal*. Pero el tipo de relación es siempre el mismo: un encuentro, si bien de muy distintas maneras. El consultante es considerado un autosanador activo, “que aprovecha” al terapeuta como apoyo en este “proceso interpersonal cocreado” (Bohart, 2003). Como parte de la relación, el terapeuta es diferente, si el consultante es diferente.

9 *específico de la persona*. Traducción de *person-specific*, empleado por Schmid en inglés. (Nota del revisor técnico)

10 *específico del síntoma*. Traducción de *symptom-specific*, empleado por Schmid en inglés. (Nota del revisor técnico)

11 *específico del problema*. Traducción de *problem-specific*, empleado por Schmid en inglés. (Nota del revisor técnico)

12 *específico del desorden*. Traducción de *disorder-specific*, empleado por Schmid en inglés. (Nota del revisor técnico)

13 *específico del proceso*. Traducción de *process-specific*, empleado por Schmid en inglés. (Nota del revisor técnico)

Epistemología fenomenológica: reconocimiento y conocimiento

Si fuéramos personas plenamente funcionales, podríamos siempre, con todas las personas y momento a momento, ser la persona que el consultante necesita en el momento dado y proporcionar las respuestas que el consultante necesita, creando así la relación óptima en cualquier instante dado. Pero no somos personas plenamente funcionales; todos somos personas más o menos inadaptadas. Esto hace surgir la pregunta: ¿qué “tenemos”, que pueda ser de ayuda y que nos permita entrar en procesos de encuentro en relaciones difíciles, no obstante que nuestro ser esté restringido por nuestros propios miedos y necesidades de seguridad?

La respuesta es: tenemos nuestra capacidad de reflexionar. Tenemos nuestro intelecto.

La relevancia del conocimiento y las concepciones en la terapia centrada en la persona (TCP)

Reconocimiento: el arte de no saber

En el encuentro inmediato con otra persona, no pienso en lo que podría saber sobre él o ella; más bien, estoy listo para aceptar lo que está a punto de revelar. Esto es un cambio de paradigma epistemológico de tremenda importancia para la psicoterapia. Expresa el reconocimiento como una manera activa y proactiva de decir deliberadamente “sí” al Otro como persona. Específicamente, esto describe a la psicoterapia como el arte de no saber (Schmid, 2002a), el arte de ser curioso, abierto a la sorpresa –una especie de ingenuidad sofisticada hacia el consultante, donde lo desafiante es lo desconocido (Takens, 2001) y todavía no comprendido, la apertura al asombro, a la sorpresa y a lo que consultante tiene para revelar. “Cada experiencia, que merece este nombre, frustra una expectativa” (Gadamer, 1999, p. 362). Por lo tanto, ¡volver al consultante! Para una nueva imagen verdaderamente humana del ser humano necesitamos lo que Mearns (2003) denomina una nueva epistemología.

Reflexión: la capacidad humana de abordar la experiencia

Sin embargo, la vida no solo es sorpresas. Somos capaces de pensar sobre nuestras experiencias y crear expectativas. Construimos conceptos y teorías específicos. Lo hacemos inevitablemente y deberíamos estar conscientes de ello en lugar

de ignorarlo. Nos engañamos a nosotros mismos si creemos que no pensamos, esperamos y categorizamos. Para una relación de encuentro personal, ambos son necesarios: el reconocimiento y el conocimiento; la experiencia y la reflexión.

Las experiencias conducen a la reflexión. Para ser un encuentro personal, la terapia necesita reflexión tanto dentro como fuera de la relación terapéutica. La reflexión es necesaria para una relación personal no solo *después* o *fuera* de la terapia (por ejemplo, en la supervisión, el desarrollo teórico o el trabajo científico); también se necesita reflexión *dentro* de la relación, junto con el consultante. Una relación de encuentro terapéutica no es solo coexperienciar; también es “copensar” (Bohart, 2003). Primero está la presencia inmediata de las personas, y luego está la correflexión por parte de las personas involucradas sobre el significado de su experiencia de encuentro. Esta experiencia necesita una segunda mirada, una mirada crítica desde “afuera” del encuentro inmediato pero dentro de la relación. Se necesita observar la experiencia y, por lo tanto, objetivarla. Solo después de eso el “encuentro inicial” deviene una relación de “encuentro personal”.

Como aprecia la filosofía del encuentro, todos los procesos de *encuentro*¹⁴ comienzan por ser afectados por la esencia del Otro, de lo inesperado, como algo o alguien que yo experimento como *contra* mí. El encuentro significa hacer frente a otra persona, y así apreciarla como alguien independiente, como un individuo autónomo, diferente de mí y digno de abordar (Schmid, 1994; 1998; 2002). Lo que al principio siempre es un “encuentro inicial”, un encuentro ingenuo tal como lo experimenta un niño espontáneo, deviene un “encuentro personal” mediante el pasaje por la reflexión. Necesita el potencial para convertirse a sí mismo, a los Otros y las relaciones en objetos de consciencia reflexionada, sobrepasando así la mera ingenuidad y unidad que están antes de la libertad y la responsabilidad. La distancia es necesaria para la reflexión. De esta manera, analizar y evaluar devienen factibles y, con ellas, también la libertad y la responsabilidad que caracterizan una relación de encuentro madura. Esta manera de relacionarse libre y responsable es la precondition para comprender lo que significa el pedido del Otro y para ser capaces de responder adecuadamente.

Modo encuentro inmediato y modo reflexión

En el *proceso de encuentro inmediato* el camino epistemológico va desde el consultante al terapeuta, de manera de que el terapeuta pregunta: “¿Qué muestra, revela, indica, esta persona?” (No: “¿Qué veo allí?”) O: “¿Qué podemos

14 *encuentro*. Juego de palabras intraducible con *encounter*. La palabra *counter* tiene, entre otros significados, los de contra y frente a. (Nota de la traductora y del revisor técnico)

comprender, entender, empatizar?”. El movimiento va desde el Tú hacia el Yo, constituyendo una relación Tú-Yo (Schmid, 2002a). De esta manera necesitamos “volver al consultante” como nuestro punto de partida, para un enfoque verdaderamente centrado en el *consultante*.

En el *proceso de reflexión*, sin embargo, el movimiento epistemológico es el opuesto, y entonces nos preguntamos: “¿Qué percibimos?”. Esto requiere que observemos las experiencias y reflexionemos sobre ellas (si bien a veces, o al principio, podría ser solo el terapeuta quien comienza a reflexionar).

Ambos movimientos epistemológicos son necesarios; necesitamos lo subjetivo y lo objetivo. En los buenos momentos de terapia se alternan y muchas veces se oscila rápidamente entre ambos modos. Mientras más reflexión sigue a la experiencia y está conectada con ella, más se siente como un proceso holístico, como “un paso completo”. (Si el orden es inverso, o falta totalmente el encuentro, ya no es una terapia centrada en la *persona*. Si falta la reflexión crítica, el terapeuta ya no sería la contra-parte en el en-cuentro.)

En el “*modo encuentro inmediato*”¹⁵ es imposible hacer algo diferente que experimentar (de otra manera se abandona el modo encuentro). La categorización es imposible; los consultantes no muestran categorías: se muestran a sí mismos (o partes de sí mismos): aun si usan categorías para describirse a sí mismos. Rogers (1962, pp. 186-187) fue muy claro con respecto a esto: “El encuentro existencial es importante (...) en el momento inmediato de la relación terapéutica, la consciencia de la teoría no tiene ningún lugar provechoso (...) devenimos espectadores, no jugadores: y es como jugadores que somos efectivos (...) en algún otro momento podemos encontrar provechoso desarrollar teorías. En el momento de la relación, dicha teoría es irrelevante y perjudicial (...) la teoría debería ser tentativa, ligera, flexible, libremente abierta al cambio y debería dejarse de lado en el momento del encuentro mismo”.

Mientras que en el modo encuentro la categorización es imposible, en el “*modo reflexión*”¹⁶ el esfuerzo –compartido cuando sea posible– es comprender el significado de lo que acaba de ser experimentado y, por eso, debemos usar categorías. Podríamos recordar una situación anterior con esta persona o alguien similar, o una experiencia que tuvimos nosotros mismos, que utilizaremos como comparación. Reconocemos que se removió un sentimiento que tuvimos en otra situación: si bien fue algo diferente, se siente parecido. Y así creamos y utilizamos categorías y conceptos. No podemos no pensar. No podemos no categorizar:

15 *modo encuentro inmediato*. Traducción de *immediate encounter mode*, empleado en inglés por Schmid. (Nota del revisor técnico)

16 *modo reflexión*. Traducción de *reflection mode*, empleado en inglés por Schmid. (Nota del revisor técnico)

no podemos (y no deberíamos) ignorar que determinado comportamiento nos recuerda, digamos, la pubertad. Si utilizamos este concepto después de la experiencia de encuentro respectiva, esto puede ayudarnos a comprender mejor lo que el consultante desea que se comprenda, y cómo organiza y dirige la relación. Las categorías y conceptos podrían no ser sistemáticamente reflexionados, o podría apenas reflexionarse sobre ellos, pero siempre regulan nuestra acción.

Concepciones y categorías

Es importante, sin embargo, no pensar que las categorías autocreadas son dadas por la naturaleza. Es necesario estar conscientes de que los conceptos son nuestros propios constructos. Debemos evitar atribuir existencia real u ontologizar las categorías creadas por nosotros. En el modo encuentro inmediato experimentamos, mientras que en el modo reflexión percibimos, lo que significa “tomar”. Pero si pensamos que solo tomamos lo que está allí, estamos equivocados. Estamos construyendo lo que pensamos que vemos. No podemos percibir sin preinformación.¹⁷ No miramos a nuestros consultantes con ojos que nunca antes vieron a un consultante. No somos tabula rasa, sino que estamos sesgados por nuestras experiencias y los conceptos derivados de ellas.

Por lo tanto, debemos estar conscientes de que somos *nosotros* quienes determinamos lo que escuchamos y vemos y cómo arreglamos lo que nuestros consultantes dicen y muestran. Decidimos el marco de referencia de nuestras percepciones a partir de una precomprensión y una preinterpretación (Spielhofer, 2003). Por lo tanto, se requiere que estemos conscientes de que una persona no “tiene” un desorden, no “está” “fuera de orden” (Fehringer, 2003). Más bien, un enfoque fenomenológico requiere preguntarse: ¿en qué situación esta persona *muestra* algo? Sobre la base de la antropología personal no es posible, simplemente a partir de un marco de referencia externo, decir lo que un síntoma o grupo de síntomas significa, es decir, lo que el consultante desea decir solamente desde un marco de referencia externo, sin tomar en consideración la relación y por lo tanto a nosotros mismos y al contexto cultural.

Si bien es imposible pensar sin conceptos, debemos mantener en mente que estos probablemente sean más erróneos que correctos (por ejemplo, siempre simplifican demasiado). Por lo tanto, los consultantes deben tener la oportunidad de cuestionar¹⁸ nuestros conceptos. Para hacerlo, primero necesitamos revelarlos

17 *preinformación*. Traducción de *pre-inform-ation*, utilizado en inglés por Schmid. (Nota del revisor técnico)

18 *cuestionar*. Traducción de *falsify*, utilizado en inglés por Schmid. (Nota del revisor técnico)

y mantenerlos tan transparentes como sea posible. Las concepciones implícitas deben devenir explícitas para hacerse cuestionables. Los consultantes deben tener la oportunidad (más aún: deben sentirse invitados a hacerlo) de cuestionar los conceptos del terapeuta. Este necesita no solo estar abierto a la corrección: incluso debe invitar a ser corregido. Debe estar listo para ser cuestionado y refutado. Las últimas palabras del terapeuta siempre tienen que ser las socráticas: “Solo sé que no sé nada”.

Conocimiento existencial: basado en el contexto, en la experiencia y en la relación

Tenemos la posibilidad de elegir entre usar al azar lo que surge en nuestra mente, la intuición coincidental o lo que sea, sesgado por nosotros mismos; o podemos reflexionar sobre las concepciones que tenemos e investigarlas sistemáticamente de una manera científica: es decir, metódicamente y también en diálogo con otros, reduciremos la probabilidad de errores o sesgos sistemáticos. La responsabilidad requiere reflexionar sobre nuestras concepciones.

Esto significa: en el modo reflexión trabajamos con el conocimiento. Desde un punto de vista personal, este necesita ser conocimiento existencial: conocimiento que puede proporcionar una base para nuestras decisiones de actuar. Debe provenir de la experiencia y debe permanecer ligado a ella y abierto a ser cambiado por la misma. Las concepciones reflexionadas deben ser conceptos de proceso, que no constriñen sino que abren. Dicho conocimiento significa estar informado,¹⁹ dado “forma” por la experiencia y la reflexión sobre la experiencia. El conocimiento basado en la experiencia no pregunta si algo es *absolutamente* (es decir, desligado del contexto) correcto o incorrecto; solo puede ser “correcto” o “incorrecto” dentro de la *relación*. El conocimiento relevante no solo se basa en la relación; necesariamente se basa en el contexto y depende de la cultura y las normas sociales –solo pensemos cuántas personas fueron instantáneamente “curadas” cuando la homosexualidad fue removida de la lista de enfermedades; ahora los “Asuntos de gays y lesbianas” ¡son una división de la American Psychological Association! (Fehringer, 2003).

De manera que para el conocimiento es relevante lo mismo que para la empatía: ¡volver al consultante! Los consultantes son quienes nos informan de los próximos pasos para actuar en la terapia. Ellos nos dan “forma”. El conocimiento sirve a la comprensión, a la empatía y al reconocimiento (es

19 *informar*. Traducción de *in-form*, empleado en inglés por Schmid. (Nota del revisor técnico)

decir, a la consideración positiva incondicional; Schmid, 2002a). La empatía siempre se basa en el conocimiento. El conocimiento existencial “informa” a la empatía, “informa” a la comprensión y así puede ser de utilidad, así como la teoría informa la práctica (Iossifides, 2001). El conocimiento estimula la comprensión terapéutica: Ute Binder (1994, pp. 17-18) está convencida de que, al menos en el campo clínico, nos quedamos muy por debajo del nivel posible y necesario de realización de las condiciones nucleares si no intentamos comprender los fenómenos específicos, las maneras respectivas en las cuales estos son experimentados y las condiciones bajo las cuales se desarrollan. Binder & Binder (1991) enfatizan que el conocimiento sobre las peculiaridades específicas basadas en los desórdenes es necesario para la empatía, o al menos la promueve mucho. Esto no significa que las condiciones terapéuticas no sean suficientes y necesiten una suplementación o adición mediante el conocimiento; más bien, significa que el conocimiento es una parte intrínseca de la realización de las condiciones. (Solo personas apenas ilustradas, supuestamente centradas en el consultante, oponen el conocimiento a la relación y la emoción.)

En pocas palabras: epistemológicamente, el proceso de comprensión centrado en la persona es un proceso de encuentro personal. Esto incluye el proceso de experienciación, reconocer al Otro y la empatía, y el proceso de reflexionar sobre las coexperiencias. Ambos modos se requieren mutuamente. La tarea es manejar personal y profesionalmente la dicotomía resultante de no saber y saber, de reconocimiento y conocimiento. Para ser verdaderamente un encuentro personal se necesita reflexión dentro y fuera de la terapia. La reflexión se basa sobre el conocimiento y conduce a nuevo conocimiento. Si bien el conocimiento no debe interponerse en la inmediatez del encuentro, debe ser visto como una dimensión esencial de una relación de encuentro personal. Un uso personal de conceptos y teorías no entorpece la experiencia, sino que la estimula.

¿Necesitamos concepciones y diagnósticos específicos del desorden?

Por lo tanto, la pregunta o decisión crucial es: ¿qué teorías usamos? ¿Sobre qué concepciones basamos nuestro esfuerzo terapéutico? ¿Qué conocimiento elegimos para determinar qué hacer? Sobre la base de una comprensión personal, la presencia y la reflexión se pertenecen mutuamente y se requieren de manera recíproca como establecimos más arriba. Necesitamos ofrecer al consultante las mejores concepciones disponibles, las mejores para fomentar la presencia y la personalización. La expresión “a nuestro mejor conocimiento y parecer” muestra

claramente que esto es una tarea ética, así como hacer psicoterapia es, en sí misma, una empresa ética (Schmid, 2002a, 2002c).

¿Específico del desorden?

Puesto que necesitamos reflexión, conceptos y conocimiento para ayudarnos a comprender en lo posible los procesos que ocurren en y con nuestros consultantes y en nosotros mismos, se vuelve claro que es provechoso y necesario tener conocimientos sobre procesos específicos en la persona (que es diferente del engañoso término: conocimiento específico del “desorden”). El mismo Rogers actuaba de manera diferente en distintas situaciones; continuó desarrollando su manera de hacer terapia y la modificó (por ejemplo, después del proyecto Wisconsin y de las experiencias de los grupos de encuentro), aunque no lo sistematizó ni clasificó. Afirmó claramente, “tembloroso y con cierto temor”, debido a un “contundente peso de opinión clínica hacia lo contrario” que las “condiciones esenciales de la psicoterapia existen en una configuración única, *aun cuando el consultante o paciente pueda usarlas de maneras muy diferentes*” (1957, p. 101; las itálicas son del autor del presente trabajo). La segunda cláusula de la oración muchas veces se pasa por alto, a pesar de que es esencial y marca la tarea: comprender cómo los consultantes usan la relación de maneras diferentes. Una vez más: ¡volver al consultante! Distintas maneras de relacionarse del consultante informan al terapeuta para relacionarse y responder de manera diferente. Esto es crucial, porque la relación es única. Cada consultante merece obtener la respuesta y la relación que necesita, y –esto parece obvio a partir de las condiciones de la relación– no algún predeterminado “tipo de intervención”.

Al mismo tiempo, necesitamos conceptos que nos ayuden a reflexionar sobre nuestras experiencias terapéuticas, porque es mejor actuar sobre la base de conocimiento reflexionado de manera crítica y concepciones investigadas científicamente que sobre conocimiento coincidental y adquirido al azar. Por eso es esencial desarrollar sistemas de conceptos cuidadosamente fundamentados y considerados, desarrollados de manera genuina. En este sentido, la diferenciación de procesos tiene sentido, como ocurre con los conceptos específicos cuando nos ayudan a comprender mejor diferentes procesos auténticos e inauténticos. Por otro lado, las concepciones centradas en el *desorden* no son centradas en la *persona* (“Centrado en la persona no es centrado en el problema”; Mearns, 2003).

Existe una gran cantidad de conocimiento específico del “desorden” centrado en la persona. Ha habido muchos intentos de describir y comprender mejor procesos característicos. En las últimas décadas muchos teóricos e investigadores han hecho un gran esfuerzo y existe una bibliografía bastante nutrida. A partir

de distintas motivaciones –ser reconocidos por las autoridades, comunicarse con los colegas, desarrollar más comprensiones de la TCP– se desarrollaron muchos conceptos. El movimiento experiencial merece crédito por poner un fuerte énfasis en la necesidad de concepciones. Los trabajos de Hans Swildens (1988), Ute & Johannes Binder (Binder & Binder, 1994), Margaret Warner (1998) y Garry Prouty (Prouty, Van Werde & Pörtner, 2002), por ejemplo, han contribuido sustancialmente a nuestra comprensión de los procesos centrados en la persona y el desarrollo de la teoría de la TCP.

Además, se ha invertido mucho tiempo en encontrar una manera de manejar las concepciones dominantes de la medicina y la psiquiatría, las otras orientaciones terapéuticas y los requerimientos del sistema de salud pública. Parece claro que solo adoptar uno de estos otros sistemas de pensamiento difícilmente se corresponderá con centrarse en la persona. Como resultado, se han hecho muchos intentos de traducir los modelos tradicionales a las categorías centradas en la persona. Si bien no podemos ignorar estas concepciones tradicionales y, por lo tanto, debemos comprenderlas, aunque a menudo estamos forzados a utilizarlas para comunicarnos con colegas e instituciones –o simplemente para tener acceso al dinero de la seguridad social– estoy convencido de que no son para nada consistentes con la imagen del ser humano como una persona. (Del mismo modo, en la formación, una falta de autoseguridad y competencia no debería ser reemplazada por reglas y técnicas; en cambio, la formación debería apoyar la personalización, profundizar la confianza en las propias capacidades y una adecuada reflexión sobre ellas, como hace la terapia).

Ahora es mi turno de afirmar “tembloroso y con cierto temor” (debido a un “contundente peso de opinión hacia lo contrario” y porque el resultado puede ser desalentador) que, según las consideraciones anteriores, es obvio que todavía no existe una sistematización genuinamente centrada en la persona, una que cumpla los criterios de la antropología y la epistemología centradas en la persona descritas en este trabajo. Más aún: no estoy convencido de que todo el conocimiento que hemos reunido sobre los procesos en los consultantes nos permita afirmar que ya sabemos suficiente sobre sus experiencias como para elaborar conceptualizaciones sistemáticas sobre procesos específicos.

¿Diagnóstico?

Intrínsecamente relacionada con la especificidad de conceptos está la cuestión del diagnóstico. En el campo de la medicina, el tratamiento racional no puede ser planificado y ejecutado sin un diagnóstico preciso, lo que también significa una prognosis de progreso probable y curas posibles, y por lo tanto, la prescripción

de un tratamiento. Dichos diagnósticos por regla general son establecidos en términos de síntomas o de etiología. Para la psicoterapia, sin embargo, Rogers (1951, pp. 223-225) estaba convencido de que el diagnóstico psicológico no solo es innecesario, sino que además es perjudicial e imprudente, porque colocan el locus de evaluación y de responsabilidad en el terapeuta como el único experto: lo que también tiene implicaciones sociales de amplio alcance para el control social de los muchos por unos pocos autoseleccionados. (Una vez más, una indicación de la crítica social incluida en su teoría y práctica).

La mirada alternativa de Rogers considera a los consultantes como los expertos sobre su vida, porque son ellos quienes la experimentan: “La terapia es el diagnóstico y este diagnóstico es un proceso que sucede en la experiencia del consultante, más que en el intelecto del clínico” (Rogers, 1951, p. 223; véase también su descripción del proceso de terapia). Esto muestra que el problema básico del diagnóstico es la cuestión de quién va a ser considerado como el experto. En una perspectiva centrada en la *persona*, ambos son expertos, aunque en diferentes sentidos: el terapeuta es el experto en no ser un experto en la vida de otra persona.

La palabra griega “dia-gnosis” significa “juicio distintivo”. El diagnóstico es el trabajo duro del consultante, quien trabaja en el proceso de la distinción. El consultante está constantemente intentando encontrar –a través de la experienciación y la reflexión– qué desarrollo sigue en la agenda: qué necesita en el proceso de personalización. Por lo tanto, debe haber un diagnóstico, si bien en el enfoque centrado en la persona esto se comprende de una manera diferente del significado común. Y no obstante que va completamente contra la comprensión tradicional y ampliamente extendida, desde el punto de vista centrado en la *persona* el diagnóstico psicológico sólo puede ser un proceso de diagnóstico fenomenológico, desplegado paso a paso mediante el proceso conjunto de experienciación y reflexión tanto del consultante como del terapeuta. Como ocurre con la terapia, el diagnóstico necesita ambos modos y requiere que ambas personas estén involucradas en la relación, haciéndolo así un *proceso de codiagnóstico*.

En resumen: si bien existe mucho conocimiento centrado en la persona específico del “desorden” y que hay descripciones fenomenológicas que proporcionan contribuciones muy valiosas a la teoría centrada en la persona de la personalidad y de la terapia, una descripción sistemática genuinamente centrada en la persona de los procesos inauténticos es apenas rudimentaria y no existe en absoluto una sistematización genuinamente centrada en la persona de la especificidad de proceso.

Filosofía de la ciencia: hacia una ciencia verdaderamente humana

De manera que todavía hay mucho trabajo por hacer. Aún no somos capaces de establecer un sistema genuinamente centrado en la persona, de modo que lo único que puedo ofrecer en este estadio de la investigación del paradigma es nombrar algunos criterios que requeriría dicha conceptualización sistemática. Por lo tanto, enunció algunas tesis tentativas como criterios para una genuina conceptualización de distintos procesos de desarrollo de la personalidad.

1. Las concepciones (los sistemas de conceptos) deben ser creadas sobre la base de una *antropología personal*, es decir sobre la base de una filosofía dialógica o de encuentro. Entre otras cosas, esto significa que las concepciones deben incluir pensar en categorías de relación así como también en categorías sustanciales. Necesariamente incluye pensar en procesos. La matriz es una concepción de la autenticidad personal, no un concepto de desorden, enfermedad o algo parecido. Dicha concepción debe estar basada en el crecimiento, una concepción que se apoya sobre el potencial y la actualización. Puesto que abarcará el pasado y el futuro de la persona tanto como su presente y, por lo tanto, pensada en categorías de por vida también será de valor etiológico.
2. Las concepciones deben ser *fenomenológicas*; es decir, deben volver al consultante como persona. Dicho enfoque mantiene en mente que lo que la persona muestra es relevante, lo que no solo ocurre con lo que puede ser analizado y explicado. Las concepciones centradas en la persona deben estar tan cerca de la experiencia como sea posible, siguiendo el radicalismo fenomenológico de Rogers.
3. Por consiguiente, debe ser posible *questionar* las concepciones o algunas de sus partes. Las concepciones son provechosas cuando estimulan un proceso que conduce a superarlas por otras mejores. Debe ser constantemente posible revisar conceptos específicos mediante la experiencia. Este es el tipo de “*ortopráctica*” que siempre desafía la ortodoxia.
4. Las concepciones deben ser *hermenéuticas*. Aquí se aplica el significado original de hermenéutica: reconstruir el significado que el autor de un texto deteriorado tenía en mente. También debe ser claro que esta comprensión busca en última instancia el bien de los consultantes y no el del terapeuta; que dicha comprensión es inviable sin el conocimiento del contexto cultural; y que es imposible deshacerse de todos los prejuicios. La tarea de la hermenéutica existencial es, más bien, devenir conscientes

- de los prejuicios y las preconcepciones de la propia existencia y hacerlas transparentes (véase más arriba el punto 3).
5. Las concepciones centradas en la persona necesitan ser *existenciales*; es decir, deben tener una relación con la existencia completa de una persona, así como con la existencia humana en general.
 6. Las concepciones deben incluir la *crítica social*. Deben tener una mirada crítica sobre el poder y el control, sobre los intereses y el expertismo; y deben ser emancipatorias por naturaleza. Por lo tanto, dichas concepciones deben hacer transparentes aquellos intereses a los que sirven y quiénes se beneficiarán de ellos.
 7. Las concepciones deben disparar *una investigación genuinamente humanista* (Rogers, 1964). De más está decir que las concepciones centradas en la persona deben permitir la influencia de la investigación empírica, aun si los resultados son desalentadores. Pero más importante es que los investigadores centrados en la persona superen el empirismo y el positivismo y sean capaces de iniciar enfoques de la investigación verdaderamente centrados en la persona; por ejemplo, estudios de casos intensivos o tipos creativos de investigación tales como el diseño hermenéutico de eficacia de caso único (Elliott, 2002).

“Volver al consultante” significa volver al ser humano. Necesitamos una ciencia humana para comprender lo que sucede en los seres humanos. Si el movimiento va desde el consultante hacia el terapeuta, entonces, en un enfoque centrado en el consultante, necesitamos volver al consultante como la fuente primaria de conocimiento y comprensión. La terapia es más que un asunto de variables del terapeuta; es un asunto de capacidades de autosanación del consultante. Esto implica un cambio de paradigma epistemológico que resulte en una contraposición fundamental al diagnóstico y la clasificación tradicionales. Es el consultante quien define su vida y el significado de su experiencia, y así “informa” al terapeuta. El terapeuta es realmente desafiado a abrirse y a arriesgarse *a la cocreación de una relación única y también* –lo que no es menos riesgo– *a correflexionar sobre ella*.

¿Por qué tenemos todas estas discusiones y debates acerca del tratamiento específico del desorden? Una razón importante es que deseamos replicar a aquellos que nos reprochan por no cumplir con sus criterios para el trabajo y la investigación científicos, criterios desarrollados por personas que partieron de un punto de vista completamente diferente del ser humano –si en realidad tienen alguna visión del ser humano y no de algunas partes o aspectos de comportamiento. Si tratamos de adaptarnos a esos criterios, perderemos nuestra identidad y abandonaremos el cambio radical de paradigma de centrarnos en la

persona. Podríamos ganar temporalmente cierta aprobación, pero perderíamos la razón de ser un enfoque independiente, porque perderíamos nuestra postura única, la oferta única y el desafío ético de centrarnos en la persona. Nos desvaneceríamos dentro de una psicología general.

La alternativa, sin embargo, no es una tarea fácil. Afrontamos la empresa de encontrar –en el sentido de dar pasos contra– la corriente dominante al responder en nuevas categorías. *Afrontamos* la tarea de trabajar duro para desarrollar una comprensión de la ciencia, el conocimiento y la investigación humanos verdaderamente centrados en la *persona*, incluyendo concepciones genuinamente centradas en la persona de los llamados desórdenes psicológicos. *Afrontamos el desafío de crear una comprensión de nosotros mismos más allá de las categorías de orden y desorden* –no menos que una inexorable continuación de la crítica social que Carl Rogers persiguió con su teoría de la personalidad y de la terapia.

Referencias

- Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn, Alemania: Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung - Psychosomatisches Erleben - Depressives Leiden*. Eschborn, Alemania: Klotz.
- Binder, U. & Binder H.-J. (Eds.). (1994). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Frankfurt am Main: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Bohart, A. C. (2003). How does empathy facilitate? Trabajo presentado en la 6th Person-Centered and Experiential Conference, Egmond aan Zee, Países Bajos.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-20.
- Fehringer, C. (2003). Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können? Manuscrito inédito. Person-Centered Approach in Austria, Viena.
- Gadamer, H.-G. (1999). *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik, Vol. 1*. Tübingen, Alemania: Mohr. Traducción española: (1977). *Verdad y Método, Vol. 1: Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme.

- Geller, S., Schmid, P. F. & Wyatt, G. (2003). A dialogue on therapeutic presence: A precondition, a meta-condition or fourth condition in person-centered therapy? Trabajo presentado en la 6th Person-Centered and Experiential Conference, Egmond aan Zee, Países Bajos.
- Heinerth, K. (2002). Symptomspezifität und Interventionshomogenität. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 23–26.
- Iossifides, P. (2001). Understanding the actualizing tendency through recent events. Trabajo presentado en el International Colloquium on the 100th Anniversary of Carl Rogers, Viena.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centered therapy. *Counselling*, 7(4), 306-311.
- Mearns, D. (2003). Person-centered is not problem-centered. Conferencia magistral en la 6th Person-Centered and Experiential Conference, Egmond aan Zee, Países Bajos.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Eds.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (pp. 19-40). Heidelberg, Alemania: Asanger.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2002). *Pre-therapy*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. Traducción española: (1978). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En J. Lafarga & J. Gómez del Campo (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista, Vol. 1* (pp. 77-92). México: Trillas.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science, Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). N. York: McGraw Hill. Traducción española: (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C.R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens (Eds.), *Person to person: The problem of being human*

- (pp. 89-104). Moab, California: Real People. Traducción española: (1978). La relación interpersonal: El núcleo de la orientación. En J. Lafarga & J. Gómez del Campo (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista*, Vol. 2 (pp. 121-136). México: Trillas.
- Rogers, C. R. (1964). Towards a science of the person. In T. W. Wann (Ed.), *Behaviorism and phenomenology* (pp. 109-140). Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1965). A humanistic conception of man. In R. Farson (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18-31). Palo Alto, California: Science and Behavior.
- Schmid, P. F. (1992). 'Herr Doktor, bin ich verrückt?': Eine Theorie der leidenden Person statt einer Krankheitslehre. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Eds.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (pp. 83-125). Colonia, Alemania: EHP (Edition Humanistische Psychologie).
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch*, Vol. I: *Solidarität und Autonomie*. Colonia, Alemania: EHP (Edition Humanistische Psychologie).
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Ein Handbuch*, Vol. II: *Die Kunst der Begegnung*. Paderborn, Alemania: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1998). 'Face to face': The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy* (pp. 74-90). Londres: Sage.
- Schmid, P. F. (2001). Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice*, Vol. 1: *Congruence* (pp. 213-225). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2002a). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as 'the art of not-knowing': Prospects on further developments of a radical paradigm. *Person Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1/2), 56-70.
- Schmid, P. F. (2002b). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding: Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice*, Vol. 4: *Contact and perception* (pp. 182-203). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Schmid, P. F. (2002c). 'The necessary and sufficient conditions of being person-centered': On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-*

centered and experiential psychotherapy in the 21st century (pp. 36-51). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.

- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling: Criteria for identity and coherence. *Person Centered and Experiential Psychotherapies*, 2(2), 104-120.
- Spielhofer, H. (2003). Störungsspezifische Konzepte in der Personzentrierten Psychotherapie. Manuscrito inédito. Person-Centered Approach in Austria, Viena.
- Swildens, H. (1988). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Leuven, Bélgica/Amersfoort, Países Bajos: Acco/de Horstink.
- Takens, R. J. (2001). Een vreemde nabij: Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht. Lisse, Países Bajos: Swets and Zeitlinger.
- Warner, M. S. (1998). A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 368-387). Nueva York: Guilford.
- Zurhorst, G. (1993) Eine gesprächspsychotherapeutische Störungs-/ Krankheitslehre in biographischer Perspektive. In L. Teusch & J. Finke (Eds.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (pp. 71-87). Heidelberg, Alemania: Asanger.

TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO (TJCN): TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA¹

Sue C. Bratton, Dee C. Ray, Natalya A. Lindo y Garry Landreth

Identificar las intervenciones tempranas en salud mental diseñadas para las necesidades de maduración específicas de los niños es una creciente preocupación en los Estados Unidos de América (New Freedom Commission on Mental Health, 2003; U.S. Public Health Service, 2000) y en otros países (Wilson & Ryan, 2002). Durante más de seis décadas la terapia de juego ha estado en uso como un enfoque de respuesta de desarrollo para tratar un amplio rango de las preocupaciones que presentan los niños (Bratton & Ryan, 2000) y, más recientemente, fue reconocida como una modalidad efectiva de tratamiento (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005). El uso del juego en la terapia se basa en el principio de que es posible comprender mejor a los niños desde una perspectiva evolutiva (Wilson & Ryan, 2005) y de que, según la terapia de juego centrada en el niño (TJCN),² es necesario que el terapeuta cree condiciones terapéuticas óptimas para el pequeño.

Fundamentos de la terapia de juego

El juego es fundamental para el crecimiento emocional, social y cognitivo de los niños (Piaget, 1962), por ofrecer la posibilidad de expresar plenamente experiencias concretas y simbólicas con las que ellos se encuentran. Singularmente humano, el juego de simulación infantil representa los esfuerzos de los niños de comprender el sentido de sus experiencias (Irwin, 1983). Landreth (2002)

1 Fuente: Bratton, S. C., Ray, D. C. Edwards, N. A. & Landreth, G. (2009). Child-centered play therapy (CCPT): Theory, research, and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8 (4), 266-281.

2 *terapia de juego centrada en el niño (TJCN)*. Traducción de *child-centered play therapy (CCPT)*, empleado en inglés por Bratton, Ray, Edwards & Landreth. (Nota del revisor técnico).

además puso énfasis en que los niños utilizan el juego como su forma natural de comunicación con otros niños y con los adultos. Dentro del contexto del juego, los niños son capaces de expresarse, usando los materiales de juego tal como los adultos usan las palabras (Landreth, 2002). El juego posibilita a los niños comunicarse consigo mismos y con los demás, aprender, dominar nuevas tareas, practicar responsabilidades adultas, comprender el sentido de sus experiencias, y posiblemente trabajar acontecimientos traumáticos (Gil & Drewes, 2005). Mediante la terapia de juego, el terapeuta tiene la oportunidad de entrar en la experiencia del niño tal como se va presentando.

Historia y desarrollo

El uso histórico de la terapia de juego tiene su origen en las escuelas psicoanalíticas de pensamiento. Ana Freud (1928) y Melanie Klein (1932) son tradicionalmente reconocidas como las desarrolladoras de la terapia de juego. Para aplicar los enfoques analíticos a su trabajo con niños, utilizaban el juego para reemplazar la asociación libre verbalizada. En la “terapia de liberación” de David Levy (1939) y las técnicas estructuradas de Gove Hambidge (1955), el terapeuta asumía un rol más directivo, utilizando los juguetes y materiales de juego para estimular la catarsis.

Sin embargo, la terapia de juego centrada en el niño surgió de la filosofía centrada en la persona de Carl Rogers (1942). La creencia de Rogers de que el impulso de cada persona hacia la autoactualización otorga la capacidad de crecimiento personal positivo se extendió no solamente a los adultos sino también a los niños. Virginia Axline (1947), discípula de Rogers, utilizó su creencia en la habilidad de los niños de autosanarse y de resolver sus propios problemas para aplicar técnicas no-directivas en la terapia de juego. Su investigación y escritos en las décadas de 1940 y 1950 posicionó a la terapia de juego como una modalidad de tratamiento viable para los niños y allanó el camino para desarrollos adicionales en este campo. Clark Moustakas (1953), Haim Ginott (1961), Louise Guerney (2000) y Garry Landreth (2002), sobre la base del trabajo de Axline (1947) popularizaron lo que, en los EE.UU. llegó a conocerse como terapia de juego centrada en el niño (TJCN). Las expresiones “terapia de juego no-directiva” o “terapia de juego centrada en la persona/centrada en el cliente” son más comúnmente utilizadas en el Reino Unido, Alemania y otras partes de Europa (Goetze & Jaede, 1974; West, 1996; Wilson & Ryan, 2005) para explicar los mismos sistemas de creencias subyacentes y los procedimientos básicos utilizados en la TJCN.

Otro desarrollo importante en el campo de la TJCN fue el entrenamiento de los padres y otros cuidadores significativos en los principios y procedimientos

de la TJCN para que pudieran usarlos con sus propios hijos (Guernsey, 1964). Bernard & Louise Guernsey desarrollaron este enfoque innovador a principio de los 1960, basándose en la creencia de que al entrenar y supervisar a los padres para utilizar habilidades de la TJCN en momentos especiales de juego con sus hijos, mejoraba el potencial de cambio a largo plazo. El uso de enfoques de la terapia filial por parte de los clínicos ha crecido rápidamente durante las dos últimas décadas, en gran parte debido al desarrollo por Landreth (2002) de un modelo condensado de diez sesiones, más recientemente denominado terapia relacional hijo padre (TRHP),³ (Landreth & Bratton, 2006). La base de sólida investigación de la TRHP y el uso de un protocolo de tratamiento manualizado (Bratton, Landreth, Kellam & Blackard, 2006) han contribuido a la creciente aceptación y uso de la terapia filial como modalidad de tratamiento efectivo para niños que presentan un amplio rango de problemas.

Wilson & Ryan (2005) celebraron recientemente cambios en el Departamento Británico de Salud que apoyan el uso de intervenciones que se enfocan en los niños y trabajan con las familias, como la terapia de juego y la terapia filial. En los EE.UU., el presidente de la New Freedom Commission on Mental Health (2003) recomendó la promoción del triaje, evaluación y provisión de servicios de salud mental a niños pequeños. La Comisión también propuso la necesidad de intervenciones en salud mental con base empírica para niños y adultos. Bratton, Ray, Rhine & Jones (2005) sugirieron que la terapia de juego/terapia filial está empíricamente validada como una intervención efectiva para los niños. Informaron, además, que los enfoques humanistas de terapia de juego, incluyendo la terapia de juego no-directiva y centrada en el niño, mostraron los mayores efectos del tratamiento. West (1996, p. 195) propuso que la terapia de juego centrada en el niño tiene alcances que trascienden las “poblaciones blancas, occidentales, de clase media” y proporciona una intervención multicultural por naturaleza.

Investigación actual

Al igual que en la mayor parte de la investigación en psicoterapia, los estudios de terapia de juego están limitados por el pequeño tamaño de la muestra, lo que conlleva la dificultad de generalizar los resultados (Ray, Bratton, Rhine & Jones, 2001). Como la necesidad de muestras de gran tamaño dificulta la viabilidad de la investigación, la psicoterapia se basa en la revisión de metaanálisis

3 *terapia relacional hijo padre (TRHP)*. Traducción de *child parent relationship therapy (CPRT)*, empleado en inglés por Landreth & Bratton. (Nota del revisor técnico).

de la investigación para abordar la efectividad de las intervenciones. LeBlanc & Ritchie (1999) publicaron los resultados iniciales de su metaanálisis de resultados de la terapia de juego que resume los resultados de cuarenta y dos estudios controlados, con una magnitud de efecto de 0.66 desviaciones estándar. Los investigadores profundizaron los detalles de su estudio en una publicación posterior, citando que los beneficios de la terapia de juego parecen aumentar con la inclusión de los padres (LeBlanc & Ritchie, 2001). Usando las directrices para la interpretación de Cohen (1988), una magnitud de efecto de 0.66 denota un efecto moderado del tratamiento, similar a las magnitudes de efecto encontradas en otros metaanálisis sobre psicoterapia infantil (Casey & Berman, 1985, $DE = 0.71$; Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995, $DE = 0.71$).

Bratton, Ray, Rhine & Jones (2005) llevaron a cabo la mayor investigación metaanalítica sobre resultados de la terapia de juego. Este metaanálisis incluyó la revisión de ciento ochenta documentos que parecían medir la efectividad de la terapia de juego entre 1942 y 2000. Sobre la base de estrictos criterios de inclusión que establecían el uso de un diseño de investigación controlado, datos suficientes para el cálculo de la magnitud de efecto, y la identificación por el autor de la investigación de una intervención etiquetada como “terapia de juego”, se incluyeron noventa y tres estudios en el cálculo final de la magnitud de efecto. La magnitud de efecto general se calculó en 0.80 desviaciones estándar, interpretada como un gran efecto del tratamiento, lo que indica que los niños que recibieron intervenciones de terapia de juego lograron 0.80 desviaciones estándar por encima de los niños que no recibieron la terapia de juego. Bratton, Ray, Rhine & Jones (2005) codificaron características específicas de la terapia de juego que impactaron o no tuvieron impacto en el resultado de la terapia de juego. Las intervenciones con magnitudes de efecto para terapia de juego humanistas ($DE = 0.92$) y no humanistas ($DE = 0.71$) se consideraron eficaces independientemente del enfoque teórico. Sin embargo, la magnitud de efecto reportada para los enfoques humanistas, incluyendo la terapia de juego centrada en el niño y no-directiva, se encontró en la categoría de gran efecto, mientras los no humanistas se encontraron en la categoría moderada. Esta diferencia en el efecto puede atribuirse a un mayor número de estudios humanistas calculados ($n = 73$) en comparación con los estudios no-humanistas ($n = 12$). Los resultados también indicaron que la terapia de juego tuvo un efecto beneficioso de moderado a grande para los tipos de problemas de internalización, externalización y combinados.

El campo de la terapia de juego tiene una historia de más de sesenta años de investigación continua, que indica que la terapia de juego muy probablemente tenga la historia de investigación más larga de cualquier intervención psicológica. En las últimas dos décadas, desde 1990, se realizaron aproximadamente treinta

y ocho estudios de investigación (veintinueve publicados) sobre el impacto de la terapia de juego, excluyendo la investigación en terapia filial. La mayoría de estos estudios identificaron el tratamiento como terapia de juego centrada en el niño o de algún enfoque humanista similar. Los estudios más recientes, a partir de la última década, demostraron el impacto positivo de la terapia de juego en los problemas de conducta generales (Raman & Kapur, 1999; Shashi, Kapur & Subbakrishna, 1999), problemas de conducta externa (Flahive & Ray, 2007; Garza & Bratton, 2005; Karcher & Lewis, 2002; Kot, Landreth & Giordano, 1998; Ray, Schottelkorb & Tsai, 2007; Schumann, 2004), problemas de internalización (Packman & Bratton, 2003), autoeficacia (Fall, Balvanz, Johnson & Nelson, 1999); concepto de yo-mismo (Kot, Landreth & Giordano, 1998; Post, 1999), ansiedad (Baggerly, 2004; Shen, 2002); estrés en las relaciones (Ray, 2007), depresión (Baggerly, 2004), problemas del habla (Danger & Landreth, 2005), y cumplimiento del tratamiento de la diabetes (Jones & Landreth, 2002).

La investigación de los efectos de la terapia filial/TRHP ha crecido enormemente en las últimas dos décadas, y contribuye más a la evidencia de la eficacia de los enfoques centrados en el niño. Durante ese lapso, se llevaron a cabo treinta y seis estudios (veintiuno publicados) para examinar los efectos del tratamiento en los problemas de conducta de los niños, en los factores de los padres/cuidadores como la empatía y la aceptación del cuidador, y en el estrés en las relaciones entre padres e hijos. Landreth & Bratton (2006) proporcionan una revisión exhaustiva de la investigación, señalando que la mayoría de los estudios utilizó un diseño de grupo control pre-post y encontró una mejoría estadísticamente significativa de los niños y los cuidadores que participaron en TRHP/terapia filial. La evidencia empírica de este enfoque sugiere que la enseñanza de habilidades de terapia de juego centrada en los niños a los cuidadores para usar con sus hijos es una modalidad de tratamiento eficaz.

Si bien algunos de los estudios de terapia de juego/terapia filial antes mencionados son de naturaleza cuasiexperimental, muchos cumplen con el rigor actualmente requerido de los diseños experimentales de investigación para determinar la eficacia de la intervención. La investigación metaanalítica y de estudios independientes indica que la terapia de juego centrada en el niño puede ser considerada una intervención de tratamiento con apoyo empírico.

La terapia de juego centrada en el niño en la práctica

La terapia de juego centrada en el niño (TJCN) busca crear un entorno que posibilite que el niño experimente la autodirección, la integración y el crecimiento (Bratton, Ray & Landreth, 2008). De acuerdo con Raskin & Rogers (2005),

una atmósfera de autenticidad, consideración positiva incondicional y empatía facilita el cambio positivo por parte del consultante.

Como sucede con los adultos, los niños necesitan una vía de expresión emocional. Sin embargo, les resulta difícil expresar sus experiencias y sentimientos solamente mediante palabras. La TJC� proporciona a los niños una oportunidad de expresar sentimientos como la ira, el miedo, la ansiedad y la felicidad mediante los juguetes y materiales que eligen, y los libera de la restricción asociada con exponer los detalles de un acontecimiento. Mediante la actividad del niño, el terapeuta es capaz de entrar en su experiencia y acceder a sus sentimientos relacionados a medida que surgen. Las conductas específicas de juego posibilitan al terapeuta comprender mejor las necesidades y percepciones subyacentes del niño. Si, por ejemplo, el niño fue remitido al terapeuta por comportamiento agresivo hacia un hermano menor, el juego puede revelar sentimientos encontrados hacia el hermano y una necesidad subyacente de más atención en la crianza por parte de los padres. El terapeuta puede entonces proporcionar respuestas adecuadas para facilitar la expresión segura de los sentimientos del niño dentro de los límites de la sala de juegos, así como prestar servicios auxiliares a los padres para ayudarles a comprender y responder mejor a las necesidades de sus hijos.

La TJC� se basa en los ocho principios orientadores de Axline (1947). Estos principios básicos ponen énfasis en mejorar la relación terapéutica, por lo que se alinean con la filosofía de la teoría centrada en la persona. Axline señaló que el terapeuta debe: a) desarrollar una relación cálida y amistosa con el niño; b) aceptar al niño exactamente como es; c) facilitar una atmósfera de permisividad para que el niño sea libre de expresarse; d) reconocer y reflejar los sentimientos del niño con el fin de ayudarle a comprender mejor su conducta; e) respetar la capacidad inherente del niño para resolver sus propios problemas; f) permitir que el niño dirija la terapia; g) comprender que la terapia es un proceso gradual y no debe apresurarse y h) establecer solo los límites necesarios para arraigar al niño en el mundo de la realidad y hacer que sea consciente de su responsabilidad en la relación terapéutica.

El proceso de cambio

Como en la terapia centrada en la persona con adultos, la TJC� pone énfasis en la relación terapeuta-consultante como el conducto para el cambio positivo. Los terapeutas que emplean la TJC� creen que la experiencia del niño en el marco de la alianza terapéutica es el factor más significativo para determinar el cambio sostenible. Por tanto, el terapeuta busca crear una atmósfera de comprensión,

seguridad y aceptación. Mediante el juego y el simbolismo de los juguetes, el niño es libre de comunicar todos sus sentimientos, pensamientos y necesidades y avanzar hacia la salud emocional y comportamental. La TJC� reconoce que el aprendizaje, el crecimiento y el cambio duradero emanan de dentro del niño, por lo que la atención se centra en él y no en el problema. Un objetivo importante es aumentar el autoconocimiento y la autoaceptación del niño. Según Landreth (2002), durante la TJC�, los niños aprenden: a) a respetarse a sí mismos; b) que sus sentimientos son aceptables; c) a expresar sus sentimientos de manera responsable; d) a asumir la responsabilidad por sí mismos; e) a ser creativos e ingeniosos para afrontar los problemas; f) el autocontrol y la autodirección; g) a aceptarse a sí mismos; y h) a tomar decisiones y ser responsables de ellas. Axline (1947) propuso que, mediante el proceso de la terapia de juego, se posibilita al niño la libertad de expresar sus pensamientos y sentimientos y aprender a ponerlos bajo control o bien a abandonarlos por completo.

A continuación, los autores describen la práctica de la TJC� sobre la base de su propia práctica y experiencia en el entrenamiento y supervisión de los terapeutas de juego: desde el comienzo de la relación con el niño hasta la involucración de los padres en el proceso terapéutico.

Comenzando la relación

En la terapia de juego centrada en el niño (TJC�), el terapeuta busca mantener el respeto y la consideración constantes por el niño. Este proceso de facilitación de una alianza terapéutica segura comienza durante la primera interacción con el niño en la sala de espera. En este momento, el terapeuta centra la atención en el niño y le comunica su importancia. El terapeuta se agacha al nivel del niño, mantiene contacto visual y lo/la saluda. Después de haberse presentado, el terapeuta puede decir: "Ahora podemos ir a la sala de juegos. Tu padre (o la persona que lo haya traído) estará aquí cuando regresemos". Luego, el terapeuta invita al niño a la sala de juegos de una manera que comunica permisividad, límites mínimos, y que el niño es libre de elegir: "Kira, esta es nuestra sala de juegos, y aquí puedes jugar con los juguetes en muchas de las formas en que te gusta hacerlo".

Sala de juego y materiales

Landreth (2002) sugirió que las dimensiones de la sala de juegos deben ser de aproximadamente de 3,6 por 4,5 m, aunque se puede utilizar un espacio abierto

de cualquier tamaño. Esto sucede especialmente en las escuelas, donde no suele haber un espacio dedicado a una sala de juegos. En este caso, el terapeuta puede crear una sala de juegos portátil con una selección de juguetes. Al margen de lo que se utilice como zona de juegos, el terapeuta debe elegir los materiales de juego y los juguetes. Landreth sugirió que los juguetes deben ser cuidadosamente seleccionados y no elegidos al azar, y proporcionó una lista completa de juguetes y materiales para el equipamiento completo de una sala de juegos centrada en el niño.

Los criterios para la selección de los juguetes y los materiales de juego deben incluir a) su contribución al objetivo de la terapia de juego, y b) el grado en que se alinean con los fundamentos de la terapia de juego. El terapeuta también debe asegurarse de que los juguetes representan las experiencias culturales de los niños. Landreth (2002) sugiere que los terapeutas de juego elijan los juguetes que faciliten a) una relación positiva con el niño; b) la expresión de una amplia gama de sentimientos; c) la exploración de experiencias reales; d) la prueba de los límites; e) una imagen positiva; f) la autocomprensión; y g) la oportunidad de reorientar la conducta inaceptable para los demás.

Los tipos de juguetes que se pueden elegir para la sala de juegos incluyen: a) juguetes de crianza (muñecas, artículos de cocina, equipo médico); b) juguetes agresivos (esposas, bolsa de boxeo, soldados de juguete, marionetas agresivas); c) juguetes relacionados con las experiencias sociales normales (casa de familia y personas, caja registradora, policía); d) juguetes de comunicación (pelota y bate de goma espuma, teléfono); y e) juguetes de destreza (pizarra, dardos de velcro, útiles escolares, bloques). Si la habitación lo permite se puede utilizar un juguete inflable para golpear. Deben evitarse los juguetes mecánicos y los materiales altamente estructurados ya que pueden dificultar más que facilitar las expresiones de los niños.

Habilidades terapéuticas

Hay habilidades verbales y no verbales específicas que se consideran esenciales en la TJCN. El grado en que se utilizan en la sesión de terapia de juego dependerá de las necesidades inmediatas de los niños según lo determine el terapeuta. Como los mundos de los niños se expresan mediante los juguetes y los materiales de juego, la terapia de juego es altamente dependiente de las habilidades no verbales. Estas incluyen agacharse, dirigirse físicamente al niño, mostrar interés genuino y adecuarse al sentimiento del niño durante toda la sesión de juego.

El terapeuta debe utilizar respuestas coherentes con el nivel evolutivo del niño. Las respuestas largas tienden a confundir a los niños pequeños y comunican

una falta de comprensión por parte del terapeuta. El tono y la velocidad de respuesta del terapeuta transmiten comprensión del niño al hacerlos coincidir con el nivel de intensidad y el grado de interacción del niño. Si, por ejemplo, este es callado, el terapeuta debe mesurar sus comentarios para evitar abrumarlo.

En la mayoría de las sesiones de terapia de juego se espera que se demuestren las siguientes habilidades esenciales de la TJCN: a) reflejar la conducta no verbal (rastreo); b) reflejar el contenido verbal; c) reflejar los sentimientos; d) facilitar la toma de decisiones y devolver la responsabilidad; e) facilitar la creatividad y la espontaneidad; f) formar e incentivar la estima; g) facilitar la relación; y h) establecer límites (Landreth, 2002; Ray, 2006).

Reflejar la conducta no verbal (rastreo)

Esta habilidad implica una cuidadosa observación verbal del terapeuta de la conducta de juego del niño. Por ejemplo, si este va a la bandeja de arena y comienza a colocar piedras en una fila sobre la arena, el terapeuta puede decir “las estás alineando una por una”. Esta habilidad terapéutica comunica al niño que el terapeuta está interesado y acepta sus acciones. También lo ayuda a sumergirse en el mundo del niño.

Reflejar el contenido

En la terapia de juego, esta habilidad es el equivalente a reflejar el contenido en la psicoterapia verbal. Se trata de parafrasear lo que el niño dice durante la sesión de juego. Por ejemplo, el terapeuta de juego puede decir: “Sabes mucho de tu amiga Mara” o “A ti y a Mara les gustan muchas de las mismas cosas” (después de que el niño comparte varios detalles sobre su amiga). Según Landreth (2002), reflejar el contenido ayuda a validar las percepciones del niño de sus experiencias, facilitando así la autocomprensión.

Reflejar los sentimientos

Esta habilidad reconoce los sentimientos del niño y es una herramienta clave para la construcción de relaciones que lo ayuda a saber que el terapeuta está presente, observando y en sintonía con sus sentimientos y necesidades. Un niño puede jugar a lanzar el aro, tener éxito en su primer intento y con una amplia sonrisa exclamar: “¡Sí!”. Aquí el terapeuta puede reflejar el sentimiento expresado diciendo: “Estás entusiasmado/a; lo lograste en el primer intento”.

Facilitar la toma de decisiones y devolver la responsabilidad

Desde la perspectiva de un niño, los adultos tienen todas las respuestas, así que no hay necesidad de intentar. La regla de oro en la terapia de juego es no hacer por el niño lo que este puede hacer por sí mismo (Landreth, 2002). Las respuestas que facilitan la toma de decisiones o les devuelven la responsabilidad ayudan a los niños a experienciarse a sí mismos como capaces y empoderados. Algunos ejemplos de respuestas que facilitan la toma de decisiones y devuelven la responsabilidad al niño son: “Aquí tú decides con qué juguetes quieres jugar” o “Aquí eso depende de ti” (cuando el niño le pide al terapeuta que juegue a lo que él debía jugar primero).

Facilitar la creatividad y la espontaneidad

La terapia de juego también faculta a los niños para verse a sí mismos como seres creativos. Cuando un terapeuta de juego transmite aceptación, estímulo y permisividad, al niño se da la libertad de expresar su unicidad y espontaneidad. Esta autonomía le posibilita desarrollar la flexibilidad en los pensamientos y acciones. Algunas respuestas terapéuticas que facilitan la creatividad incluyen “Puedes utilizar cualquier color que te guste” (cuando el niño pregunta al terapeuta qué color debe utilizar) o “Tienes un montón de ideas sobre lo que quieres hacer” (cuando la niña describe diversos trabajos manuales que le gustaría hacer).

Formar e incentivar la estima

Esta habilidad reconoce el esfuerzo y la energía de los niños y por lo tanto aumenta su sentido de sí mismos. Las declaraciones de formación de estima ayudan al niño a experienciarse a sí mismo como capaz. Ejemplos de respuestas de formación e incentivo de la estima son “estás intentando muchas cosas diferentes” o “realmente te estás esforzando”. El incentivo también puede servir para dar permiso a un niño indeciso de atreverse a jugar libremente. Por ejemplo, el niño puede entrar lentamente a la sala de juegos y mirar a su alrededor con incertidumbre antes de elegir un juguete. En este punto, el terapeuta puede decir “decidiste echar un vistazo a ese para ver si quieres jugar con él”.

Facilitar la relación

Dado que la alianza terapéutica representa potencialmente todas las relaciones íntimas, el terapeuta hace un esfuerzo por responder al niño cuando él o ella aborda

la relación terapéutica. Las respuestas relacionales modelan la comunicación efectiva y reflejan el cuidado del terapeuta hacia el niño. Las respuestas que facilitan la relación incluyen, por ejemplo: “Querías que yo lo viera” (cuando el niño elige un muñeco y se lo muestra al terapeuta) y “Disfrutas de nuestro tiempo especial en la sala de juegos” (cuando el niño dice que le gusta venir a la sala de juegos con el terapeuta). Las respuestas relacionales siempre deben hacer referencia a ambos, el niño y el terapeuta.

Establecer límites

Landreth (2002) sugiere un método de establecer límites que procura ayudar al niño a desarrollar la autodirección y la autoresponsabilidad. Este modelo RCE⁴ implica: a) reconocer el sentimiento; b) comunicar el límite, y c) encontrar una alternativa. La naturaleza permisiva de las sesiones de juego incentiva límites mínimos destinados a la seguridad del terapeuta, del niño y de los juguetes y materiales de la sala de juegos. Utilizando el modelo RCE, la niña puede recoger un poco de arena en sus manos y comenzar a caminar hacia la casa de muñecas con la arena. Entonces el terapeuta puede decir: “Te gustaría traer un poco de arena a la casa de muñecas (afirmación de empatía que reconoce los sentimientos/intención), pero la arena debe quedarse en su bandeja (comunicar el límite). Puedes traer las muñecas a la bandeja de arena (encontrar una alternativa aceptable)”.

Involucrar a los padres en el proceso terapéutico

Antes de la primera sesión de juego, el terapeuta se reúne con el (los) padre(s) sin el niño presente. La extensión de la sesión y la información solicitada/compartida por el terapeuta dependerá de su filosofía teórica y personal. El objetivo principal de esta primera reunión es que el terapeuta pueda conectar con los padres, enfocarse en sus preocupaciones y poner énfasis en la importancia de su papel en la terapia del hijo.

Durante la primera consulta con los padres, el terapeuta les informa sobre la terapia de juego y qué pueden esperar del proceso en conjunto. Esto incluye una descripción de la sala de juegos, el papel del juego en la vida de un niño y de cómo los juguetes y los materiales de juego facilitan la autoexpresión del

⁴ *modelo RCE*. Traducción de *ACT model*, empleado en inglés por Landreth. (Nota del revisor técnico).

niño. El terapeuta también puede querer preguntar por circunstancias especiales que puedan afectar el proceso de la terapia de juego. Por ejemplo, algunos niños pueden tener dificultades para separarse de sus padres, incluso por cortos períodos de tiempo. Esta información facultará al terapeuta a hablar con los padres de los posibles cursos de acción a tomar si el niño se aferra a ellos.

La consulta inicial con los padres también ofrece al terapeuta la oportunidad de subrayar la importancia de la confidencialidad. En los EE.UU., la mayoría de los estados no reconoce el derecho del niño a la confidencialidad; sin embargo, el terapeuta debe poner énfasis en la importancia de proporcionar a los niños un espacio seguro donde se sientan libres para expresarse. De esta manera, aunque el terapeuta puede señalar temas/patrones generales de conducta, no se revelarán directamente a los padres conductas y palabras específicas del juego. Partiendo de esta premisa, los padres no observan las sesiones de juego, para que los niños tengan la libertad de expresar sus sentimientos, pensamientos, necesidades y acciones. Durante la primera consulta con los padres, el terapeuta también pondrá énfasis en la importancia de su participación constante en la terapia de juego, señalando el potencial de interferencia en el proceso terapéutico de una asistencia irregular.

El terapeuta de juego también señalará la necesidad de una sesión final en el caso de que los padres decidan terminar prematuramente la terapia. Un final abrupto sin el apoyo del terapeuta de juego puede causar molestias indebidas al niño, sobre todo si existe una fuerte conexión entre ellos. Una sesión final permite al terapeuta la oportunidad de hacer un cierre, al tiempo que faculta al niño experimentar un final positivo para una relación significativa.

En coherencia con el enfoque centrado en la persona, el terapeuta de juego aborda a los padres con empatía, autenticidad y consideración positiva incondicional. El objetivo es conectar con los padres para que ellos vean al terapeuta como digno de confianza y comprensivo. Esta primera reunión a menudo prepara el escenario para el grado de compromiso que tienen los padres en el proceso de la terapia de juego. Por tanto, la primera consulta no es momento para la educación y la instrucción, que pueden potencialmente abrumar a los padres.

Una parte importante de la terapia de juego es el contacto constante con los padres en consultas regulares de seguimiento. Un mínimo de reuniones una vez al mes (de aproximadamente 30 minutos cada una) posibilita al terapeuta continuar construyendo una relación con los padres, proporcionar apoyo, determinar necesidades adicionales y verificar las experiencias/progreso del niño en el hogar y en la escuela.

Un componente importante de estas consultas de seguimiento es la discusión de temas de juego demostrados por el niño durante las sesiones

de juego. Estas conversaciones ayudan a mantener la involucración de los padres en la terapia de juego al tiempo que facilitan una mejor comprensión de su hijo. El terapeuta puede, por ejemplo, ayudar a los padres a establecer conexiones entre el comportamiento de juego del niño y su comportamiento en el hogar/escuela. Un niño que tiene dificultades para respetar los límites en el hogar también puede intentar transgredir los límites en la sala de juegos. El terapeuta puede utilizar este conocimiento/experiencia para ayudar a los padres a desarrollar habilidades efectivas para establecer límites (por ejemplo, el modelo RCE). Bratton, Landreth, Kellam & Blackard (2006) describen las habilidades comunes que los terapeutas pueden enseñar a los padres. Además de establecer límites, estas incluyen incentivar, reflejar los sentimientos, dar opciones, devolver la responsabilidad al niño y transmitir técnicas de resolución de problemas.

Las consultas constantes con los padres incentivan su continua participación en la terapia de juego, ayudan a desarrollar las habilidades parentales y construyen una alianza saludable entre los padres y el terapeuta. Como parte de la evaluación inicial y las consultas continuas, los terapeutas centrados en el niño evaluarán la disposición de padres y niños a participar en la terapia filial, con el objetivo en mente de transferir a los padres habilidades de terapia de juego cuando, según el juicio clínico, la situación lo determine.

Aplicaciones multiculturales de la terapia de juego

Los enfoques centrados en la persona han sido criticados por ser individualistas por naturaleza (Kirschenbaum, 2004) y, por lo tanto, potencialmente inapropiados para las culturas más comunitarias. Sin embargo, en la terapia de juego centrada en el niño (TJCN), se considera a este como un organismo holístico con una experiencia única de su mundo y una capacidad innata de autodirección. Así, el terapeuta no tiene nociones preconcebidas acerca de la realidad del niño. Un terapeuta de juego culturalmente responsivo será consciente de posibles variables culturales específicas que informan e impactan la experiencia del niño. Esta consciencia debe facilitar un deseo de aprender sobre los valores familiares y culturales únicos del niño. Esto implica una aceptación de cada niño, así como de las normas grupales más importantes. Dado que los juguetes serán utilizados por el niño para representar simbólicamente su realidad social y cultural, los materiales de juego también deben reflejar la diversidad cultural.

Strupp (1993) sugirió que los terapeutas que desean transferir las intervenciones terapéuticas de una cultura a otra tienden a poner énfasis en la relación. Dado que la TJCN es una terapia basada en la relación, se considera

adecuada para utilizarse con diversos grupos culturales. Ramírez (1999) señaló que en la TJCN el terapeuta intenta considerar la perspectiva del niño sin imponerle sus propios puntos de vista. Según Glover (2001), ya que la TJCN se basa en la aceptación y el respeto, es una intervención apropiada para usarse con diversos grupos. Ha habido poca investigación sobre la aplicación multicultural de la TJCN, pero los estudios realizados apoyan su eficacia (por ejemplo, Garza & Bratton, 2005; Shen, 2002). Garza & Bratton encontraron que la TJCN era eficaz en el tratamiento de problemas de conducta en los niños hispanos, mientras que Shen estudió el impacto de la TJCN sobre los niños chinos que sobrevivieron a un terremoto y encontró una reducción significativa de la ansiedad y el riesgo de suicidio. Otro estudio realizado por Baggerly & Parker (2005) presenta evidencia anecdótica de sesiones de TJCN con niños afroamericanos y proporciona sugerencias para incorporar la cosmovisión africana en la TJCN.

Hasta la fecha, las aplicaciones transculturales de la terapia filial/terapia relacional hijo padre (TRHP) han recibido más atención en la bibliografía que la terapia de juego. El foco de la terapia filial en la familia y en la relación entre padres e hijos puede hacer que sea especialmente adecuada para su aplicación en grupos culturales diversos (Strupp, 1993). Existen estudios que examinan la eficacia de la terapia filial con diversas poblaciones de padres incluyendo: alemanes (Grskovic & Goetze, 2008), nativoamericanos (Glover & Landreth, 2000), israelíes (Cedron, 2004), inmigrantes chinos (Chau & Landreth, 1997; Yuen, Landreth & Baggerly, 2002), inmigrantes coreanos (Lee & Landreth, 2003), coreanos (Jang, 2000), latinos (Ceballos, 2008), afroamericanos (Sheely, 2008; Solis, Meyers & Varjas, 2004), y una jamaicana (Edwards, Ladner & White, 2007). Los hallazgos de estos estudios reflejan una disminución del estrés parental (Ceballos, 2008; Chau & Landreth, 1997; Sheely, 2008), una reducción de los problemas de conducta percibidos en los niños (Ceballos, 2008; Sheely, 2008; Yuen, Landreth & Baggerly, 2002), una mayor aceptación de sus hijos por parte de los padres (Jang, 2000), aumento de la empatía parental (Glover & Landreth, 2000), y un aumento de la consciencia y el análisis de las prácticas parentales (Edwards, Ladner & White, 2007; Solis, Meyers & Varjas, 2004).

En resumen, si bien se necesita más investigación, la utilidad de la terapia de juego centrada en el niño ha sido demostrada transculturalmente. Además, el uso de enfoques culturales específicos muestra respeto por el marco cultural del consultante y por lo tanto se alinea con el respeto coherente con un enfoque centrado en el niño.

Conclusión

Durante el siglo pasado, la terapia de juego evolucionó para incluir una amplia gama de enfoques teóricos e intervenciones/técnicas de tratamiento que se arraigan en los poderes terapéuticos del juego, aunque los enfoques centrados en el niño/no-directivos siguen siendo los más utilizados por los profesionales (Lambert, LeBlanc, Mullen *et al.*, 2005) y los más ampliamente investigados (Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005). Este trabajo se centra en la teoría, la investigación y la práctica de la terapia de juego centrada en el niño (TJCN). La investigación sobre la terapia de juego se remonta a 1942 e incluye los últimos metaanálisis que demuestran su eficacia como modalidad de tratamiento para los niños. Al igual que en la terapia centrada en la persona con adultos, la TJCN pone énfasis en la primacía de la relación terapeuta-consultante como el conducto para el cambio terapéutico sostenible. Según Axline (1947) y Landreth (2002), el terapeuta desarrolla una relación cálida y amistosa con el niño, lo acepta como es, crea una atmósfera de permisividad, reconoce y refleja sus sentimientos, reconoce la capacidad del niño para resolver problemas, no dirige sus acciones, considera la terapia como un proceso gradual y establece límites mínimos. Mediante el simbolismo de los juguetes, el niño es libre de comunicar sus sentimientos, pensamientos y necesidades y avanza hacia la salud emocional y conductual. Con el fin de mejorar la eficacia de la terapia de juego, el terapeuta centrado en el niño ve a este en el contexto de un sistema de apoyo y, por lo tanto, trabaja con los padres para ayudarles a aumentar la comprensión de su hijo e involucrarse más en el proceso de la terapia de juego. La terapia filial, una extensión de la TJCN, involucra plenamente a los cuidadores en la terapia de sus hijos, enseñándoles principios de la TJCN para utilizar en sesiones especiales de juego con sus propios niños.

En resumen, la terapia de juego centrada en el niño tiene una larga historia de uso y una sólida base de investigación para apoyar su utilidad con niños que presentan una gran diversidad de problemas. La TJCN es única en tanto se ha mostrado que sus principios y procedimientos son eficaces cuando son aplicados por los profesionales de la salud mental y se muestra igualmente efectiva cuando los cuidadores la practican bajo la supervisión de un profesional de salud mental entrenado en la terapia de juego. Su amplio atractivo y utilidad como modalidad de tratamiento se evidencia aún más por su exitosa aplicación con diversas poblaciones de niños.

Referencias

- Axline, V. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Baggerly, J. (2004). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 13, 31-51.
- Baggerly, J. & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 83, 387-396.
- Bratton, S., Landreth, G., Kellam, T. & Blackard, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. Nueva York: Routledge.
- Bratton, S. & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9, 47-88.
- Bratton, S., Ray, D. & Landreth, G. (2008). Play therapy. In M. Hersen & A. Gross (Ed.), *Handbook of clinical psychology, Vol. II: Children and adolescents* (pp. 577-625). Nueva York: Wiley & Sons.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.
- Casey, R. & Berman, J. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Ceballos, P. (2008). *School-based Child Parent Relationship Therapy (CPRT) with low income immigrant Hispanic families: Effects on child behavior and parenting stress*. Tesis doctoral inédita, University of North Texas.
- Chau, I. Y. & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with Chinese parents: Effects on parental empathic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 75-92.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillside, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Danger, S. & Landreth, G. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 81-102.

- Dougherty, J. & Ray, D. (2007). Differential impact of play therapy on developmental levels of children. *International Journal of Play Therapy*, 16, 2-19.
- Edwards, N. A., Ladner, J. & White, J. (2007). The perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother. *International Journal of Play Therapy*, 16, 36-53.
- Fall, M., Balvanz, J., Johnson, L. & Nelson, L. (1999). A play therapy intervention and its relationship to self-efficacy and learning behaviors. *Professional School Counseling*, 2(3), 194-204.
- Flahive, M. & Ray, D. (2007). Effect of group sandtray therapy with preadolescents in a school setting. *Journal for Specialists in Group Work*, 32, 362-383.
- Freud, A. (1928). *Introduction to the technique of child analysis*. Nueva York: Nervous and Mental Disease Publishing.
- Garza, Y. & Bratton, S. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 51-80.
- Gil, E. & Drewes, A. (Eds.). (2005). *Cultural issues in play therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Ginott, H. (1961). *Group psychotherapy with children: The theory and practice of play therapy*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Glover, G. J. (2001). Cultural considerations in play therapy. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 31-42). Filadelfia, Pennsylvania: Brunner-Routledge.
- Glover, G. J. & Landreth, G. L. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 57-80.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Nicht-direktive Spieltherapie* [Nondirective play therapy]. Múnich: Kindler.
- Grskovic, J. A. & Goetze, H. (2008). Short-term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. *International Journal of Play Therapy*, 17, 39-51.
- Guerney, B., Jr. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 304-310.
- Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 1-17.

- Hambidge, G. (1955). Structured play therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 601-617.
- Irwin, E. (1983). The diagnostic and therapeutic use of pretend play. In C. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 148-173). Nueva York: Wiley & Sons.
- Jang, M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 39-56.
- Jones, E. & Landreth, G. (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 117-140.
- Karcher, M. & Lewis, S. (2002). Pair counseling: The effects of a dyadic developmental play therapy on interpersonal understanding and externalizing behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 19-42.
- Kidron, M. (2004). Filial therapy with Israeli parents (Tesis doctoral inédita, University of North Texas, 2003). *Dissertation Abstracts International*, A 64(12).
- Kirschenbaum, H. (2004). Carl Rogers's life and work: An assessment on the 100th anniversary of his birth. *Journal of Counseling and Development*, 82, 116-124.
- Klein, M. (1932). The psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 223-237.
- Kot, S., Landreth, G. & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7(2), 17-36.
- Lambert, S., LeBlanc, M., Mullen, J., Ray, D., Baggerly, J., White, J. et al. (2005). Learning more about those who plan in session: The national play therapy in counseling practices project (Phase I). *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 7-23.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of relationship*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. & Bratton, S. (1998). Play therapy. *Counseling and Human Development*, 31(1), 1-12.
- Landreth, G. & Bratton, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. Nueva York: Routledge.

- LeBlanc, M. & Ritchie, M. (1999). Predictors of play therapy outcomes. *International Journal of Play Therapy*, 8, 19-34.
- LeBlanc, M. & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly*, 14, 149-163.
- Lee, M. & Landreth, G. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *The International Journal of Play Therapy*, 12(2), 67-85.
- Levy, D. (1939). Release therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 9, 713-736.
- Moustakas, C. (1953). *Children in play therapy*. Nueva York: McGraw-Hill.
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Final Report*. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, Maryland: Department of Health and Human Services.
- Packman, J. & Bratton, S. (2003). A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 7-29.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. Nueva York: Norton. Traducción española: (1961). *Formación del símbolo en el niño: Imitación, juego y sueño*. México. Fondo de Cultura Económica (Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis).
- Post, P. (1999). Impact of child-centered play therapy on the self-esteem, locus of control, and anxiety of at-risk 4th, 5th, and 6th grade students. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 1-18.
- Raman, V. & Kapur, M. (1999). A study of play therapy in children with emotional disorders. *NIMHANS [National Institute of Mental Health and Neuro Sciences. Bangalore, India] Journal*, 17, 93-98.
- Ramirez, L. M. (1999). A reader's response to working with Latino/a clients: Five common mistakes. *Association for Play Therapy Inc. Newsletter*, 18(1), 3-4.
- Raskin, N. & Rogers, C. R. (2005). Person-centered therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies (7th ed.)* (pp. 130-165). Belmont, California: Brooks/Cole.
- Ray, D. (2006). Play therapy supervision. In T. K. Neill (Ed.), *Helping others help children: Clinical supervision of child psychotherapy* (pp. 89-108). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.

- Ray, D. (2007). Two counseling interventions to reduce teacher-child relationship stress. *Professional School Counseling, 10*, 428-440.
- Ray, D., Bratton, S., Rhine, T. & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy, 10*(1), 85-108.
- Ray, D., Schottelkorb, A. & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy, 16*, 95-111.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.
- Schumann, B. (2004). Effects of child-centered play therapy and curriculum-based small group guidance on the behaviors of children referred for aggression in an elementary school setting. *Dissertation Abstracts International, 65*, 4476.
- Shashi, K., Kapur, M. & Subbakrishna, D. (1999). Evaluation of play therapy in emotionally disturbed children. *NIMHANS [National Institute of Mental Health and Neuro Sciences. Bangalore, India] Journal, 17*, 99-111.
- Sheely, A. (2008). *School-based Child Parent Relationship Therapy (CPRT) with low income Black-American families: Effects on child behavior and parenting stress*. Tesis doctoral inédita, University of North Texas.
- Shen, Y. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 43-63.
- Solis, C. M., Meyers, J. & Varjas, K. M. (2004). A qualitative case study of the process and impact of filial therapy with an African American parent. *International Journal of Play Therapy, 13*(2), 99-118.
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 431-433.
- U.S. Public Health Service. (2000). *Report of the surgeon general's conference on children's mental health: A national action agenda*. Washington, Distrito de Columbia: Author.
- Weisz, J., Weiss, B., Han, S., Granger, D. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcomes studies. *Psychological Bulletin, 117*, 450-468.

- West, J. (1996). *Child-centred play therapy (2nd ed.)*. Londres: Hodder Arnold.
Traducción española: (2000). *Terapia de juego centrada en el niño (2^a ed.)*.
México: Manual Moderno.
- Wilson, K. & Ryan, V. (2005). *Play therapy: A non-directive approach for children and adolescents (2nd ed.)*. Oxford: Elsevier.
- Yuen, T., Landreth, G. L. & Baggerly, J. (2002). Filial therapy with immigrant Chinese families. *International Journal of Play Therapy*, 11(2), 63-90.

LA RESONANCIA INTERACTIVA EN EL TRABAJO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES: UN CONSTRUCTO CON FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL MEDIANTE EL JUEGO Y EL USO DE JUGUETES¹

Michael Behr

En el siglo XX nadie apoyaba la idea de que la relación entre el terapeuta y el consultante es decisiva para una psicoterapia efectiva tan temprano y de manera tan diferenciada como lo hizo Rogers con la teoría del concepto centrado en el consultante como un todo (Rogers 1951, 1959; Axline, 1947). La incongruencia entre el autoconcepto y la experienciación orgánsmica se reduce dentro de una relación terapéutica basada en las tres condiciones nucleares centradas en el cliente. Mediante, y dentro de, una relación de aceptación, el consultante puede llegar a tomar conciencia de su experienciación orgánsmica subliminal e integrarla en su renovado autoconcepto. Sin embargo, esta idea básica del proceso terapéutico centrado en el consultante explica solo parcialmente la importancia de las condiciones de una relación centrada en el consultante.

El terapeuta también se involucra en un nivel personal y de una manera auténtica mientras se enfoca en el aquí y ahora dentro de la relación. Esto es también lo que Rogers quiso decir cuando hablaba de la autenticidad. Él la puso en práctica en su trabajo terapéutico, pero al principio no la describió ni elaboró explícitamente. No obstante, esto sucedió cuando, en las décadas de los años 1950 y 1960, se realizaron investigaciones empíricas y experimentales sobre la psicoterapia centrada en el cliente. Por ejemplo, cuando Ruth Cohn aún debía luchar para que la contratransferencia del psicoanalista no se considerara como una muestra de incompetencia y como un factor de perturbación (Cohn, 1959), en este medio los académicos estaban experimentando con constructos

¹ Fuente: Behr, M. (2003). Interactive resonance in work with children and adolescents: A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2(2), 89-103.

tales como la autorrevelación del terapeuta, la inmediatez dentro de la relación y la confrontación (Carkhuff, 1969; Swildens, 1991, Pfeiffer, 1991; Kessel & Linden, 1993; Finke, 1994).

En este trabajo, en primer lugar presento una panorámica sucinta de los principales conceptos de la terapia de juego centrada en la persona, resaltando la necesidad de un enfoque más interactivo de la teoría y la práctica. Luego introduzco el concepto clave de *resonancia interactiva*,² una extensión de los conceptos de aceptación y empatía en el ámbito no verbal. Sobre la base del trabajo de Daniel Stern y los teóricos del apego, describo cómo este principio es particularmente relevante en el trabajo con niños y elaboro su aplicación en diversas situaciones importantes en la terapia de juego, incluyendo actividades con reglas, juego de roles, peleas y el establecimiento de límites.

Conceptos de la terapia de juego centrada en la persona

En particular, el concepto clásico centrado en el consultante en la terapia de niños desarrollado por Virginia Axline (1947; Tausch & Tausch, 1956) tiene una importancia clave. Si bien su libro ya tiene más de cincuenta años, todo lo que nos dice es válido para la manera en que vemos a los niños hoy en día, incluyendo su necesidad de disponer de espacio para desplegarse y el modo en que los adultos deberían relacionarse con ellos. Los principios fundamentales de Axline, su respeto por el niño y su crecimiento no manipulado son válidos aún hoy, con respecto al concepto, así como también a la ética y la actitud de la persona adulta. La relación de ayuda que describe ofrece mucho espacio para que el niño se desarrolle libremente. El niño se desplaza en la sala de juegos —es libre de elegir y jugar *sus* juegos. El terapeuta afirma, da permiso, se abstiene de emitir juicios simplemente repitiendo, y de ese modo verbalizando la experiencia del niño.

Axline evoca la imagen de un adulto aceptante, sentado en una silla mientras observa con mucha atención lo que sucede, una persona presente verbalmente y que registra lo que observa en un anotador, sin recursos electrónicos. Participa en el juego o se involucra más activamente solo cuando el niño la invita explícitamente a hacerlo. Este concepto de terapia se basa en el supuesto, como lo expresé antes, de un proceso de cambio en el cual la congruencia aumenta en una persona mediante la aceptación incondicional ofrecida por la otra persona. Sin embargo, una dimensión de la terapia centrada en el cliente que está ausente

2 *resonancia interactiva*. Traducción de *interactive resonance*, empleado en inglés por Behr. (Nota del revisor técnico)

en el trabajo de Axline es la atención a la relación “aquí y ahora” entre el/la terapeuta y el niño.

Esto también aparece con claridad en los conceptos de Schmidtchen (1974, 1976, 1989, 1991; Schmidtchen & Baumgärtel, 1980; Baumgärtel, 1975). Merece que se le dé crédito por su investigación empírica mediante la cual, de acuerdo con la tradición centrada en el consultante, la terapia de niños ha llegado a formar parte de un círculo muy pequeño de métodos psicoterapéuticos basados en investigaciones rigurosas. Schmidtchen y sus colaboradores lograron diferenciaciones multifacéticas y muy útiles, así como la operacionalización de variables correspondientes al terapeuta y al consultante, y demostraron enfoques metodológicos diferenciados. Sin embargo, también en este caso se presta poca atención al “aquí y ahora” de la relación terapéutica. Como sucede con Axline, Schmidtchen considera al terapeuta participando solo con mucha reserva, aproximadamente el 30 por ciento del tiempo (1989; pp. 126-133; 1991, p. 114).

En contraste, Moustakas (1953, 1955, 1959, 1997) y Landreth (1991) enfatizan la importancia central de la relación. Sin embargo, en sus numerosos ejemplos de terapia de juego, Moustakas solo ofrece la transcripción de diálogos. Su llamado a fortalecer el poder personal del niño parece ser tan decidido y conmovedor como el de Axline, pero no explica cómo interactúa el terapeuta con el niño, sea mediante el juego o de otra conducta. Landreth, por su parte, diferencia los principios de Axline de una manera más concreta mientras trabaja estrictamente desde un paradigma terapéutico relacional. Su enfoque incluye un concepto maduro de una terapia filial centrada en la persona, que probó su eficacia en varios estudios de resultados y con varias poblaciones.

Los libros de texto actuales que resumen la psicoterapia centrada en la persona para niños son los de Wilson, Kendrick & Ryen (1992), West (1996) Norton & Norton (1997), Landreth (2001), Winberger (2001) y Goetze (2002).

La interacción y la relación en la terapia de juego: resonancia interactiva

Utilizando los antecedentes como base, este trabajo se propone extender los conceptos actuales de la interacción centrada en la persona en la terapia de juego focalizando la inmediatez de la relación entre el niño y el adulto. ¿Cómo pueden los adultos responder a las acciones del niño no solo verbalmente sino también por sus propias acciones de juego? Si el terapeuta explícita e implícitamente ofrece jugar con el niño, estableciendo así un contacto inmediato, esto reducirá

la incongruencia en las áreas de la autoexperiencia en las cuales el lenguaje como único medio ofrece pocas posibilidades adecuadas para la simbolización. El principio de autodesarrollo no-directivo puede extenderse y aplicarse de tal manera que registrará la interacción inmediata, las negociaciones y la manera en que niño y terapeuta juegan juntos. Para ilustrar lo que estoy diciendo describiré en detalle intervenciones terapéuticas individuales. El uso de constructos tales como empatía, autenticidad, sintonía afectiva,³ responsividad,⁴ espejar,⁵ reflejo, reacción asocial o refuerzo para describir estas intervenciones no estaría fuera de lugar, pero tampoco sería plenamente satisfactorio.

En las sesiones de juego, el niño o la niña reproduce patrones de interacción. Para esto, usa diferentes medios de juego que trascienden el lenguaje. En las interacciones el terapeuta usa el medio que elige el niño, ofreciendo así *resonancia* verbal o no verbal por su propia manera de actuar. Mientras hace esto, el terapeuta es empático en el nivel verbal, es responsivo, se sintoniza con los afectos del niño y en ocasiones espeja lo que el niño está haciendo, aunque no de manera demasiado *literal*. Tanto en el nivel de la creatividad como en el de la actividad, el terapeuta tratará de no adelantarse al niño, porque eso sería directivo. Pero el terapeuta tampoco se quedará demasiado detrás del niño porque resultaría tedioso y reduciría la inmediatez y la presencia del terapeuta.

Para esa forma de compromiso relacional sugiero la expresión “resonancia interactiva”. Este nuevo constructo parece ser útil aquí porque los constructos existentes tales como la responsividad, la sintonía afectiva, el espejar, etcétera, solo nombran aspectos parciales de las intervenciones en la terapia de juego. La resonancia interactiva puede ofrecer una descripción más comprehensiva y holística. Principalmente, representa una mejora y una modificación de la *empatía* como condición nuclear centrada en el consultante. Sin embargo, la resonancia interactiva también se relaciona en gran medida con la *autenticidad* del terapeuta. En reacción a lo que hace el niño, el terapeuta actúa y se focaliza en la relación, mostrándose como una persona que está presente y que está personalmente involucrado en la relación.

El ejemplo siguiente demuestra cómo el terapeuta logra un cambio en la terapia desplazándose desde una conducta ortodoxa de clarificación y apoyo hacia la resonancia interactiva.

3 *sintonía afectiva*. Traducción de *affect attunement*, empleado en inglés por Behr, siguiendo a Stern. (Nota del revisor técnico)

4 *responsividad*. Traducción de *responsiveness*, empleado en inglés por Behr, siguiendo a Ainsworth, Bell & Stayton. (Nota del revisor técnico)

5 *espejar*. Traducción de *mirroring*, empleado en inglés por Behr. (Nota del revisor técnico)

Ejemplo 1

Karen desea construir una torre apilando las sillas de la sala de juego, poniéndolas sobre la mesa para sentarse luego arriba de todo. El terapeuta comienza a hacer lo mismo y compite con la niña para construir la torre más alta.

Breve comentario: No solo los varones suelen construir torres. En sesiones anteriores el terapeuta ayudó a Karen en el mismo juego verbalizando sus emociones, motivaciones y cogniciones, tal como lo sugiere el concepto ortodoxo de terapia de juego no directiva. Para Karen esto es estabilizador y esclarecedor. Cuando realizó este juego en la sesión anterior y el terapeuta solo colaboró, resultó ser más bien aburrido para ambos. Ahora se trata de la relación, de la competencia y de quién manda. Ahora, el terapeuta con su resonancia interactiva ha captado plenamente el tema interno del niño como un tema de relación. Al final de la sesión ambos están sentados en sus torres de sillas y discutiendo cuál es la más alta y tiene más que decir. Al ser confrontada con una conducta diferente del terapeuta, Karen pudo experienciarse tratando con temas tales como la competencia y el poder. Es probable que se haya producido una simbolización y que esta sea profunda y duradera, puesto que la experimentó en una situación relacional real.

Juegos con reglas

¿Cómo puede responder el terapeuta cuando el niño o el adolescente elige un juego con reglas? Los ejemplos presentados en esta sección muestran cómo la resonancia interactiva permite que el adulto evite adoptar una posición moralista (exigiendo que se respeten las reglas) o una posición inferior (limitándose a verbalizar las emociones o motivaciones del niño).

Cuando en una sesión el niño elige un juego con reglas, quizás un juego de tablero, se producirá a continuación una serie de interacciones típicas con el terapeuta: seleccionar un juego, armarlo, decidir quién va a comenzar, moverse de acuerdo con las reglas, romper las reglas, expresar sentimientos cuando se produce una victoria o una derrota. Las reglas son aquí el área más central de interacción. En algún momento (las excepciones se presentan más adelante) el niño romperá las reglas. Él o ella lo hace sin que lo descubran o formula nuevas reglas a voz en cuello, dependiendo de la situación y por lo general para su propia ventaja. Los educadores suelen reaccionar exigiendo que se respeten las reglas. Los terapeutas que siguen la orientación de Axline pueden ser más permisivos. Podrían verbalizar los procesos emocionales y reflexivos que pueden ocurrir en el niño –y esto no es necesariamente erróneo. Sin embargo, existen mejores

posibilidades interactivas. La resonancia interactiva significa en este caso advertir lo que hace el niño y reaccionar actuando de una manera similar, no espejándola.

Ejemplo 2

Sven tira cuatro y mueve cinco lugares. En este momento, el terapeuta podría hacer lo mismo sin emitir comentarios –tirar tres y mover cuatro lugares. Esto podría dar lugar a una discusión. Pero el terapeuta también podría decir inmediatamente después que se rompió la regla: “Ah, ¿una regla nueva? Muy bien: ¿siempre adelantaremos un lugar más de lo que dice el dado?”.

Ejemplo 3

En una situación riesgosa Lisa cambia la regla. Dice: “Nunca se puede tomar la reina”. Opciones terapéuticas: “Muy bien, las torres pueden moverse como la reina” o “Muy bien, todos pueden cambiar la regla cuando es su turno”.

Lo que el niño hace produce resonancia en el terapeuta en el *nivel de la acción*. El niño está interactuando, es decir, está enfocado en el terapeuta como persona y lo siente plenamente como una persona actuante. Las resonancias que el terapeuta recibe se enfocan inmediatamente en la relación. Se produce un proceso de negociación honesta. El juego de tablero puede llegar a ser un acontecimiento altamente interactivo en el cual se desarrolla y clarifica el proceso. Al comienzo el niño puede sentirse irritado o contento con respecto a lo animado de lo que está sucediendo, o sentirse enojado, no queriendo seguir el juego. Sin embargo, el niño y el terapeuta están en relación y eso puede seguir desarrollándose. Por otra parte, si el terapeuta tiene que recordar todo el tiempo al niño que las reglas deben respetarse, se pone en el rol de un educador debiendo representar las normas y valores. Esto puede ser útil en el nivel educativo pero no en el terapéutico.

En todo esto se produce la resonancia interactiva sobre la base de:

- *La aceptación*: aquí esto significa que no solo acepto al niño como una persona con sus sentimientos; también acepto sus actividades lúdicas. Celebro los cambios de las reglas y las acepto de una manera afirmante. Podría disfrutar la creatividad del niño y no introduzco mensajes de fondo que suenan como regaño, muestras de condescendencia u ofensa.
- *La autenticidad*: aquí esto significa que estoy presente como una persona que participa en el juego y que tiene los mismos derechos. No dejo que nadie se aproveche de mí, cuido mis intereses y no simulo ser más tonto que mis compañeros de juego.

Al dar resonancia interactiva buscamos proporcionar una experiencia relacional profunda cualitativamente nueva, facilitando así la simbolización y también una autoexperiencia de diferente.

Influencias provenientes de la psicología evolutiva

El constructo *resonancia interactiva* se fundamenta y esclarece en enfoques directamente derivados de la psicología evolutiva.

Los cambios en los estilos cognitivos: la terapia evolutiva

El concepto de terapia evolutiva desarrollado por Ivey (Ivey, 1986; Ivey & Gonçalves, 1988) coincide con los principios rogerianos en la medida en que adopta una posición constructivista. Considera que las cogniciones del consultante y su estilo cognitivo son la referencia en torno a la cual se centra la interacción terapéutica y se desarrollan los significados personales. Es interesante destacar que este concepto terapéutico puede relacionarse con la teoría piagetiana. Pero, al mismo tiempo, Ivey considera que su enfoque es principalmente una orientación cognitiva que utiliza solo la conversación, la discusión y el cuestionamiento aun cuando se trabaja con niños pequeños (Ivey & Bradford-Ivey, 1990). Busca cambiar estilos cognitivos y no facilitar la autoexperiencia con respecto a un otro significativo. Complementa el enfoque ortodoxo de la terapia de juego centrada en el cliente.

Es muy impresionante observar cómo la teoría de psicología evolutiva de Stern confirma la teoría del yo-mismo centrada en el consultante de manera contundente, y al mismo tiempo la mejora cualitativamente. Y, como veremos, esto tiene consecuencias incluso en los más mínimos detalles de la metodología de la terapia de niños.

Visiones del yo-mismo: desde Rogers a Stern

El desarrollo del yo-mismo se produce cuando “una porción de la experiencia del individuo se diferencia y simboliza en una consciencia de ser, una consciencia de funcionar” (Rogers, 1959, p. 223). Esta consciencia “se va elaborando mediante la interacción con el ambiente, en particular el ambiente compuesto por otros significativos (...) -en un concepto de yo-mismo” (p. 223). Para Rogers, la consciencia de ser y funcionar parece ser un componente del concepto de yo-mismo, y esta consciencia se desarrolla mediante experiencias interpersonales.

Es así como la teoría rogeriana definitivamente ofrece un concepto de yo-mismo interactivo. Cuatro décadas más tarde, Stern desarrolló un modelo que se basa, de manera similar, en una visión interactiva del yo-mismo. Sin embargo, parece haber un detalle particular en el cual el modelo de Stern avanza un paso más. Stern (1985; 1986) piensa que los componentes o los elementos básicos del yo-mismo no se desarrollan *mediante* las experiencias interpersonales, sino *como* experiencias interpersonales. Para Stern, el yo-mismo *es* una colección de experiencias de interacción.

La implicación de esta importante modificación teórica para el proceso de la terapia centrada en el cliente podría ser reforzar las nuevas direcciones en la práctica centrada en el consultante que resaltan la importancia de la presencia inmediata del terapeuta y de la relación inmediata que se está ofreciendo (Carkhuff, 1969; Auw, 1991; Swilden, 1991; Pfeiffer, 1991; van Kessel & van der Linden, 1993; Funke, 1994; O'Leary, 199, Mearns, 2003). Sabemos, a partir de las terapias bien documentadas de Rogers, que él mismo usaba la inmediatez de su presencia terapéutica (Farber, Brink & Raskin, 1996). Facilitaba poderosas experiencias de una relación interpersonal cualitativamente nuevas en su trabajo con consultantes antes de que elaborara un concepto detallado de esta forma de conducta auténtica.

Ahora, si Stern conceptualiza el yo-mismo *como* experiencia interpersonal, entonces esto implica para la práctica terapéutica que deberíamos enfocarnos con gran fuerza en la relación aquí y ahora. El antecedente de esto, sin embargo, es que Stern y otros que hacen investigación infantil experimental desean echar abajo el paradigma basado en la simbiosis desarrollado por el grupo relacionado con Mahler (Mahler, Pine & Bergman, 1975; Mahler & Furer, 1968), así como el paradigma de la teoría del narcisismo. Los resultados de la investigación infantil culminan en la teoría interactiva del yo-mismo de Stern: el infante, como ser que, desde el nacimiento en adelante, es capaz de interacción y que en ningún momento imagina que está en simbiosis con la madre o el padre, sino que, por el contrario siempre es capaz de diferenciar entre él mismo y el otro. En la relación *con el otro* experiencia su yo-mismo en un proceso mutuo de interacción con elementos tanto de control como de sumisión. Para definir los elementos básicos de estas experiencias de yo-mismo, que en su núcleo son experiencias interpersonales, Stern (1986) desarrolló el constructo representación de interacciones generalizadas (RIG).⁶

⁶ *representaciones de interacciones generalizadas (RIG)*. Traducción de *representations of interactions that have been generalized (RIG)*, empleado en inglés por Behr, siguiendo a Stern. (Nota del revisor técnico)

En términos simples, estas experiencias -que son experiencias de estar juntos, por ejemplo con la madre o el padre- son siempre la suma de episodios de pequeñas interacciones similares. Suceden una y otra vez, siguiendo los mismos patrones, con ligeras variaciones. Son, podríamos decir, minilibretos. Las interacciones son generalizadas y permanecen en la memoria del infante como si se fueran sumando. Se convierten en representaciones generalizadas de interacción. Representan al yo-mismo no como un estado de ser, sino como un proceso: un yo-mismo que se experimenta a sí mismo como estando en un proceso de interacción y que luego desarrolla patrones, generalizaciones, invariancias, y así sucesivamente: las así llamadas RIGs.

Es así como nuestro ser, nuestra autoexperiencia, consiste en experiencias de relaciones. ¿Por qué las personas son diferentes? Porque desde el nacimiento en adelante, además de las diferencias constitucionales, tienen diferentes experiencias de relación. La naturaleza de las RIGs individuales depende de la naturaleza de las experiencias de interacción, en particular la manera en que la madre o el padre sintoniza la conducta de interacción con el nivel de estimulación y los afectos del infante. Para esta conducta Stern utiliza la expresión “sintonía afectiva” (Stern, 1985). Es esta sintonía afectiva la que conduce al desarrollo de RIGs y, por lo tanto, del yo-mismo. La madre puede sintonizarse adecuadamente con el infante de maneras específicas dentro del rango de tolerancia del niño. Sin embargo, ella puede también estimular de manera deficiente o excesiva al niño, sintonizarse de manera inadecuada o selectiva, pero también de manera auténtica o inauténtica. Stern detalla estas diferenciaciones según las diferentes etapas del desarrollo del yo-mismo.

Es evidente que este concepto es muy cercano al concepto centrado en el consultante de empatía y a las ideas de Rogers sobre el desarrollo del yo-mismo. Pero el poder del concepto de Stern reside no solo en el modelo empíricamente basado y detallado del desarrollo del yo-mismo infantil. También da origen a ideas y conceptos sobre la optimización de la conducta interpersonal con infantes y niños. En lo que se refiere a la relación con los adultos, esta ya ha sido desarrollada dentro del marco centrado en la persona, pero el modelo de Stern proporciona una base adicional para transferir estas ideas a la terapia de juego centrada en la persona.

Dos ejemplos ilustran la resonancia interactiva estimulada por el concepto de sintonía afectiva de Stern:

Ejemplo 4

Mientras está jugando con un juego de tablero, el niño podría mover las piezas cautelosa o dubitativamente, o también podría hacerlo de modo agresivo. Cuando

saca las piezas el niño, por ejemplo, podría hacerlo con rudeza o sacarlas con las puntas de los dedos de una manera altanera, distante y condescendiente. Más valor que las palabras tiene ofrecer resonancia a dicha dinámica conductual en el nivel de la acción a la vez que introduzco variaciones; por ejemplo, incorporando la dinámica emocional en mis propias actividades en el juego de una manera levemente diferente.

Ejemplo 5

Cuando elige un juguete, el terapeuta también puede resonar con la dinámica conductual a las emociones inherentes a las actividades del niño. En su primera sesión de juego, Lars mira los juguetes puestos en los estantes de una manera muy tímida y cauta. El terapeuta puede responder silenciosamente a su interés en ciertos juegos mostrando también interés, investigándolos a su vez, pero de una manera igualmente cauta, mientras muy sutilmente y solo por un breve momento *se adelanta al niño*. El terapeuta también puede mirar juguetes en otro lugar del estante de un modo igualmente indeciso.

El niño siente que sus actividades de juego evocan resonancia. Esta promueve más su autodesarrollo que el reconocimiento y la aceptación verbales: el terapeuta reconoce y posibilita lo que hace el niño por medio de su propia manera de actuar adoptando las acciones del niño y no imponiéndole nada; por lo tanto, *sin ponerse por delante de él*.

De la teoría del apego y la investigación infantil a la conducta del otro significativo

Otro modelo teórico con ideas fundamentales similares lo proporciona la teoría del apego (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Las investigaciones de la teoría del apego se ocupan extensamente de la cuestión del modo en que las experiencias de apego, presentes desde el momento del nacimiento, definen la manera de ser de la persona, algunas veces a lo largo de toda la vida, como patrones de interacción, experiencias de yo-mismo, incluso como evaluaciones de la competencia social, emocional y cognitiva (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974; Ainsworth & Bell, 1974; K. Grossmann, Fremmer-Bombik, Rudolph & Grossmann, 1988; Grossmann, 1989; Grossmann, Scheuerer-Englisch. & Loher, 1991; Suess, Grossmann & Sroufe, 1992). Por lo tanto, la investigación del apego ha llegado a adquirir una extraordinaria importancia en la práctica terapéutica (Höger, 1996). Esta investigación demuestra cómo los

patrones de apego de los consultantes se correlacionan con las estrategias de manejo (Schmidt, Höger & Strauss, 1999), la experiencia de resultados (Höger & Wissemann, 1999) y los asuntos vinculados con las relaciones interpersonales (Höger, 1995).

De especial interés para nosotros son los modelos de cómo se producen diferentes experiencias de apego. Según Ainsworth, esto emana de las diferentes conductas de apego que los padres muestran. Para poder describir esta conducta de apego con precisión, Ainsworth, Bell & Stayton desarrollaron el constructo de la *responsividad* materna, que es bastante similar a la *empatía* en la teoría centrada en la persona y a la *sintonía afectiva* en la investigación infantil (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974; Grossmann, 1977). Para esto ella desarrolló una escala de nueve niveles, que cuentan con descripciones precisas orientadas a la conducta, similares a las escalas centradas en el consultante para las variables del terapeuta.

Además de corresponder con el concepto centrado en el consultante de *empatía*, los conceptos de sintonía afectiva y responsividad también incluyen acciones no verbales tales como contacto visual, expresiones faciales, onomatopeyas, conducta de juego, y así sucesivamente. El constructo *resonancia interactiva* incluye también estos elementos y, además, implica que la conducta del terapeuta ofrece la oportunidad para que el niño experimente una relación con una persona auténtica, autorrevelante e inmediatamente presente. El terapeuta está presente como una persona real que da respuestas de conducta a las acciones del niño o el adolescente en un nivel real. De situaciones en las cuales se requieren el juego de roles, las peleas y el establecimiento de límites pueden extraerse algunos ejemplos esclarecedores.

El juego de roles, las peleas y el establecimiento de límites

Las peleas pueden surgir con mucha rapidez en cualquier actividad de juego, en particular en la turbulenta fase intermedia de un proceso terapéutico en la cual la autoimagen es frecuentemente revisada y reestructurada.

Ejemplo 6

María desea hacer una carrera con los autos deportivos entre ella y el terapeuta. Empuja los autos en dirección al terapeuta de una manera cada vez más agresiva y el terapeuta se los devuelve del mismo modo. Se producen varios choques y en determinado momento hay un choque entre dos autos que María y el terapeuta tienen en sus manos. Empiezan a intentar empujar a la otra persona como dos

luchadores. El terapeuta regula su presión según la de María, a veces más, a veces menos: una animada pelea en acción.

Dar resonancia interactiva en situaciones de pelea concretamente implica que la energía que es dirigida hacia el terapeuta se devuelve con una dinámica y una intensidad similares. El terapeuta debería ofrecer una especie de *resistencia dinámica*. Esta no es fuerte o dura, inflexible como una pared, sino más bien consiste en retirarse, acercarse de nuevo y otra vez dar lugar a nuevas posibilidades de interacción, como una danza común en la que en principio ambos conducen de manera alternada.

Para la resonancia interactiva en las peleas necesitamos estar conscientes de las limitaciones: no obstante la dinámica, el terapeuta debe tratar de estar suficientemente consciente de sí mismo para observar a tiempo cuando se amenazan los límites. El terapeuta no debe permitir que esto suceda e inmediatamente debe insistir en respetar las reglas existentes o no aceptar este tipo de peleas.

Ejemplo 7

Arnie desea boxear con el terapeuta. Este insiste en que no está permitido boxear con golpes “en la cabeza y debajo del cinturón”, y reacciona cuando se transgreden, aun levemente, estas reglas. Insiste en que se respeten las reglas y llega a interrumpir la pelea. Por supuesto, también es posible que el terapeuta no desee boxear contra Arnie. En ese caso no debería hacerlo.

Ejemplo 8

En un juego de roles, Kai desea encerrarse en el gran armario y luego encerrar también al terapeuta. Esto excede los límites del terapeuta y este no permite que suceda.

Con mucha frecuencia, durante el desarrollo del juego de roles ocurre un conflicto con el terapeuta en el nivel de la relación real. En algún punto en el juego llega un momento en el que el niño pide al terapeuta que haga algo que es imposible, que infringiría las reglas que se aplican dentro de la sala de juegos o que excede los límites personales del terapeuta. Por lo general este es un momento valioso desde el punto de vista terapéutico porque en él, de manera similar a lo que describí para las otras categorías de juego, es necesario negociar acerca de los propios intereses en una interacción auténtica. Se procesa el conflicto peleando y la relación se aclara.

Ejemplo 9

Mirco actúa rituales sadomasoquistas en la fase media del proceso terapéutico. Por ejemplo, poniendo la mano en la hornalla de la cocina de juguete y pidiendo a la otra persona que la encienda. Ahora desea hacerlo en la hornalla real de la cocina. La terapeuta se rehúsa a hacerlo y verbaliza sus sentimientos acerca del hecho y de él: no desea ser realmente torturada ni torturarlo a él; le duele, no lo disfruta, etcétera.

Un terapeuta que se involucra en conflictos o peleas de este tipo casi hasta el borde de sus límites personales no sería capaz de continuar haciendo terapia. Además, la relación estaría desbalanceada. Es esencial que el terapeuta cuide sus propios límites y así pueda seguir manteniendo la relación y la capacidad de actuar. Esto puede ser muy diferente dependiendo de la edad, el género o la mentalidad del terapeuta. Solo sería problemático si el terapeuta tuviera graves dificultades para mantener una conversación con el niño o fuera incapaz, por su parte, de manejar conflictos verbales.

Discusión

Incongruencia diferencial, resonancia interactiva y un nivel más profundo de simbolización

Además de sus esfuerzos sistemáticos para conceptualizar la incongruencia de una manera detallada y coherente (cf. Speierer, 1994; Finke & Teusche, 1991; Teusche & Finke, 1993), los conceptos de Stern (1985; 1986) brindan una perspectiva desde la psicología evolutiva. Desarrolló su paradigma interactivo del yo-mismo diferenciando entre diversas áreas de la experiencia del infante del otro y de sí mismo. En la interacción con el otro importante, el infante experiencia diferentes aspectos de sí mismo/a, dependiendo de su edad. En estas áreas de la autoexperiencia del infante, las interacciones con los otros importantes inevitablemente ocurren en un contexto de empatía y responsividad imperfectas y con una sintonía afectiva, un espejar y una resonancia parcialmente deficientes. Esto conduce al desarrollo de incongruencia entre el autoconcepto y la experiencia organísmica, y el modelo de Stern nos faculta diferenciar entre áreas distintas de la autoexperiencia. Cómo entonces puede simbolizarse en el autoconcepto una experiencia organísmica subliminal también depende del área de autoexperiencia en la que se desarrolló la incongruencia; también de en qué medida la verbalización efectiva en oposición a una verbalización inadecuada juega su papel, así como hasta dónde se desarrolla un lenguaje apropiado.

En el área del *lenguaje*, el proceso de simbolización en la terapia centrada en

el cliente y en toda terapia basada en palabras parece muy claro: en el proceso de simbolización encontramos una descripción verbal de la experiencia orgánica subliminal. Ya desde una etapa temprana el otro significativo se pone de acuerdo con el niño con respecto al significado de términos como, por ejemplo, *animado, triste, gracioso*. Estos términos no se corresponden exactamente con las experiencias orgánicas preverbales del niño. La potencia y la parte más satisfactoria de los procesos terapéuticos centrados en la persona es el desvelamiento de los significados y el adecuado reencuadre de las experiencias orgánicas. Para que esto ocurra, el terapeuta y el consultante con frecuencia deben usar metáforas o involucrarse en procesos preverbales buscando términos que expresen lo mejor posible las experiencias para las cuales es difícil encontrar las palabras precisas. Es frecuente que los consultantes adultos también puedan simbolizar una actitud, una acción, una imagen o una pieza de música usando medios no verbales.

Sin embargo, la incongruencia también puede basarse en experiencias de interacción que inicialmente están muy alejadas de la posibilidad de simbolización verbal, por ejemplo cuando en su interactividad una persona ha tenido poca experiencia de asumir su autoexperiencia. Esto, según Stern, es un segmento vivido de su yo mismo nuclear. Estas incongruencias fundamentales también tienen el efecto de que, mediante su conducta, los consultantes reproducen con sus terapeutas experiencias que pertenecen a sus interacciones con otros significativos.

Los terapeutas, en particular aquellos que trabajan con niños y adolescentes, saben que estos fenómenos suelen requerir dos cosas. Por un lado, necesitan ser atendidos de manera que puedan procesarse en un nivel verbal mediante la reflexión cognitiva para que los significados puedan renegociarse. Por otra parte, también requieren que el terapeuta *actúe* siempre con autenticidad mientras sintoniza con empatía con las experiencias de relación reproducidas. El terapeuta responde mediante su manera de actuar. Cuando estos procesos son exitosos, el consultante es capaz de desarrollar simbolizaciones de más fundamental importancia, y en la terapia esto suele marcar un hito importante. El consultante puede tener una experiencia de relación en la terapia. Stern diría que se actualiza una RIG (quizás hasta un ramillete de RIGs), se pone en un nuevo contexto y, después de haber sido modificada, se integra en una autogestalt renovada.

El potencial de la conducta del terapeuta diferenciada y adecuada

Al considerar las implicaciones para la práctica, puede ser particularmente importante enfatizar una vez más que el principio de la resonancia interactiva es útil solo cuando se pone en práctica de modo tal que el niño es capaz de simbolizar

experiencias que están insuficientemente integradas en el autoconcepto. Muchas fases de la terapia con niños o adolescentes requieren que el terapeuta actúe de una manera nutricional, empática, no confrontante y habilitadora de espacios. Al comienzo de la terapia, Sven puede ser tan frágil y tener tan poca autoestima que simplemente no puede soportar perder un juego de tablero. El terapeuta debe entonces encontrar una manera de aceptar violaciones a las reglas por bastante tiempo antes de ofrecer resonancia interactiva, que puede llegar más tarde. Cuando Mary está cocinando una comida para los adultos usando barro, víboras, moscas y excrementos, la cuestión es si el terapeuta debe comer esta comida (en fantasía) cuando así se lo pida la niña. Quizás en la fase inicial de una terapia deba hacerlo, pero no hacerlo más cuando más adelante ofrezca resonancia interactiva.

Cuando se trabaja con niños y adolescentes severamente perturbados, es decir, en casos en los cuales la autoestructura es frágil, es mejor no involucrarse en competiciones y peleas de una manera directa y dinámica. Los consultantes que en su ambiente social suelen sentirse rápidamente amenazados, y que entonces, sin transición, manifiestan conductas agresivas, reaccionarán a cualquier irritación en una escalada extrema de agresión. En estos casos no podemos estar seguros de que la resonancia interactiva resultará en la simbolización de experiencias orgánicas subliminales de agresión. El consultante más bien se experimenta amenazado y cree que puede defenderse solo por medio de la agresión. En general lo mismo sucede con niños que se sienten abrumados por sus emociones.

El constructo de resonancia interactiva ofrece un método con fundamento teórico para enriquecer procedimientos terapéuticos que se basan en un paradigma relacional. Mejora las posibilidades de simbolización que emergen de experiencias interactivas. Permite avanzar con los temas y problemas que parecen estar estancados en escenarios reiteradamente montados. Enriquece una relación terapéutica basada en conductas nutritivas, habilitadoras de espacios y apoyo. Esta es la formulación para todo proceso terapéutico —y la resonancia interactiva puede sumar experiencias interpersonales de relación, sintonía, cooperación y competencia que suman de manera inconmensurable al potencial dinámico de la relación. Cuando esto es posible, el terapeuta y el consultante habrán entrado en un terreno totalmente más rico.

Referencias

- Ainsworth, M. D. S. & Bell, S. M. (1974). Parent-infant interaction and the development of competence. In K. J. Connolly & J. Bruner (Eds), *The growth of competence* (pp. 131-164). Nueva York: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-parent attachment and social development: 'Socialization' as a product of reciprocal responsiveness to signals. In P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99-135). Londres: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.
- Auw, A. (1991). *Gentle roads to survival*. Lower Lake, California: Aslan Publishing.
- Axline, V. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Baumgärtel, F. (1975). *Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie*. Múnich: Pfeiffer.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. Londres: Hogarth Press. Traducción española: (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and anger*. Nueva York: Basic Books. Traducción española: (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss: Sadness and depression*. Nueva York: Basic Books. (1983). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations, Vols. I and II*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cohn, R. (1975). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart, Alemania: Klett.
- Farber, B. A., Brink, D. C. & Raskin, P. M. (1996). *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary*. Nueva York: Guilford. Traducción española: (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers: Casos y comentarios*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Finke, J. & Teusch L. (Eds). (1991). *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen* [Client-centered psychotherapy by neuroses and psychosomatic disorders]. Heidelberg, Alemania: Asanger.

- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion* [Empathy and interaction]. Stuttgart, Alemania: Thieme.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie* [Handbook of person-centered play therapy]. Göttingen, Alemania: Hogrefe.
- Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J. & Grossmann, K. E. (1988). Maternal attachment representations as related to child-parent attachment patterns and maternal sensitivity and acceptance of her infant. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds), *Relations within families* (pp. 241-260). Oxford: Oxford University Press.
- Grossmann, K. E. (1977). Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens von Mary D. S. Ainsworth [Scales for measuring maternal behavior from Mary D.S. Ainsworth]. In K. E. Grossmann (Ed.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt* (pp. 96-107). München: Kindler.
- Grossmann, K. E. (1989). Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung [Attachment Theory: Model and research in developmental psychology]. In Keller, H. (Ed.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (pp. 35-57). Berlin: Springer.
- Grossmann, K. E., Scheuerer-Englisch, H. & Loher, I. (1991). Die Entwicklung emotionaler Organisation und ihre Beziehung zum intelligenten Handeln [The development of emotional organisation and its relation to intelligent behavior], In F. Mönks & G. Lehwald (Eds). *Neugier, Begabung und Erkundung bei Kleinkindern* (pp. 66-76). München: Ernst Reinhardt.
- Höger, D. (1995). Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten: Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie [Differences in clients' relationship expectations regarding therapists]. *GwG*[Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie]-*Zeitschrift*, 100, 47-54.
- Höger, D. (1996). Bindungstheoretische Aspekte in der therapeutischen Beziehung [Aspects of attachment theory in therapist-patient interaction]. In K. M. Hocker (Ed.), *Methodenintegration in der psychosomatischen Rehabilitation* (pp. 37-55). Frankfurt am Main: Lang.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors 'Beziehung' in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie [Effects of the relationship factor in client-centered therapy]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 374-85.

- Ivey, A. (1986). *Developmental therapy: Theory into practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ivey, A. & Bradford-Ivey, M. (1990). Assessing and facilitating children's cognitive development: Developmental counseling and therapy in a case of child abuse. *Journal of Counseling and Development*, 68, 299-305.
- Ivey, A. & Gonçalves O. F. (1988). Developmental therapy: Integrating developmental processes into the clinical practice. *Journal of Counseling and Development*, 66, 406-13.
- Kessel, W. van & Linden, P. van der (1993). Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie; der interaktionelle Aspekt [The here-and-now relationship in client-centered psychotherapy]. *GwG*[Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie]-*Zeitschrift*, 90, 19-32.
- Landreth, G. L. (1991). *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie, Indiana: Accelerated Development.
- Landreth, G. L. (Ed.) (2001). *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations*. Filadelfia: Brunner-Routledge.
- Mahler, M. S. & Furer, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. Nueva York: International Universities Press. Traducción española: (1986). *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación*. México: Mortiz.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Nueva York: Basic Books.
- Mearns, D. (2003). Offering the client an engagement at relational depth. In D. Mearns, *Developing person-centred counseling* (2nd ed.) (pp. 5-9). Londres: Sage.
- Moustakas, C. E. (1953). *Children in play therapy: A key to understanding normal and disturbed emotions*. Nueva York: Ballantine.
- Moustakas, C. E. (1955). Emotional adjustment and the play therapy process. *Journal of Genetic Psychology*, 86, 79-99.
- Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship*. Nueva York: Ballantine.
- Moustakas, C. E. (1997). *Relationship play therapy*. Northvale, Nueva Jersey: Aronson.
- Norton, C. C. & Norton, B. E. (1997). *Reaching children through play therapy: An experiential approach*. Denver, Colorado: The Publishing Cooperative.

- O'Leary, C. (1999). *Counselling couples and families: A person-centred approach*. Londres: Sage.
- Pfeiffer, W. (1991). Psychotherapie als dialogischer Prozess [Psychotherapy as a dialogical process]. In M. Behr & U. Esser (Eds), *Macht Therapie glücklich?* (pp. 126-140). Colonia, Alemania: GwG [Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie] Verlag.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Londres: Contable. Traducción española: (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science, Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). Nueva York: McGraw Hill. Traducción española: (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Schmidtchen, S. (1974). *Klientenzentrierte Spieltherapie* [Client-centered play therapy]. Weinheim, Alemania: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1976). *Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie* [Handbook of client-centered child therapy]. Kiel, Alemania: Selbstverlag.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie* [Child psychotherapy]. Stuttgart, Alemania: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* [Client-centered play- and family therapy]. Weinheim, Alemania: PVU [Psychologie Verlags Union].
- Schmidtchen, S. & Baumgärtel, F. (1980). *Methoden der Kinderpsychotherapie* [Methods of child psychotherapy]. Stuttgart, Alemania: Kohlhammer.
- Schmidt, S., Höger, D. & Strauss, B. (1999). Bindung und Coping: Eine Erhebung zum Zusammenhang zwischen Bindungsstilen und Angstbewältigungsmustern in bedrohlichen Situationen [Attachment and coping: A survey on the relation between attachment styles and coping modes in threatening situations]. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 8, 39-48.
- Speierer, G.W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell* [Differential Incongruence Model]. Heidelberg, Alemania: Asanger.
- Stern, D. (1985). Affect attunement. In J. D. Call, E. Galenson & R.L. Tyson (Eds), *Frontiers of infant psychiatry, Vol. 2*. Nueva York: Basic Books.

- Stern, D. (1986). *The interpersonal world of the infant*. Nueva York: Basic Books.
Traducción española: (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Suess, G. J., Grossmann, K. E. & Sroufe, L.A. (1992). Effects of infant attachment to parent and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 43-65.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie* [Process-focused client-centered psychotherapy]. Colonia, Alemania: GwG [Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie].
- Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nicht-direktiven Verfahren* [Non-directive child psychotherapy]. Göttingen, Alemania: Hogrefe.
- Teusch, L. & Finke, J. (Eds). (1993). *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* [The theory of disorders in client-centered psychotherapy]. Heidelberg, Alemania: Asanger.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen* [Helping children through play]. Weinheim, Alemania: Beltz.
- West, J. (1996). *Child-centred play therapy* (2nd ed.). Londres: Hodder Arnold.
Traducción española: (2000). *Terapia de juego centrada en el niño* (2^a ed.). México: Manual Moderno.
- Wilson, K., Kendrick, P. & Ryan, V. (1992). *Play therapy: A non-directive approach for children and adolescents*. Londres: Bailliere Tindall.

LA INTEGRACIÓN DE LOS ENFOQUES SISTÉMICO Y HUMANISTA EN LA TERAPIA DE PAREJA FOCALIZADA EN LAS EMOCIONES¹

Melissa Burgess Moser y Susan Johnson

La terapia de pareja focalizada en las emociones (TPFE)² (Greenberg & Johnson, 1988; Johnson, 2004) considera la angustia relacional³ como un resultado de ciclos interaccionales negativos creados y mantenidos por las necesidades insatisfechas de apego: de amor, atención y aceptación de los integrantes de una pareja. A lo largo del proceso de la TPFE, se estimula a las parejas a explorar sus necesidades emocionales no reconocidas y expresar estas necesidades a su compañero. Se ha demostrado que la expresión de estas necesidades individuales no satisfechas y las correspondientes respuestas de apoyo de sus parejas, transforman los patrones interaccionales negativos entre los miembros de la pareja en ciclos más flexibles y positivos que facilitan la satisfacción relacional (Bradley & Furrow, 2004; Johnson & Greenberg, 1988).

Con el fin de conceptualizar la angustia de los integrantes de la pareja y aplicar la serie de intervenciones necesarias para guiar a los integrantes de la pareja a salir de los ciclos interaccionales negativos, la TPFE se inspira en los enfoques humanistas, de la terapia experiencial y de la terapia centrada en la persona (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Rogers, 1965) y en la terapia familiar y sistémica (Bateson, 1980; Minuchin & Fishman, 1981). Además, en los últimos quince años, la TPFE también ha integrado la teoría del apego adulto (Bowlby, 1988; Hazan & Shaver, 1987) en su conceptualización del funcionamiento de las relaciones saludables.

1 Fuente: Burgess Moser, M. & Johnson, S. (2008). The integration of systems and humanistic approaches in emotionally focused therapy for couples. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(4), 262-278.

2 *terapia de pareja focalizada en las emociones* (TPFE). Traducción de *emotion-focused couple therapy* (EFT), empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

3 *angustia relacional*. Traducción de *relational distress*, empleado por Burgess Moser & Johnson, siguiendo a Greenberg & Johnson. (Nota del revisor técnico)

La TPFE ha sido validada empíricamente a través de una serie de estudios de resultados (Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999), y ha demostrado su eficacia con parejas cuyos miembros sufren de trastorno de estrés postraumático y depresión (Dessaulles, Johnson & Denton, 2003; Johnson & Williams-Keeler, 1998). MacIntosh & Johnson (2008) también describen alentadores resultados preliminares de la TPFE con adultos sobrevivientes de abuso infantil. Además, los resultados con los padres de niños con enfermedades crónicas demuestran un alto nivel de estabilidad de satisfacción relacional en el seguimiento durante dos años (Clothier, Manion, Gordon-Walker & Johnson, 2002). La eficacia de la TPFE en distintas culturas y en las relaciones gay-lésbicas aún no se ha evaluado de manera sistemática; sin embargo, la experiencia clínica sugiere que la TPFE puede aplicarse con éxito en estas poblaciones. Josephson (2003) proporciona una descripción teórica y clínica de cómo puede aplicarse la TPFE en las relaciones entre personas del mismo sexo.

El objetivo de este trabajo es demostrar cómo el enfoque integrador aplicado en la TPFE proporciona un enfoque terapéutico comprehensivo para el tratamiento de las relaciones angustiantes. Específicamente, se describe cómo ciertos aspectos de la teoría del apego y de la perspectiva sistémica se entrelazan con los enfoques centrado en el cliente y experiencial sin sacrificar los fundamentos experienciales de la TPFE. Las primeras secciones del trabajo revisan los principales aspectos de las teorías humanista, sistémica y del apego que han influido en el desarrollo de la TPFE. Luego se presenta una breve descripción de cómo se combinan en la TPFE las técnicas humanísticas y sistémicas. A continuación, se ofrece una descripción de cómo se complementan entre sí las teorías humanista, sistémica y del apego en el tratamiento de la angustia relacional. La última sección del trabajo describe brevemente los pasos y etapas de la TPFE, y proporciona un ejemplo de caso de cómo se utilizan las técnicas clínicas con una pareja en la primera fase de la terapia.

Teorías humanistas

La TPFE está firmemente arraigada en los enfoques humanistas. En esta sección se examinan los aspectos integrales de los principios centrados en el consultante y experienciales que constituyen la base de la TPFE.

La relación terapéutica

En la TPFE es esencial una relación terapéutica colaborativa. Las relaciones terapéuticas humanistas se caracterizan por un cuidado no enjuiciador, aceptante

y respetuoso (Cain, 2002). El clima terapéutico así creado puede considerarse terapéutico en sí mismo pero, más significativamente, estas características fomentan la seguridad que los consultantes necesitan para procesar en terapia las experiencias emocionales difíciles (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). La investigación demuestra que cuando los terapeutas despliegan activamente actitudes empáticas y aceptantes hacia sus consultantes, es más probable que estos desarrollen una relación terapéutica colaborativa en términos de las tareas y los objetivos de la terapia (Watson & Geller, 2005). De manera similar, se demostró que la alianza terapéutica en la TPEE da cuenta del 20% de la varianza en los resultados terapéuticos (Johnson & Talitman, 1997).

Focalización en las emociones

En la TPEE, la principal focalización es en las experiencias emocionales de los consultantes. Las emociones organizan el comportamiento orientado a objetivos de un individuo (Frijda, 1986; Greenberg, Rice & Elliott, 1993), colorean la creación de sentido, e informan a los individuos de sus necesidades. Las emociones también comunican: señalan intenciones y necesidades a otros. Carl Rogers (1965) destacó la importante contribución de la congruencia entre las necesidades emocionales y la expresión de estas necesidades a la mejora de la vida familiar de sus pacientes después de la terapia.

Proceso versus contenido

Las terapias humanistas se focalizan en el proceso de las interacciones terapéuticas, más que en el contenido (Seeman, 2002). Los terapeutas comprenden que el consultante es el experto en su experiencia emocional (Johnson, 2004). Una tarea importante en la terapia experiencial es rastrear y seguir el procesamiento emocional de los consultantes para comprender cómo construyen los significados personales y formulan objetivos basados en sus experiencias emocionales con otros (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Orientación hacia el presente y hacia el crecimiento

En los enfoques humanistas, las intervenciones se focalizan en el presente. La construcción inmediata y continua de la experiencia por el consultante es el foco de la terapia (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Johnson, 2004). La investigación demuestra que la experienciación emocional focalizada en el presente de los consultantes influye en el desarrollo de nuevas comprensiones

instantáneas y cambios en las relaciones interpersonales (Kennedy-Moore & Watson, 2001).

De modo similar, las intervenciones humanistas están orientadas al crecimiento. Rogers (1965) creía que los consultantes pueden manejar con eficacia sus experiencias de vida, cuando las dificultades o experiencias emocionales originadas en estas situaciones se traen a su conocimiento consciente. Conceptualizaciones humanistas recientes de este enfoque orientado al crecimiento incluyen la comprensión de que los consultantes experimentaron acontecimientos de vida que les llevaron a no estar conscientes o a negar la confiabilidad y dirección de su propia experiencia emocional (Greenberg, Korman & Paivio, 2002). Uno de los principales objetivos de los enfoques experienciales es ayudar a los consultantes a examinar sus emociones antes inaccesibles y utilizar estas emociones como guía hacia nuevas formas de ser con otros (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Teoría sistémica

Individuo versus sistema

Con el fin de comprender y tratar los aspectos interpersonales de la angustia relacional, la TPFÉ también se inspira teóricamente en aspectos de la teoría sistémica. La contribución más influyente de los primeros teóricos sistémicos (Bateson, 1980; Bertalanffy, 1973) es que la familia es en sí misma un organismo, o un sistema, en el que la totalidad no es igual a la suma de sus partes. Dentro de la teoría sistémica se comprende que las interacciones familiares adquieren vida propia y que no tiene sentido tratar de comprender el comportamiento de un individuo fuera del contexto de su sistema familiar (Bertalanffy, 1973). A pesar de este útil concepto, algunos de los enfoques sistémicos pueden tender a pasar por alto la influencia de la personalidad individual sobre la comunicación y el comportamiento. Este enfoque caracteriza a los individuos dentro del sistema como indefensos y limitados (Nichols, 1987), en lugar de hacer énfasis en el crecimiento individual y la autoactualización. En un esfuerzo por fomentar una mayor exploración del “yo-mismo en el sistema”, Nichols (1987) señaló algo que también es una posición clave de la TPFÉ; concretamente: que para modificar el funcionamiento familiar, el cambio tiene que ocurrir *tanto* en el nivel individual como en el sistémico.

Causalidad y proceso circulares

La teoría sistémica también se focaliza en el concepto de causalidad circular⁴ (Nichols & Schwartz, 2006). La causalidad circular describe cómo el comportamiento de un miembro de la pareja dispara el comportamiento del otro, y viceversa. Un ejemplo claro se ve en una de las manifestaciones más reconocidas de angustia en las parejas: el ciclo interaccional⁵ *culpabilización-retracción*⁶ (Christensen, 1987). En este ciclo, una persona tiende a perseguir a su pareja, criticándola o atacándola. La otra persona responde defendiéndose y evitando las interacciones con su pareja. Sin embargo, este comportamiento retraído⁷ da alas a que el miembro persecutor⁸ de la pareja aumente sus críticas y quejas, lo que a su vez incrementa el nivel de evitación de la persona retraída. Observar el proceso a través del cual los individuos se comprometen mutuamente en este ciclo culpabilización-retracción posibilita al terapeuta dilucidar la naturaleza autopertuada y circular del patrón en el que está atrapada la pareja.

La teoría sistémica sugiere que los procesos interpersonales suelen definir los resultados (Segal & Bavelas, 1983). Por lo tanto, en los enfoques sistémicos, la atención dentro de la sesión se centra no tanto en el contenido de las comunicaciones, como en la manera en que los roles que los miembros de la pareja juegan en el ciclo, crean y mantienen la angustia relacional. De hecho, para cambiar los ciclos interaccionales difíciles, Michunin & Fishman (1981) subrayan la importancia de que cada miembro de la pareja acepte y comprenda cómo se compromete su compañero en su rol interaccional, en lugar de cuestionar y criticar sus respuestas.

Teoría del apego

Los teóricos del apego adulto (Rholes & Simpson, 2004) sostienen que los individuos desarrollan estrategias coherentes para regular su afecto en las relaciones

4 *causalidad circular*. Traducción de *circular causality*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson, siguiendo a Nichols & Schwartz. (Nota del revisor técnico)

5 *ciclo interaccional*. Traducción de *interaction cycle*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

6 *culpabilización-retracción*. Traducción de *guilt-withdrawal*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson, siguiendo a Christensen. (Nota del revisor técnico)

7 *retraído*. Traducción de *withdrawing*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

8 *persecutor*. Traducción de *pursuing*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

interpersonales sobre la base de sus experiencias relacionales pasadas y actuales. Estas estrategias habituales de respuesta interpersonal incluyen expectativas y sesgos acerca de cómo participar en relaciones íntimas (Hazan, Campa & Gur-Yaish, 2006). Estas estrategias típicamente se conocen como *orientaciones del apego*⁹ (Hazan & Shaver, 1987). Si los individuos se sienten amados, protegidos y seguros en sus relaciones, tienden a desarrollar orientaciones de apego *seguras*. Por otro lado, si sienten que sus parejas constantemente no responden en momentos de necesidad, se desarrollan orientaciones de apego *inseguras* (Brennan, Clark & Shaver, 1998).

Las orientaciones de apego tienen un impacto significativo en los procesos cognitivo-afectivos internos de los individuos, así como sobre los comportamientos de los miembros de la pareja en la relación (Bouthillier, Julien, Dube, Belanger & Hamelin, 2002; Shaver & Mikulincer, 2002). Además, las orientaciones de apego individuales se han conceptualizado como *procesos afectivos subyacentes* que determinan la frecuencia con que surge la necesidad de seguridad sentida y las estrategias utilizadas para satisfacer esta necesidad (Pietromonaco & Feldman Barrett, 2000). Por ejemplo, las personas seguras son más propensas a reportar relaciones estables, confianza y un deseo de conectarse con otros (Hazan & Shaver, 1987). También son más propensas a apoyar, validar y expresar abiertamente sus emociones a su pareja cuando se analiza un conflicto (Bouthillier, Julien, Dube, Belanger & Hamelin, 2002). Los individuos inseguros tienden a reportar bajos niveles de confianza en sí mismos y miedo al abandono en las relaciones íntimas (Hazan & Shaver, 1987) o a describirse a sí mismos como independientes y negar su necesidad de relaciones cercanas (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994). Una investigación similar también demostró que los individuos con apego inseguro desestiman sus necesidades de apego controlando la expresión de emociones como la ira y la tristeza hacia sus parejas románticas (Feeney, 1999).

Terapia de pareja focalizada en las emociones

Teoría del apego y TPFE

Inspirados en la bibliografía de la teoría del apego (Rholes & Simpson, 2004), los terapeutas de pareja focalizados en las emociones (terapeutas PFE)¹⁰ entienden la angustia relacional como un resultado de la frustración de la necesidad innata del individuo de mantener un sentido relacional emocional cercano con otros.

9 *orientaciones de apego*. Traducción de *attachment orientations*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson, siguiendo a Hazan & Shaver. (Nota del revisor técnico)

10 *terapeuta de pareja focalizado en las emociones (terapeuta PFE)*. Traducción de *emotion-focused couple therapist (EFCT)*, empleado por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

Según Bowlby (1988), cuando esta conexión con un ser querido se ve amenazada, los individuos buscan la proximidad de sus parejas. Cuando sus compañeros constantemente no responden a esta búsqueda de proximidad, los individuos suelen desarrollar estrategias secundarias, menos eficaces, de regulación afectiva para manejar sus sentimientos de abandono y aislamiento. Las estrategias secundarias desarrolladas son ya sea de sobreactivación, que incluyen conductas dependientes, persecutorias o exigentes o bien de desactivación, que implican el entumecimiento emocional, la evitación del compromiso emocional, y la negación de una necesidad de intimidad (Shaver & Mikulincer, 2002).

En la TPFE se observa la similitud entre estas estrategias de apego secundarias y el comportamiento de los miembros de la pareja en el ciclo interaccional culpabilización-retracción previamente descrito. En concreto, los terapeutas se unen empáticamente a los individuos en sus reacciones emocionales en un esfuerzo por hacerlos explorar las necesidades de apego insatisfechas y los miedos subyacentes a su comportamiento crítico o retraído. Luego se estimula a los miembros de la pareja a expresar estas necesidades a su compañero. La investigación demuestra que la expresión de estas necesidades subyacentes y las correspondientes respuestas de apoyo de sus parejas fomentan el desarrollo de nuevas maneras más flexibles de compromiso (Bradley & Furrow, 2004; Johnson & Greenberg, 1985). Los miembros de la pareja pueden abandonar sus posiciones en el ciclo interaccional negativo y buscar auténticamente y responder a sus propias necesidades emocionales y las de su pareja. En la TPFE, el funcionamiento relacional saludable se conceptualiza no tanto como la contención de los conflictos y el aumento de la cooperación sino como la responsividad emocional y el apego seguro entre los miembros de la pareja.

Teorías humanistas y TPFE

La relación terapéutica

Al igual que en la mayoría de los enfoques humanistas, la relación terapéutica en la TPFE se caracteriza por la sintonía empática,¹¹ la aceptación y la autenticidad (Johnson, 2004). En la TPFE, la actitud de sintonía empática del terapeuta sitúa la experiencia emocional de los consultantes dentro de un contexto normalizado y comprensible. Para lograr este nivel de sintonía empática, los terapeutas se focalizan en ver las interacciones través de la lente de las percepciones y experiencias

11 *sintonía empática*. Traducción de *empathic attunement*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson, siguiendo a Johnson. (Nota del revisor técnico)

de los consultantes. La sintonía empática del terapeuta también sienta las bases para que los miembros de la pareja adopten una actitud más abierta y aceptante con respecto a su propia exploración emocional y la de su pareja.

Los terapeutas PFE se focalizan en aceptar y validar las respuestas de los consultantes, considerando que estas respuestas derivan de un deseo natural de contacto y el miedo al aislamiento emocional, más que en juzgar a los consultantes como “enmarañados” o “demasiado dependientes”. Esto ayuda a los consultantes a sentirse comprendidos y respetados y les proporciona un espacio para revelar emociones previamente inexploradas.

Focalización en las emociones

En TPFE se comprende que el comportamiento de los miembros de la pareja en su ciclo interaccional se debe a sentimientos no expresados e inexplorados de tristeza, miedo, vergüenza e ira que resultan de necesidades emocionales insatisfechas. Gradualmente se accede a estas emociones entre los miembros de la pareja, se las explora y articula totalmente. Mediante el ordenamiento y la reflexión sobre las experiencias emocionales se crean nuevas maneras más abiertas y receptivas de compromiso entre los integrantes de la pareja. Los terapeutas prestan cuidadosa atención a los momentos en los que las parejas quedan atascadas en ciclos negativos, en los que no pueden conectarse o responderse. Llamam la atención sobre los comportamientos clave en estos momentos, profundizan las emociones primarias y resaltan las necesidades de apego subyacentes a estos comportamientos, mientras ayudan a los miembros de la pareja a moldear interacciones poderosas en la sesión (Johnson, 2004).

Proceso versus contenido

El terapeuta PFE actúa como un “consultor de procesos” (Johnson, 2004) para los integrantes de la pareja, siguiéndolos a través del despliegue de nuevas emociones, necesidades insatisfechas y nuevas respuestas a su pareja. Los terapeutas no actúan como expertos que enseñan a los miembros de la pareja la “manera correcta” de relacionarse; más bien, trabajan en colaboración con los consultantes para ayudarles a desempacar y reorganizar sus percepciones y reacciones emocionales. Cuando una pareja se involucra en su ciclo relacional en la sesión, el terapeuta PFE utiliza esta oportunidad para reducir la velocidad, focalizar y analizar las interacciones cargadas de emoción de cada miembro de la pareja. El objetivo del terapeuta es estar completamente en sintonía con la

experiencia de los consultantes durante la sesión, para que puedan identificar los momentos en que comienzan a sentirse amenazados y se retraen del compromiso emocional con su pareja. Se estimula a los terapeutas a reflejar estos momentos a los consultantes, para que comprendan mejor su comportamiento y se armen de valor para expresar sus temores en el momento en lugar de retraerse a viejos patrones interaccionales.

Orientación hacia el presente y hacia el crecimiento

La TPFE se focaliza en el presente. Los consultantes describen su experiencia de la TPFE como relevante y fundamental para su angustia. Esto se refleja en las bajas tasas de deserción en estudios de investigación y la práctica clínica de la TPFE, incluso con parejas de alto riesgo (Clothier, Manion, Gordon Walker & Johnson, 2002). Además, la ausencia de formación en comunicación en la TPFE es coherente con el modelo de “consultantes orientados al crecimiento” de las terapias humanistas. Los terapeutas PFE asumen que los consultantes son capaces de comunicarse de manera eficaz con sus compañeros; sin embargo, cuando la pareja está atrapada en sus posiciones interaccionales absorbentes y rígidas, alimentadas por los temores de abandono relacional, estas habilidades son más difíciles de utilizar.

Teoría sistémica y TPFE

La principal influencia de la teoría sistémica en la formulación de la TPFE es la idea de que el comportamiento de los individuos no puede comprenderse fuera del contexto del sistema en el que existen (Minuchin & Fishman, 1981), y que el comportamiento de cada miembro de la pareja es cocreado por las respuestas del otro. El comportamiento crítico de un miembro de la pareja saca el comportamiento retraído en el otro. La presentación del patrón circular que se apoderó de la relación de pareja ayuda a sus miembros a explorar cómo mantienen este ciclo y a aceptar que es imposible descubrir “quién tiene la culpa” de la angustia.

Una vez que se comprende el ciclo negativo y la pareja se une, y ve el ciclo como el “enemigo” que crea angustia en su relación, el terapeuta PFE apoya gradualmente a los miembros de la pareja para representar momentos de un ciclo positivo alternativo que les hace compartir sus vulnerabilidades y necesidades de apego. Estas interacciones culminan en acontecimientos vinculantes potentes. El terapeuta PFE asume que la mejor manera de reorganizar las interacciones de los miembros de la pareja es reestructurar las respuestas y señales emocionales que

dan forma y ordenan la “danza relacional” de la pareja. La TPFE luego incorpora la focalización en la experiencia intrapsíquica en la perspectiva sistémica. Los cambios interpersonales ocurren cuando los individuos son alentados a expresar a su compañero sus necesidades de apego y su pareja responde de manera solidaria y aceptante.

Técnicas experienciales

Los terapeutas utilizan técnicas experienciales tales como el reflejo empático,¹² la respuesta evocadora,¹³ el realce¹⁴ y la conjetura empática¹⁵ para ayudar a los consultantes a ordenar y seguir explorando sus reacciones emocionales (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Johnson, 2004).

Reflejos empáticos

En TPFE, los reflejos empáticos reducen la velocidad del proceso terapéutico, dando a la pareja tiempo para procesar plenamente su experiencia, proporcionándoles una oportunidad de comprender y organizar mejor sus reacciones emocionales. Los reflejos empáticos se pueden utilizar para validar y ordenar las experiencias emocionales de los consultantes. Por ejemplo: “Cuando Jason dice que necesita más de ti, todo lo que puedes escuchar es que no eres lo suficientemente buena, que eres una decepción, que estás derrotada y condenada, ¿es así, Laura?”.

Respuestas evocadoras

Las preguntas¹⁶ y respuestas evocadoras implican hacer a los consultantes preguntas abiertas acerca de los aspectos emergentes o tentativos de su experiencia emocional. En concreto, estas técnicas se pueden utilizar en TPFE para animar a las parejas a explorar sus propias reacciones emocionales ante el comportamiento de su compañero. Por ejemplo: “Sarah, ¿cómo es para ti cuando sientes que Julie empieza a

12 *reflejo empático*. Traducción de *empathic reflection*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

13 *respuesta evocadora*. Traducción de *evocative response*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

14 *realce*. Traducción de *heightening*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

15 *conjetura empática*. Traducción de *empathic conjecture*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

16 *pregunta evocadora*. Traducción de *empathic questioning*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

retraerse? Abres la boca como si quisieras gritar ‘Préstame atención’. ¿Es así?”. Al igual que en otros enfoques centrados en el cliente y experienciales, estos reflejos empáticos y respuestas evocadoras se ofrecen de manera tentativa más que declaratoria.

Realce

Los terapeutas PFE utilizan el realce para resaltar las reacciones emocionales más profundas subyacentes en los ciclos interaccionales negativos de las parejas, por ejemplo, el miedo al abandono que dispara la rabia crítica. También se utiliza para realzar el compromiso en la sesión cuando las parejas asumen nuevos riesgos, se comprometen plenamente con sus emociones más profundas y piden que sus necesidades sean satisfechas de una manera que atrae a la otra persona.

Rick: Es más fácil dejarla fuera, es solitario, pero es mejor que ser rechazado.

Terapeuta: Se siente más seguro mantenerla del otro lado de la puerta, lejos como para que no pueda hacerte daño, pero también te hace sentir tan terriblemente solo, completamente aislado de ella.

Rick: Sí, es muy solitario.

Terapeuta: ¿Puedes decírselo a ella, puedes decirle a Sarah, “Estoy tan solo y triste sin ti, pero tengo tanto miedo de que no estés allí, que quiero mantenerte fuera, que quiero mantener esa puerta cerrada?”

Conjeturas empáticas

Las conjeturas empáticas son inferencias hechas por el terapeuta sobre la experiencia emocional no expresada de un consultante. Las conjeturas se ofrecen en el contexto de la sintonía empática del terapeuta con el consultante, sobre la base de información previa que proviene de experiencias internas de los consultantes y del patrón interaccional con su pareja. El objetivo de estas inferencias es explorar más la experiencia emocional. Estas declaraciones suelen reflejar necesidades de apego y miedos no expresados de los miembros de la pareja, como un miedo a ser excluidos y abandonados, unidos a la percepción de sí mismos como indignos de ser amado.

Estas técnicas experienciales resaltan cómo la TPFE utiliza las emociones tanto como objetivos como en cuanto agentes del cambio. El cambio no ocurre a través de la comprensión instantánea, sino más bien a través de modificaciones en los afectos de los miembros de la pareja relacionados con el apego, tales como el pánico ante amenaza de rechazo, su exploración emocional y nuevos descubrimientos en las interacciones clave.

Estos descubrimientos proporcionan a los individuos una oportunidad de expresar sus propias necesidades de apego, así como la posibilidad de ver que su pareja, a quien perciben como distante o crítica, también necesita intimidad y conexión. Estas experiencias emocionales correctivas que ocurren entre la pareja en terapia conducen a cambios a largo plazo en sus patrones interaccionales.

Técnicas sistémicas

Rastreo,¹⁷ reflejo y reencuadre¹⁸

Una de las principales tareas en TPFE es ayudar a las parejas a reestructurar y remodelar sus interacciones en el ciclo comunicacional negativo y desarrollar patrones de compromiso más flexibles y positivos. Para resaltar este ciclo a las parejas, el terapeuta PFE observa, rastrea y refleja los movimientos de los consultantes en su danza relacional. Al comienzo de la terapia, el terapeuta trabaja con cada miembro de la pareja para ayudarlo a comprender mejor su rol en el mantenimiento del ciclo relacional angustiante. Estos patrones y las secuencias interaccionales se reflejan a la pareja con el fin de aclarar la naturaleza de su patrón comunicacional y exteriorizar el ciclo como el enemigo común que impide el compromiso íntimo. Estos reflejos también permiten a la pareja observar la naturaleza circular de su ciclo relacional.

Al rastrear y reflejar los roles de cada miembro de la pareja en el ciclo comunicacional, el terapeuta PFE trabaja para reencuadrar el comportamiento de cada uno en términos del apego. En concreto, el comportamiento del individuo se reencuadra dentro de su necesidad de establecer cercanía con su pareja. Por ejemplo, el comportamiento demandante de un individuo puede ser reencuadrado como su deseo de conectarse con su pareja, y el comportamiento retraído de su pareja puede ser reencuadrado como miedo de ser incapaz de complacer a su compañero.

17 *rastreo*. Traducción de *track*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

18 *reencuadre*. Traducción de *reframe*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico)

Representaciones¹⁹

El terapeuta PFE sigue guiando a la pareja en el *reencuadre* y la formación de nuevos patrones interaccionales mediante otra técnica sistémica: las *representaciones* (Nichols & Schwartz, 2006). A través de las representaciones, los miembros de la pareja literalmente representan momentos intensos y específicos de su ciclo, mientras reflexionan sobre los aspectos de su experiencia relacionados con el apego. Reducir la velocidad de las interacciones de la pareja, al mismo tiempo que hacerles expresar directamente los afectos relacionados con el apego subyacente a su comportamiento, puede resaltar los pensamientos y emociones que mantienen la angustia relacional.

Los terapeutas utilizan técnicas experienciales como las respuestas evocadoras, el reflejo empático y el realce, así como técnicas sistémicas como el rastreo, el reflejo y las representaciones, para ayudar a la pareja a alcanzar y transformar sus nuevas experiencias emocionales en nuevas formas de compromiso con su compañero. Las técnicas experienciales ayudan a las personas a articular sus nuevas experiencias emocionales y las técnicas sistémicas guían a los individuos para expresar estas emociones a su pareja. Mediante la utilización de estos distintos conjuntos de técnicas los individuos retraídos se vuelven más accesibles y responsivos con respecto a sus parejas, mientras que los individuos críticos y persecutores se vuelven menos culpabilizantes en sus pedidos de conexión y, finalmente, pueden acercarse a su necesidad de contacto incluso desde una posición de vulnerabilidad.

Teorías del apego, sistémicas y experienciales

Está claro que los enfoques experienciales, sistémicos y del apego tienen focos diferentes. La teoría sistémica se focaliza en la naturaleza interpersonal de las relaciones de pareja y en cómo debe trabajar el terapeuta dentro de un sistema preestablecido para lograr el cambio terapéutico. Los enfoques experienciales se focalizan en los procesos afectivos internos y en cómo trabajar con estas emociones dentro de una relación consultante-terapeuta. La teoría del apego proporciona un marco conceptual para la comprensión de las relaciones íntimas. A pesar de estas diferencias, la sección siguiente demuestra cómo se complementan estos enfoques más que contraponerse en la conceptualización y el tratamiento de la angustia relacional.

19 *representación*. Traducción de *enactment*, empleado en inglés por Burgess & Johnson, siguiendo a Nichols & Schwartz. (Nota del revisor técnico)

Aunque la teoría sistémica proporciona a los terapeutas PFE una guía para la comprensión y el reencuadre de los ciclos interaccionales, ha sido criticada por su postura impersonal y técnica con respecto a las relaciones íntimas (Nichols, 1987). La teoría experiencial amplía la teoría sistémica, focalizándose en las experiencias emocionales internas subyacentes a los patrones interaccionales de las parejas. Las técnicas experienciales estimulan la exploración, aceptación y expresión de los afectos relacionados con el apego de los miembros de las parejas, como la necesidad de amor y aceptación por parte del otro.

Un peligro potencial en los enfoques integradores es que se pierda un marco teórico coherente que permita comprender la angustia de los consultantes. Sin embargo, las similitudes que existen entre la teoría del apego, la teoría humanista y el enfoque sistémico se prestan bien a conceptualizaciones teóricas concienzudas. Los enfoques experienciales, centrados en el cliente y sistémicos se han desarrollado en contraste con el espíritu de la época psicológico que señala que el funcionamiento de los consultantes se basa en factores psicogenéticos predeterminados. En contraste con dicho punto de vista, estos enfoques ven a los individuos en continuo cambio, ya que su desarrollo está en flujo constante. Ambos enfoques se focalizan más en el proceso, o en *cómo* los individuos interactúan entre sí, y menos en el contenido de sus interacciones. La teoría sistémica y la teoría del apego ven las interacciones en las relaciones íntimas como cíclicas. La teoría sistémica sostiene que los miembros de una pareja se involucran en interacciones en bucles de retroalimentación que son informados tanto por factores individuales como del sistema (Nichols, 1987; Nichols & Schwartz, 2006). La teoría del apego también hace énfasis en la naturaleza intrapsíquica e interaccional de las interacciones de pareja, específicamente, en cómo la orientación del apego de un individuo organiza sus experiencias internas, y cómo estas experiencias internas crean patrones interaccionales, y viceversa.

Tanto el enfoque centrado en la persona como el sistémico se focalizan en el potencial de crecimiento de los miembros de las parejas. Rogers sostenía que los consultantes tenían la capacidad suficiente para manejar los aspectos de sus vidas de los que eran “conscientes” (1965, p. 25). La teoría sistémica conceptualiza la angustia de los individuos como resultado de estados afectivos y patrones interaccionales negativos, limitantes y absorbentes (Nichols, 1987), en lugar de una incapacidad inherente de los individuos de interactuar eficazmente con otros. Los teóricos del apego también sostienen una postura no patologizante con respecto al comportamiento de los consultantes. Bowlby (1969) creía que todas las respuestas son razonables y adaptativas si se entienden en su contexto.

La TPFÉ se inspira en conceptos de la teoría del apego para comprender el funcionamiento de una pareja saludable y utiliza enfoques experienciales, centrados en el cliente y de la teoría sistémica para su teoría de la intervención

y el cambio. Este marco integrador proporciona a los clínicos un mapa para comprender y tratar tanto la naturaleza intrapsíquica como la interpersonal de las relaciones íntimas.

Terapia de pareja focalizada en las emociones

Etapas y pasos

El proceso de la TPFE se describe en una serie de tres etapas y nueve pasos que pueden completarse en un proceso de entre 8 y 20 sesiones (Johnson, 2004; Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999). Estas etapas y pasos conducen a tres grandes acontecimientos de cambio: la *desescalada del ciclo*,²⁰ el *recompromiso del retraído*²¹ y la *suavización del culpabilizador*.²² Para comprender mejor cómo ocurre el proceso de cambio en TPFE, la siguiente sección examina brevemente los pasos y etapas de este enfoque.

En la Primera Etapa, los terapeutas se focalizan en (Paso 1) crear una alianza con ambos miembros de la pareja, y comprender las cuestiones conflictivas en el ciclo relacional negativo; (Paso 2) identificar el ciclo interaccional de la pareja; (Paso 3) comprender las emociones subyacentes a la posición de cada miembro de la pareja en el ciclo; y (Paso 4) reencuadrar los conflictos en la relación en términos del ciclo negativo, las emociones subyacentes y las necesidades de apego. Estos primeros cuatro pasos se acumulan en el primer acontecimiento de cambio de la pareja en TPFE: la desescalada del ciclo. Este acontecimiento de cambio ocurre cuando los integrantes de la pareja son capaces de identificar su posición en el ciclo y cuando empiezan a ser menos rígidos en sus reacciones recíprocas (por ejemplo, los miembros retraídos pueden arriesgarse a un mayor compromiso; los miembros críticos actúan con menos crítica y enojo).

En la Segunda Etapa, los terapeutas (Paso 5) se focalizan en que los miembros de la pareja entiendan y acepten sus emociones y necesidades basadas en el apego, y cómo estas emociones y necesidades juegan en el ciclo relacional; (Paso 6) alientan a los miembros de la pareja a aceptar las experiencias emocionales y nuevas formas de respuesta de sus compañeros dentro del ciclo relacional; (Paso 7) facilitan la

20 *desescalada del ciclo*. Traducción de *cycle de-escalation*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico).

21 *recompromiso del retraído*. Traducción de *withdrawer reengagement*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico).

22 *suavización del culpabilizador*. Traducción de *blamer softening*, empleado en inglés por Burgess Moser & Johnson. (Nota del revisor técnico).

expresión por cada miembro de las necesidades emocionales no satisfechas a su pareja, y estimulan a cada individuo a aceptar y empatizar con la expresión de vulnerabilidad de su compañero. En la segunda etapa, ocurren los dos siguientes acontecimientos de cambio: el recompromiso del retraído y la suavización del culpabilizador. En el recompromiso del retraído, la persona retraída/evitadora empieza a expresar a su pareja su necesidad de aceptación y cuidado. En esta etapa, la persona retraída también se vuelve más accesible a los pedidos de atención de su pareja (Johnson, 2004). En la suavización del culpabilizador, la persona crítica comienza a confiar en el nuevo comportamiento responsivo de su pareja, lo que la anima a expresar sus propias necesidades de seguridad en la relación. La investigación sobre el proceso de cambio en la TPFE demuestra que a través de estos dos acontecimientos se forman acontecimientos vinculantes y nuevos patrones interaccionales (Bradley & Furrow, 2004; Johnson & Greenberg, 1988).

En la última etapa de TPFE, el terapeuta (Paso 8) estimula y asesora a la pareja para utilizar sus nuevas formas interaccionales para resolver viejas preocupaciones relacionales; para (Paso 9) ayudarlos a fortalecer sus nuevas posiciones relacionales y comportamientos de apego.

Aunque en la sección anterior se describen los pasos y etapas de la TPFE de una manera independiente y secuencial, en la práctica estas etapas y pasos están entrelazados y son mutuamente determinantes. Además, aunque el patrón interaccional culpabilización-retracción es el ciclo principal descrito en este trabajo, las parejas pueden presentar en la terapia algunas variantes de este ciclo, como la culpabilización-culpabilización, o la retracción-retracción. Sin embargo, a medida que los terapeutas trabajan con estas parejas para clarificar más su patrón interaccional, a menudo resurgen las posiciones previas de persecución-retracción (Johnson, 2004).

Ejemplo de caso

La siguiente sección examina brevemente las técnicas experienciales y sistémicas utilizadas en la Primera Etapa de la TPFE con una pareja prototípica, Sally y Steve. Durante las primeras sesiones, Sally describió sentirse enojada y frustrada por la aparente falta de compromiso emocional de Steve en la relación. El terapeuta pidió a Sally que describiera cómo suelen comenzar sus desacuerdos con Steve.

Sally: Le digo a Steve que nunca está, y que ni siquiera le importo, ni tampoco nuestra relación.

Terapeuta: Steve, ¿puedes decirme qué sucede después de que Sally se acerca con estas inquietudes?

Steve: ¡Le digo que no sé de qué está hablando! Yo siempre estoy llevando a los niños a todos lados, saco la basura, arreglo el coche. Me harta escuchar lo mismo una y otra vez. Al final, me siento frustrado y salgo de la casa para trabajar en el garaje.

Usando la intervención sistémica de rastreo y reflejo, el terapeuta responde a la pareja para tener una mejor idea del ciclo interaccional negativo desarrollado entre ellos.

Terapeuta: Entonces, vamos a ver si lo entiendo. Lo que suele ocurrir es que tú, Sally, te acercas a Steve diciéndole que está siendo distante, y tú, Steve, te sientes frustrado y te retraes de Sally, porque no entiendes lo que quiere decir, ya que sientes que siempre estás disponible para atender cosas de la casa. ¿Es así como normalmente se desarrollan los desacuerdos entre ustedes?

A partir de esta intervención, más rastreos y reflejos, y las respuestas aclaratorias de los consultantes, se determina que la pareja está desplegando el clásico ciclo interaccional persecución-retracción, donde Sally ha adoptado el rol de persecutora y Steve el de retraído. Cuanto más se queja Sally, más se retrae Steve, lo que luego provoca más angustia y quejas por parte de Sally. Este ciclo se enmarca como el problema que crea activamente desconexión e inseguridad en la relación.

Entonces se pueden utilizar las técnicas experienciales de *preguntas evocadoras* y *reflejos empáticos* para comunicar una comprensión de las experiencias emocionales de los miembros de la pareja dentro de la relación y explorar las necesidades de apego subyacentes en los roles interaccionales de cada uno.

Terapeuta: Sally, ¿cómo es para ti cuando Steve sale de la casa frustrado después de una de estas discusiones? (*pregunta evocadora*)

Sally: Me enoja que simplemente pueda salir de la casa como si mis sentimientos ni siquiera le importaran.

Terapeuta: ¿Así que cuando él sale de la casa, te sientes enojada, y como si tus sentimientos no fueran importantes para él? (*reflejo empático*)

Sally: Sí, es como si yo ya no le importara.

El terapeuta utiliza las preguntas evocadoras para resaltar determinadas respuestas o patrones interaccionales dentro del ciclo interaccional de la pareja.

Terapeuta: ¿Sientes como si te hubiera dejado sola con tu dolor, o eso es demasiado? (*pregunta evocadora*)

Sally: No, es así, exactamente; me he quedado sola con mi dolor.

Terapeuta: Steve, ¿qué te está sucediendo ahora al escuchar a Sally hablar de lo sola que se siente? (*pregunta evocadora*)

Steve: No sé, supongo que me siento mal de que se sienta tan sola, pero también me siento impotente por toda la situación.

Terapeuta: ¿Te molesta no poder hacer nada para ayudarla? (*pregunta/respuesta evocadora*)

Steve: Sí, exactamente. Siento que hago mi mejor esfuerzo para hacerla feliz, pero es como si nada fuera suficiente para ella, por eso siempre me retiro al garaje; por lo menos allí puedo ser útil.

Aquí el terapeuta utiliza el realce para ayudar a Steve a comprometerse más profundamente con su experiencia emocional.

Terapeuta (suave y lentamente): Sientes que nada de lo que haces es suficiente para ella, que no puedes complacerla (*realce*). Me imagino que es muy molesto para ti, incluso atemorizante, sentir como si nunca pudieras complacer a tu esposa (*pregunta evocadora*).

Steve: Sí, es molesto. Odio sentirme de esa manera; por eso me voy, es mejor que sentir como si no fuera lo suficientemente bueno para ella.

Terapeuta: Es mejor estar solo en el garaje y sentirte útil, que sentirte inútil e insuficiente. Estar en el garaje solo es mejor que estar adentro preocupándote de que Sally vaya a dejarte o no y encuentre a alguien que pueda hacerla feliz, ¿verdad, Steve? (*realce y conjetura empática*)

Steve: Exactamente, tengo tanto miedo de que ella se vaya y encuentre a alguien mejor que yo en esto de las relaciones. Tengo tanto miedo de perderla.

En este punto, se puede utilizar la técnica sistémica de reencuadre para poner de relieve los temores de apego que subyacentes al comportamiento retraído de Steve.

Además, se puede seguir empleando el realce para resaltar ante Sally el nuevo nivel de compromiso emocional de Steve.

Terapeuta: Así que cuando ella se acerca, tratando de decirte que te echa de menos, y que te siente distante en la relación, no lo entiendes y te sientes impotente por no poder hacer lo necesario para hacerla feliz. ¿Es así? Es tan difícil para ti sentirte impotente y comenzar a preocuparte de que Sally encuentre a otra persona que pueda hacerla feliz, que te vas al garaje para tratar de manejar tu miedo de perderla, ¿no, Steve? (*reencuadre del ciclo en términos de apego*)

En este punto, el terapeuta podría invitar a los miembros de la pareja a comprometerse en una representación sistémica para ampliar sus posiciones interaccionales.

Terapeuta: Steve, ¿puedes mirar a Sally y decirle cuánto miedo tienes de perderla? ¿Cómo te vas al garaje porque te sientes impotente y temes que vaya a dejarte por alguien mejor? (*establecimiento de representación*)

En este ejemplo de caso, el uso combinado de técnicas experienciales y sistémicas conduce a los miembros de la pareja a formas más profundas de compromiso emocional y al inicio de nuevos patrones interaccionales.

Conclusión

La teoría del apego y la sistémica, las perspectivas e intervenciones centradas en el cliente y experienciales son necesarias en la terapia de pareja para ayudar a los consultantes a modificar su realidad emocional subjetiva y sus patrones interaccionales. Estas perspectivas se utilizan para modificar los afectos, la cognición y el comportamiento basados en el apego, en estilos relacionales más seguros. La integración entre el yo-mismo y el sistema posibilita al terapeuta de PFE facilitar el cambio de percepciones básicas del yo-mismo y el otro, de la respuesta afectiva y de los ciclos interaccionales. En su enfoque único para apuntar a cambios tanto en el nivel individual como en el sistémico, la TPEFE demuestra la integración exitosa de las teorías del apego, sistémica y experiencial.

Referencias

- Bateson, G. (1980). *Mind and nature: A necessary unity*. Nueva York: Bantam. Traducción española: (1991). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bouthillier, D., Julien, D., Dube, M., Belanger, I. & Hamelin, M. (2002). Predictive validity of adult attachment measures in relation to emotion regulation behaviors in marital interactions. *Journal of Adult Development*, 9, 291-305.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. I: Attachment*. Nueva York: Basic Books. Traducción española: (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child development and healthy human development*. Nueva York: Basic Books. Traducción española: (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bradley, B. & Furrow, J. (2004). Towards a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment-by-moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 233-246.

- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). Nueva York: Guilford.
- Cain, D. J. (2002). Defining characteristics history and evolution of humanistic psychotherapies. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 3-54). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (pp.250-265). Nueva York: Family Process.
- Clothier, P., Manion, I., Gordon Walker, J. & Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A two-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 391-399.
- Dessaulles, A., Johnson, S. M. & Denton, W. (2003). The treatment of clinical depression in the context of marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 31, 345-353.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Feeney, J. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 355-377). Nueva York: Guilford.
- Feeney, J. A., Noller, P. & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment and treatment* (pp. 128-152). Nueva York: Guildford.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused couples therapy*. Nueva York: Guilford.
- Greenberg, L. S., Korman, L. & Paivio, S. (2002). Emotion in humanistic psychotherapy. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp.499-530). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.

- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. Nueva York: Guilford. Traducción española: (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós (Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia).
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
- Hazan, C., Campa, M. & Gur-Yaish, N. (2006). What is adult attachment? In M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving and sex* (pp. 47-70). Nueva York: Guilford.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy* (2nd ed.). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1985). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 313-317.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-183.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152.
- Johnson, S. M. & Williams-Keeler, L. (1998). Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 25-40.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. S. & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67-79.
- Josephson, G. J. (2003). Using an attachment-based framework working with same-sex couples. In S. M. Johnson & V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couples and families* (pp. 300-320). Nueva York: Guilford.
- Kennedy-Moore, E. & Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help? *Review of General Psychology*, 5, 187-212.
- McIntosh, H. & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 298-315.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Traducción española: (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Nichols, M. P. (1987). *The self in the system: Expanding the limits of family therapy*.

Nueva York: Brunner/Mazel.

- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2006). *Family therapy: Concepts and methods* (7th ed.). Boston: Pearson Education.
- Pietromonaco, P. R. & Feldman Barrett, L. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4, 155-175.
- Rholes, S. & Simpson, J. (2004). *Adult attachment: Theory, research and clinical implications*. Nueva York: Guilford.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Londres: Contable. Traducción española: (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Seeman, J. (2002). Looking back, looking ahead: A synthesis. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 617-636). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Segal, L. & Bavelas, J. B. (1983). Human systems and communication theory. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of family and marital therapy* (pp. 61-76). Nueva York: Plenum.
- Shaver, P. & Mikulincer, M. (2002). Attachment related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133-161.
- von Bertalanffy, L. (1973). *General system theory: Foundation, development and applications*. Nueva York: Braziller. Traducción española: (1976). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Watson, J. C. & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 25-33.

RESPUESTA A PAREJAS Y FAMILIAS ANGUSTIADAS: LAS SEIS CONDICIONES DE ROGERS VIVIDAS CON RESPETO POR EL MEDIO ÚNICO DE LA TERAPIA RELACIONAL^{1 2}

Charles J. O'Leary

La revisión de la bibliografía reciente sobre la terapia relacional lleva a darse cuenta de que los enfoques autoritarios y centrados en el terapeuta generan resistencia (Butler & Bird, 2000) o fracasan en responder a necesidades de apego subyacentes y a la comunicación de emociones primarias (Johnson & Greenberg, 1994). A pesar de un énfasis en la investigación sobre modelos diferenciados de terapia de pareja³ y familiar,⁴ un creciente número de autores hace énfasis en las variables relacionales de los terapeutas que conducen a una buena terapia independientemente de la teoría o la técnica (Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble *et al.*, 2004; Blow, Sprenkle & Davis, 2007). Otros hacen énfasis en las similitudes en la percepción de los terapeutas por parte de los consultantes entre los distintos modelos terapéuticos (Davis & Piercy, 2007a, 2007b). Incluso los resultados de una investigación sobre terapia familiar para adolescentes fuertemente orientada hacia la intervención, indica que a los consultantes jóvenes no les gustan los terapeutas que “hablan demasiado” o “hacen demasiadas preguntas” (Selekman, 2007). Selekman continúa diciendo que la confianza en los propios recursos de la familia y la capacidad de expresar

1 Fuente: O'Leary, C. (2008). Response to couples and families in distress: Rogers' six conditions lived with respect for the unique medium of relationship therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(4), 294-307.

2 *terapia relacional*, traducción al español de *relationship therapy*, empleado en inglés por O'Leary. (Nota del revisor técnico)

3 *terapia de pareja*. Traducción de *couple therapy*, empleado en inglés por O'Leary. (Nota del revisor técnico)

4 *terapia familiar*. Traducción de *family therapy*, empleado en inglés por O'Leary. (Nota del revisor técnico).

“consideración positiva incondicional” son centrales en la terapia de adolescentes con problemas de daño autoinfligido. Duncan, Hubble & Miller (1997) y Duncan (2007) citan varios metaestudios que concluyen que los factores del consultante, incluyendo la motivación, así como la calidad de la relación terapéutica dan cuenta del 70% de todos los resultados exitosos en psicoterapia. Rober (2005), escribiendo más experiencialmente, describe la importancia de la responsividad del terapeuta ante cada consultante (niño o adulto) en los propios términos y según el ritmo temporal propio de esa persona.

La angustia en la vida de las parejas y las familias ha sido ampliamente descrita como producto de una causalidad compleja (Gurman & Kniskern, 1981; O’Leary, 1999). En efecto, ninguna persona causa completamente las dificultades y problemas relacionales, pero los patrones interaccionales rígidos y poco conscientes entre individuos los mantienen evitando la conversación congruente, la acción coherente o ambas. El cambio en las percepciones y acciones individuales facilitan el cambio en esos patrones (Davis & Piercy, 2007a, 2007b). Los enfoques educacionales y reestructurantes centrados en el experto no han sido tan exitosos como aquellos que *responden* a las personas en un sistema relacional más que solo describirlas o prescribir para ellas. Puesto que gran parte de la angustia relacional está causada por personas que intentan cambiarse mutuamente más que comprender sus propias necesidades emocionales nucleares y las del otro, la clave para el cambio terapéutico es la empatía y la aceptación por las personas en el sistema tal como son. Por ejemplo, un terapeuta de parejas enfocado en la emoción (Greenberg & Johnson, 1988; Johnson, 2004) puede conseguir apoyo y comprensión de un hombre que en una relación heterosexual puede sentirse excluido y criticado, al tiempo que facilita apoyo para una mujer que se siente no amada e ignorada. El terapeuta efectivo puede facilitar el cambio solo mostrando comprensión precisa y ofreciendo aceptación incondicional a ambas personas en esta dificultad. Solo cuando el hombre se siente comprendido y validado puede ofrecer a la mujer la atención y el compromiso que le ha estado faltando; solo cuando la mujer se siente comprendida y validada puede ofrecer al hombre la apreciación y la retracción de crítica que él puede necesitar. El cambio en un sistema no se logra a través de directivas y control; sino, más bien, por un cambio en la atmósfera emocional que posibilita que emerjan nuevas posibilidades.

Las seis condiciones de Carl Rogers son muy relevantes para la efectividad del terapeuta en la terapia relacional

En 1957, después de investigar durante casi dos décadas, Carl Rogers formuló los puntos esenciales de su terapia en lo que llamó las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico. Las seis condiciones nombradas más abajo

privilegian la relación terapéutica y la importancia del consultante como agente de cambio. Son tan relevantes para el trabajo de un terapeuta relacional como lo son para los terapeutas individuales que siguen el ejemplo de Rogers de hace cincuenta años. Las seis condiciones son un camino subutilizado para la más fuerte alianza consultante-terapeuta que la bibliografía contemporánea de terapia relacional considera relevante. Bott comenta con respecto a la terapia familiar: “Pragmáticamente, si estamos buscando humanizar nuestra práctica y responder con respeto a las familias con la visión de crear un contexto que empodere en lugar de someter, Rogers proporciona una posición clara, accesible y, sobre todo, ética a partir de la cual hacerlo” (2001, p. 375). De hecho, una encuesta reciente (Simon, 2007) entre 2598 terapeutas norteamericanos señala a Rogers como el terapeuta más influyente de la actualidad.

Gaylin (1989), O’Leary (1999) y Bott (2001) describieron más detalladamente estas condiciones en obra en terapia relacional. Las seis condiciones de Rogers (1957) están descritas más abajo, en sus propias palabras, y con su breve traducción más actual de este autor en la experiencia de terapia relacional en *italicas*.

1. Dos personas están en contacto psicológico. *En la terapia relacional esto implicaría compromiso activo con cada individuo: joven o viejo, verbal o no verbal, motivado o aparentemente inmotivado, en contacto con los sentimientos o, a los ojos de otros, desconectado de los sentimientos.*
2. La primera, a quien llamaremos el consultante, está en un estado de incongruencia, sintiéndose vulnerable o ansioso. *En la terapia relacional, la pérdida de congruencia es tanto la causa como el efecto de una creciente ansiedad y frustración. Los miembros de las parejas frecuentemente se consideran mutuamente como poco confiables, injustos, y, especialmente, desalineados con un yo-mismo antes aceptable. Con frecuencia se comunican en un lenguaje acusatorio unilateral que puede no concordar con su deseo más profundo de conexión.*
3. La segunda persona, a la que llamaremos el terapeuta, es congruente o integrada en la relación. *Las familias y las parejas buscan la “presencia no ansiosa” de los terapeutas (Friedman, 1991); personas que puedan permanecer comprometidas con otras al tiempo que se sienten a gusto consigo mismas y libres de la necesidad de mantener un rol.*
4. El terapeuta experiencia consideración positiva incondicional por el consultante. *En la terapia relacional exitosa, todos los consultantes sienten que su posición tiene sentido para el terapeuta. El terapeuta busca ser multidireccionalmente parcial: es decir, estar del lado de cada persona al mismo tiempo (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981).*

5. El terapeuta experimenta una comprensión empática del marco de referencia interno del consultante y procura comunicarle esta experiencia. *Este es el corazón de la buena terapia relacional así como de la terapia individual: el arte de comprender con precisión el mundo de cada individuo sin negar la validez de las muy diferentes perspectivas de los otros consultantes. Los consultantes vienen a terapia esperando que el terapeuta posibilite que esto ocurra.*
6. La comunicación al consultante de la comprensión empática y de la consideración positiva incondicional por parte del terapeuta se logra al menos en un grado mínimo. *El terapeuta relacional se compromete más activamente en la terapia. La conversación y el extenderse hacia los consultantes revelan las cualidades nombradas más arriba de la misma manera en que una responsividad más silenciosa las revela en la terapia individual.*

Las relaciones angustiantes están plagadas de críticas, defensividad, rechazo a comunicarse (obstrucción), desprecio y la consistente evitación de conversaciones o acciones positivas (Hoffman, 1999). Las personas en relaciones infelices también pueden ser vistas como bloqueadas en intentos de control mutuo, autocompasión que bloquea la compasión (O’Leary, 2003), rechazo competitivo a ofrecer empatía, y un estado persistente de baja confianza.

Las seis condiciones del enfoque centrado en la persona (Rogers, 1957), que hacen énfasis en la relación terapéutica y el marco de referencia del consultante son particularmente relevantes en la terapia que busca afectar las relaciones. Una terapia que no hace intentos de control, privilegia la comprensión y la aceptación, y espera autenticidad y compromiso no posesivo del terapeuta, modela el cambio centrado en la persona en las relaciones: “Lo que importa no es lo que el enfoque centrado en la persona te da; es lo que no te quita” dijo Carl Rogers (O’Hara, 2007, p. 57). También facilita la creatividad, la responsabilidad y la comunicación congruente del consultante.

La descripción del trabajo de un terapeuta relacional

En talleres desde 1988 y recientemente en O’Leary & Johns (2007), ofrezco una descripción del trabajo de un terapeuta relacional. Utilizo la expresión cotidiana “descripción del trabajo” para facilitar la consciencia del terapeuta de que los límites, contingencias y obligaciones del trabajo con más de una persona necesariamente serán diferentes de aquellos del trabajo con individuos, aun cuando sus intenciones y actitudes permanezcan constantes. Un contador hace un trabajo diferente al de un apicultor, aun cuando sus actitudes y experiencia de vida sean las mismas. Una descripción del trabajo tiene otros propósitos.

Paradójicamente, una consciencia coherente de lo que puedes y no puedes hacer posibilita la libertad de responder de una manera natural y desinhibida. Mi descripción de seis conjuntos predecibles de conductas y actitudes es un intento de integrar las condiciones del enfoque centrado en la persona con la experiencia de la terapia relacional. Las condiciones nucleares de Rogers actúan como una brújula mostrando el verdadero norte a medida que avanzo a través de la complejidad de facilitar a personas en relación. Mis maneras de ser predecibles han cambiado muchas veces en los últimos doce años, desde que comencé a presentarlas, y seguirán cambiando en el futuro. Para una descripción detallada de estas maneras de ser, véase O'Leary & Johns (2007). Mi propósito aquí es mostrar la aplicación de las condiciones nucleares de Rogers para trabajar con parejas y familias.

1. Buscar activamente comprender y mostrar aceptación por cada persona presente

El terapeuta relacional centrado en la persona busca relacionarse con cada consultante. El contacto psicológico (*Condición 1* de Rogers) se logra mediante la bienvenida individual activa, la formulación de preguntas y respuestas individuales a todos los presentes. Esto sirve el mismo propósito que las silenciosas señales de disponibilidad del terapeuta individual a escuchar a sus consultantes. En la terapia de pareja, por ejemplo, es muy importante abrir espacios para que ambos consultantes planteen sus preocupaciones y deseos, más que asumir que ambos comprenderán por igual su libertad de hacer propia la sesión de terapia. En la terapia familiar con adolescentes es importante que el terapeuta privilegie la torpe expresión juvenil y las narraciones multilaterales de la historia de la familia, por sobre los monólogos parentales en presencia de niños resoplones e inquietos. En la medida en que el compromiso activo del terapeuta establece la libertad de cada persona de hablar y la responsabilidad de escuchar, se privilegia la respuesta de los consultantes entre sí.

La aceptación (*Condición 4* de Rogers) es extremadamente importante en la terapia relacional. La incongruencia de la pareja y de la familia (*Condición 2* de Rogers) suele ser producto del miedo a un juicio de inadecuación percibida de uno de los miembros de la pareja, madre, padre o niño o, peor, de todo el grupo. El terapeuta familiar escolar Dave Seaburn (2007a, 2007b) describe la vergüenza que los padres sienten por el mal comportamiento de sus hijos en la escuela. Esta vergüenza conduce a cosas como gritar e insultar a los niños, la retracción del contacto positivo de los niños, y la evitación de la colaboración con los maestros u otros trabajadores de la escuela que puedan interesarse por el niño. El terapeuta

escucha la historia de la familia y logra comunicar la manera en que la historia podría tener sentido en términos de los intentos de autoactualización de cada una de las personas y del intento de la familia por superar los hitos evolutivos.

Los terapeutas relacionales obtienen poder para afectar a una familia solo en la medida en que su prioridad es la constante atención al bienestar y el tratamiento respetuoso de cada persona en el sistema. Los terapeutas relacionales no pueden permitir pasivamente que su relación con cada consultante sea determinada por hábitos familiares preexistentes. De hecho, la incongruencia de estos hábitos con las aspiraciones de la familia es la razón subyacente para la terapia.

2. Proporcionar estructura para las sesiones, prestar particular atención a la primera y última sesiones en el curso de una terapia, así como las condiciones del comienzo y final de cada sesión

En las relaciones angustiantes, muchas veces los consultantes, por decirlo amablemente, no practican las condiciones nucleares entre sí. Es tarea del terapeuta proporcionar seguridad y espacio a cada miembro de la familia, mientras busca el máximo control y dirección de la terapia por el consultante.

Es necesario estructurar el comienzo y el final de las sesiones o cuando los consultantes están discutiendo temas cargados, para posibilitar escuchar tanto como hablar; para que se responsabilicen por el significado de lo que dicen, así como por la libertad de decirlo. Todas las estructuraciones del terapeuta, por supuesto, se vuelven innecesarias frente al habla directa y congruente y la escucha atenta de los consultantes.

En los talleres de terapia relacional les pregunto a los participantes lo que más desean de un terapeuta que viera a su familia junto con ellos: “Alguien que pueda crear espacio en el cual cada persona pueda ser escuchada”, es una respuesta muy frecuente. (Una vez un participante pidió que el terapeuta fuera más grande y ruidoso que su padre, hablando, supongo, metafóricamente, sobre la necesidad de alguien con cualidades personales suficientemente poderosas para mantener un espacio seguro para el diálogo respetuoso.)

La disponibilidad para estructurar, al mismo tiempo que se busca la libertad del consultante de compartir, representa para mí una forma de congruencia (*Condición 3* de Rogers). Cuando la gente me llama por teléfono para preguntarme mi enfoque de la terapia de pareja, suelo responder: “Intento ofrecer a las personas la oportunidad de decir lo que realmente sienten, piensan y desean sin sacar a su pareja fuera de la habitación”. Para mí, la peor incongruencia sería sentarme

y escuchar a las personas atacar a las demás con insultos y amenazas y no hacer nada, como un niño atrapado oyendo a sus padres pelear (una experiencia común de los recién llegados en terapia relacional).

Al comienzo de las sesiones, por ejemplo con parejas, le pido a cada persona que diga aquello en lo que le gustaría enfocarse particularmente. No comenzamos hasta que ambos hayan dicho lo que desean y entonces buscamos una manera en la que podamos prestar atención a ambas preocupaciones. Sin esta estructura, las parejas se encontrarán atascadas en un tema que favorece al miembro más verbal y por lo general más poderoso de la pareja y distancia o aliena al consultante menos elocuente.

Mi estructuración es tan simple como necesaria: pedir a las personas que tomen turnos; pedir que acorten su monólogo para que los que escuchan puedan responder antes de cerrarse emocionalmente; reservar tiempo al final de la sesión de manera que no surjan nuevos temas emocionalmente volátiles cuando las personas están yéndose. La consideración positiva incondicional (*Condición 4* de Rogers) puede evaporarse instantáneamente con una explosión de sentimientos alrededor de un tema difícil justo cuando la sesión termina. De hecho, los últimos minutos de una sesión de terapia relacional pueden ser muy útiles para analizar los efectos y los temas inconclusos de la sesión.

3. Preguntar, clarificar y volver a referirse al propósito de cada persona al estar en la sesión

Así como el silencio o la escucha reflexiva son las maneras naturales de facilitar la exploración y la sanación del consultante individual, del mismo modo la pregunta amable con seguimiento empático es un camino para traer a los consultantes al diálogo relacional. Preguntar “¿Qué quieres?” (o alguna de las variaciones que invite a la reflexión por parte de los consultantes) suele facilitar las cosas. Comprender el sentido de lo que la gente desea, volver a la pregunta con frecuencia, y conectar explícitamente los acontecimientos de la sesión con los objetivos planteados los consultantes, puede reducir la ansiedad y la confusión entre las personas estresadas (O’Leary & Johns, 2007). La pregunta confirma que las personas están presentes, no para algún experimento existencial indiferente, sino porque se han comprometido a dialogar con sus otros significativos.

Los consultantes están en terapia porque están en un estado de incongruencia (*Condición 2* de Rogers) que muchas veces se muestra a través de la provocación, en sus parejas, de la respuesta opuesta a la que desean. Por ejemplo, un hombre exige respeto de sus hijos adolescentes en el tono exactamente furioso y autoritario que habría ganado su desprecio cuando era un adolescente. La pregunta “¿Qué

estás esperando que tu hijo comprenda a partir de lo que estás diciendo?” o una suposición empática acerca de lo que podría estar sintiendo, evita su postura combativa en favor de la necesidad legítima subyacente.

“¿Qué quieres?” puede ser el hilo que conecte los encuentros, a veces emocionalmente cargados en una sesión relacional, con el propósito de la sesión. También es una manera *centrada en el consultante* de reducir el estrés de una sesión y dar permiso a las personas para que encuentren su propio centro. Las personas en un estado de alta excitación fisiológica no están comunicando sus verdaderos sentimientos por el otro, sino más bien, están “secuestrados por la amígdala” (Wylie, 2004) y en las garras de la reacción de luchar o huir. El contacto empático del terapeuta es especialmente importante cuando la ira se cuele en una sesión. Como escribí en otra parte sobre la ira en la sesión:

La presencia del consultor es importante en la expresión de la ira. La pone en contexto, la puntúa y le encuentra sentido. No es solo ira expresada, sino ira expresada en el consultorio del consultor. Esto no significa ira negada, prohibida o convertida por un hábil juego de palabras en algo más positivo y por lo tanto incomprendido. El consultor dialoga con la persona enojada así como con la pareja de esa persona (...) El consultor puede preguntar cuál es el significado de esa ira (...) [ellos] modelan la libertad de no aceptar la ira como algo dado, sino como un mapa de camino al aprendizaje y la conexión. El terapeuta podría preguntar: “¿Qué es lo que realmente deseas que se comprenda ahora?” “¿Qué estás buscando de tu pareja cuando te sientes tan frustrado?” (O’Leary, 1999, p. 20).

4. Sostener la convicción de que cada persona está intentando actualizarse a sí misma: no intentar cambiar a nadie

La formación centrada en la persona estimula a buscar el cambio más inesperado de la persona más inesperada en el momento más inesperado; utilizando procesos mayormente inestructurados, los grupos de formación centrados en la persona posibilitan a la gente relacionarse con la expectativa de que serán cambiados por las interacciones, sin una expectativa sobre cómo cambiarán. De manera similar, las relaciones de las parejas y familias se desarrollan en la medida en que cada persona se siente apoyada (*Condición 1* de Rogers) y comprendida (*Condición 5* de Rogers). La formación centrada en la persona infunde confianza, no en el poder de la coerción y la conformidad, sino en la influencia positiva de la libertad de hablar sin máscaras y elegir sin miedo a perder aprobación (Mearns, 1997).

La confianza de los terapeutas en su enfoque ha sido correlacionada con resultados exitosos en la terapia (Duncan, 2007). “Confío en que la conversación encontrará una salida”, dijo Maureen O’Hara (O’Leary, 1999, p. 19). En la terapia relacional, el terapeuta está muy atento y responsivo a cualquier cambio en la “historia dominante” en un sistema, los patrones repetitivos limitantes que hacen que el progreso parezca imposible (White & Epston, 1990). Reconocer y comentar las historias alternas que contradicen la historia dominante impulsada por el miedo posibilita a las relaciones reorganizarse a sí mismas. Un joven analizaba solemnemente un plan para decirle su madre que era gay y buscó el máximo apoyo del terapeuta previendo esta conversación en ocasiones difícil e incluso peligrosa. La semana siguiente, cuando el terapeuta le preguntó sobre el plan que tenían para decirle cuidadosamente a su madre, dijo casualmente: “Oh, ya se lo dije”. “¿Cómo lo conseguiste?” preguntó el terapeuta, haciendo notar el logro autónomo del muchacho. Las expectativas de los terapeutas no crean ni pueden crear el cambio sino que facilitan la seguridad necesaria para que ese cambio se produzca.

Aquí hay una paradoja. Las personas vienen a terapia porque desean cambiar y consultan a determinados terapeutas porque han escuchado que ayudan a la gente a hacerlo. Sin embargo, si los terapeutas llegan a identificarse con una particular manera en que uno de los miembros de una pareja o familia “debería” cambiar, se vuelven incongruentes. La disponibilidad del terapeuta para facilitar solo el cambio que cada consultante elige, facilita que los consultantes perciban que el terapeuta es un aliado real, cuidadoso y comprensivo (*Condición 6* de Rogers).

La supervisión es la clave para mantenerse conscientes de la pérdida de confianza o un aumento en la necesidad de controlar las conductas de los consultantes. Compartir las reacciones hacia los consultantes con un supervisor apoyador faculta a los terapeutas para notar la incongruencia (Lambert, 2006) y distinguir sus sesgos personales de los objetivos de sus consultantes.

5. Ejercer una función de enseñanza

Las personas llegan a la terapia relacional debido a una carencia percibida de habilidades. Para bien o para mal, esperan que alguien sepa cómo mantener una conversación mejor que ellos. Existe abundante buena investigación acerca de lo que distingue las relaciones felices de aquellas angustiantes. Las personas en relaciones exitosas tienen tantos desacuerdos como aquellas en relaciones no exitosas, pero hablan entre sí de manera diferente (Gottman, 1999, 2001; Rogers 1972). La terapia relacional es una práctica de enseñanza tanto como

una conversación terapéutica. Así como en la formación centrada en la persona, a los consultantes se les sugieren lecturas, (por ejemplo, Doherty (2001), cintas o discos compactos (Gottman, 2001) o ejercicios de aprendizaje (Stuart & Jacobson, 1987). Los consultantes miden con frecuencia su propio progreso por su habilidad de practicar destrezas: “Tuvimos nuestra pelea habitual sobre dinero la otra noche, pero esta vez nos las arreglamos para solucionarlo y después de eso todavía nos hablamos”.

En los resultados exitosos de la terapia de pareja, los consultantes obtienen una explicación de por qué están angustiados y de lo que podrían hacer para remediarlo (Davis & Piercy, 2007a, 2007b). En el enfoque centrado en la persona, el terapeuta percibe a los consultantes como los expertos mejor calificados para describir su aprieto y su posible resolución. Los terapeutas son socios en el diálogo para esta exploración. Su búsqueda activa de una comprensión, no solo de los pensamientos y sentimientos de un individuo, sino de su relación con los pensamientos y sentimientos de los otros miembros de la familia, es tan esencial como el reflejo empático de un terapeuta individual.

El terapeuta interactúa frecuentemente, relacionando los dilemas con la información y la experiencia al mismo tiempo que evita sermones o dominar la sesión. El hecho de conversar me hace una persona que participa en sus vidas, más que un observador superior distante; el silencio con frecuencia se ve como juicio, falta de comprensión y cuidado y una señal de que el terapeuta no es genuino. En un intento de ampliar y profundizar la comprensión de las condiciones nucleares de Rogers, Barrett-Lennard (2005, pp. 53-54) escribió:

También es necesaria la capacidad (...) de obtener un sentido sintonizado con el mundo en desarrollo de relaciones comprometidas del otro –donde ocurre la mayor parte de la vida. Dicha sintonía responsiva depende de la propia “educación” experiencial en la esfera de las relaciones humanas de la persona que ayuda, a lo que contribuye la familiaridad con la subcultura o ambiente de vida del otro. La apertura habilidosa a este nivel de trabajo terapéutico significa que el consultante experimenta una oportunidad cálida para traer a la terapia para explorarlo activamente, todo lo que desea de su experiencia de vida relacional.

Para lograr esto tengo que hablar. Tengo que conectar lo que los consultantes dicen con lo que sé, por ejemplo, sobre mujeres que viven con hombres, parejas que viven con un bebé, o una pareja después de que uno de ellos pierde un trabajo, o dos hombres o dos mujeres que viven juntos en una sociedad homofóbica. Mi discurso no es la enseñanza de un superior que proclama

la verdad sino una invitación a estar abiertos acerca de las frustraciones que no pueden ser discutidas en casa. También es una manera de “normalizar” las dificultades de esta relación particular: es decir, transmitir la sensación de cómo dos o más personas, tal como otras cualesquiera, podrían estar en una dificultad similar. Algunos terapeutas hablan demasiado y les niegan a los consultantes la oportunidad de encontrar sus propias voces; otros hablan demasiado poco, de manera que los consultantes se sienten solos, expuestos a ser juzgados y sin apoyo. La supervisión y las evaluaciones de consultantes son maneras de encontrar un equilibrio.

Ned Gaylin (1989) ha comentado que algunas veces se necesita una función de orientación cuando cuestiones evolutivas objetivas confunden innecesariamente el diálogo de una pareja o familia. Usa el ejemplo de padres que discuten sobre la preparación para el control de esfínteres, como si sus opiniones importaran más que el hecho de que el propio niño esté evolutivamente listo para ello. *El terapeuta puede asumir temporalmente un rol de enseñanza antes de regresar a un modo terapéutico*. Como describí en otro lado:

Es imposible hacer terapia de pareja o familiar útil sin prestar atención a estas cuestiones evolutivas: por ejemplo, el lapso después de que nace un bebé se experimenta casi universalmente como un tiempo de dificultad y pérdida, aun cuando la pareja se regocije en la presencia de un bebé adorado y deseado. El terapeuta no interrumpe el compartir del consultante, ni trata de neutralizar los fuertes sentimientos de la persona. Sin embargo, puede plantear la posibilidad de pérdida mutua y decepción inesperada como una alternativa a las acusaciones rígidas de egoísmo y falta de cuidado frecuentemente expresada por los nuevos padres (O’Leary & Johns, 2007, p. 272).

Si las palabras del terapeuta son recibidas con silencio, se ha convertido en un experto sabelotodo y su enseñanza es incongruente con su propósito; si son recibidas con prolongados comentarios o, mejor, con correcciones y clarificación por uno o más de los consultantes, habrán servido al propósito de hacer contacto con ellos (*Condición 1* de Rogers). Tan importante también es el hecho de que el diálogo que incluye un fundamento no culpabilizante de la angustia relacional proporciona un lenguaje para la experiencia de la aceptación genuina, por parte del terapeuta y eventualmente por parte de cada uno de los consultantes (*Condición 4* de Rogers). La información puede transformar la culpabilización mutua en comprensión de que están juntos contra los aprietos que nadie ha creado.

6. Practicar una constante no defensividad, que posibilita trabajar de una manera relajada en favor de los objetivos del consultante y crear una base emocional para una expresión más profunda del consultante

La no defensividad es una forma de autoaceptación y seguridad que posibilita a una persona responder a las críticas o al aparente malentendido de otros con curiosidad e interés más que con explicación insistente, negatividad o contraataque. Un terapeuta que toma un rol activo y comprometido en la conversación de la familia o pareja, en ocasiones encontrará desacuerdo, ofensa o confusión por parte del consultante en respuesta a afirmaciones bien intencionadas e incluso cuidadosamente formuladas. Si el terapeuta no se empeña en ser considerado como acertado o incluso como útil, puede facilitar convertir las reacciones de los consultantes en oportunidades de aprendizaje, autocomprensión y autoaceptación. La no defensividad del terapeuta en situaciones emocionalmente cargadas puede ser la mejor oportunidad para que los consultantes perciban y crean que cuentan con la aceptación y disponibilidad de comprender por parte del terapeuta (*Condición 6* de Rogers).

Por ejemplo, hace poco expresé sorpresa y preocupación acerca de la descripción repentinamente enojada, acusatoria y desalentada de una abuela de la conducta y actitud de su nieto de 14 años. (Ella era su guardiana y su única cuidadora activa.) Fui más reprobador de lo que quería y me encontré una consultante muy enojada y ofendida. “No vine aquí para ser analizada y regañada por ti”, dijo, entre otras cosas. “Tienes razón”, respondí, “y lo lamento. Lo último que deseo es regañarte o hacerte pensar que tengo dudas respecto de la manera en que estás manejando tu vida con Paul. De hecho, siento lo contrario”. La consultante se suavizó y abandonó sus planes de terminar nuestras sesiones, “en la medida en que no te comportes como un idiota”.

¡No es mi deseo tener tantas razones objetivas para disculparme como las que tengo de hecho! La disponibilidad de los terapeutas para pedir disculpas o, en otras circunstancias, para escuchar una crítica, aparentemente merecida o no, posibilita una oportunidad de encontrarse con los consultantes a una mayor profundidad relacional (Mearns & Cooper, 2005) de lo que sería posible si el terapeuta necesitara ser considerado siempre como correcto y útil.

La no defensividad facilita la congruencia del terapeuta (*Condición 3* de Rogers). Los terapeutas no tienen que usar energía intentando reclamar una posición, como experto o bondadoso, por ejemplo. Entonces son libres de facilitar la comprensión de los consultantes de sus propias reacciones. “Necesito probar que lo que dije fue útil” da lugar a “sí, veo que estás molesta. ¿Es como si pareciera unirme a tu pareja para tratar de cambiarte? ¿Es como si ahora tuvieras

que defenderte de mí tanto como de ella?” La vulnerabilidad de los terapeutas junto con el apoyo a un consultante vulnerable es una oportunidad para que esa persona pueda experimentar la aceptación y la comprensión con mayor profundidad que en las interacciones más casuales (*Condición 6* de Rogers).

Ejemplo de caso

Miriam (52) y Paul (67) vinieron a consultoría después de que Miriam se mudó de su espaciosa casa de campo en varias hectáreas de tierra que compartían con sus tres hijos adolescentes. Miriam se sintió cerca del suicidio viviendo en un modelo de matrimonio que sentía que ya le quedaba chico. Se mudó al pueblo, donde podía ser más activa con su iglesia, sus amigos y sus variados intereses no domésticos ni agrícolas. “Me mudé para salvar mi vida”, dijo. Si bien decía que amaba a Paul, su marido desde hacía veinte años, él había perdido algo de su atractivo para ella y ella estaba cada vez más irritada con sus hábitos y muchas veces se sentía abrumada por sus diferencias. Él se había retirado hacía mucho, contento de vivir en el campo, reacio a la vida en el pueblo y mostraba poco interés en los amigos, las actividades eclesíásticas o culturales a las que ella frecuentemente asistía. Miriam no quería divorciarse de Paul ni tampoco dejar de ser su mujer. Ella comenzó la terapia para encontrar una manera de hacerle saber que su necesidad de distancia no necesariamente era el fin de su matrimonio.

Paul se sintió herido, conmocionado y enojado por la mudanza de Miriam y por lo que consideraba una estructura de poder completamente unilateral en el matrimonio. “Ella quiere estar casada conmigo en la medida en que yo haga lo que ella quiere.” Para mi terapia, las seis condiciones del enfoque centrado en la persona fueron la mejor guía en este territorio desconocido.

Condición 1. Dos personas están en contacto psicológico

Para mí fue importante explicar que la terapia funciona posibilitando a cada persona decir lo que es más importante para él o ella mientras el terapeuta y la otra persona escuchan. Miriam eligió hablar primero y compartir su historia. De tanto en tanto, yo le reaseguraba a Paul que él tendría “un tiempo equivalente”. También respondía a su lenguaje corporal con palabras como: “¿Esto es algo que encuentras particularmente difícil de comprender?” Una parte importante de mi trabajo es crear espacio para que el que habla diga las cosas en sus propias palabras; igual de importante es crear espacio al reconocer las dificultades del oyente. Por ejemplo: “¿Podrías dejarla hablar un poquito más?” o “¿Necesitas usar tu turno en este momento?”

Condición 2. La primera persona, a quien llamaremos el consultante, está en un estado de incongruencia, sintiéndose vulnerable o ansiosa

Con esta pareja, era importante para ellos que sus sentimientos con respecto a la incongruencia percibida del otro fueran validados sin que necesariamente ese hecho implicara maldad o inadecuación en esa persona. Miriam necesitaba decir que ya no podía vivir en el tipo de matrimonio de Paul sin que él concluyera que ella había terminado con él. Paul necesitaba decir que él podía amar y desear lo mejor para Miriam sin negar su derecho a rechazar la forma de matrimonio de ella.

Condición 3. La segunda persona, a quien llamaremos el terapeuta, es congruente o integrada en la relación

¿Cómo podía como terapeuta sentirme cómodo y natural con Paul y Miriam? Era importante que desechara cualquier idea de que yo podría encontrar una solución para su dificultad. No podía pretender ser capaz de convencer a Miriam de regresar a la manera de Paul o a Paul de aceptar la manera de Miriam. La congruencia significaba no intentar más de lo que podía, mientras al mismo tiempo hacer todo lo que estuviera a mi alcance para facilitar el diálogo atenta y respetuosamente, y nada más: “Quien soy es suficiente”, dijo Carl Rogers una vez, “si solo puedo serlo”.

Condición 4. El terapeuta experiencia consideración positiva incondicional por el consultante

Los terapeutas pueden aceptar sin tener que aprobar. Cada persona tiene el derecho de querer lo que desea, sin que eso signifique el derecho adicional de obtener eso que desean. El deseo de Paul por el matrimonio que había tenido era aceptable y no era necesario que el terapeuta le enseñara ninguna lección con respecto a un enfoque más aventurero de la vida en pareja. De manera similar, Miriam podía tener la libertad de expresar su necesidad de un modelo diferente de matrimonio (ella deseaba permanecer casada pero vivir aparte, con la libertad de quedarse con Paul en el campo y él con ella en la ciudad). El terapeuta podía validar este deseo sin garantizar su satisfacción.

Condición 5. El terapeuta experiencia una comprensión empática del marco de referencia interno del consultante y procura comunicarle esta experiencia

La cuidadosa expresión y comprensión del marco de referencia de cada persona ya ha sido descrita. Lo que llegó a ser importante fue notar y hacer explícitas las maneras en las que los marcos de referencia se traslapaban. Los terapeutas deben facilitar la escucha de lo que se dice así como también su comprensión precisa. Miriam no descartaba una relación cercana y más íntima con Paul, o más flexibilidad para pasar tiempo en la granja. Paul estaba señalando que a pesar de que tenía el derecho a divorciarse de Miriam por mudarse, no lo había hecho y no deseaba hacerlo si podía sentir amor y respeto en el nuevo orden. Sin un terapeuta, estos pequeños puentes podrían haber pasado desapercibidos.

Condición 6. La comunicación al consultante de la comprensión empática y la consideración positiva incondicional por parte del terapeuta se logra al menos en un grado mínimo

En el curso de varios meses me encontré con Miriam y Paul y cada uno de sus tres hijos, en diversas configuraciones: individualmente, en pares y todos juntos. Paul me recomendó a su hija mayor como “el traductor”. Él y su familia percibieron la terapia como un lugar donde, a pesar de ser muy diferentes, podían ser escuchados y comprendidos.

Varios años después del comienzo de la terapia y después de experimentos de muchas maneras diferentes de estar juntos, Paul y Miriam viven juntos en una espaciosa casa en el pueblo. Su hijo mayor vive en la granja que ellos visitan con frecuencia. Paul, que había estado retirado durante gran parte del matrimonio, ahora tiene un trabajo de tiempo completo. Sus hijos, Paul y Miriam programan sesiones aisladas de vez en cuando, cuando necesitan un traductor.

Esta situación fue más fácil que muchas y más difícil que algunas. Más fácil porque ambos eran personas relativamente calmas y bien educadas. Con una pareja más volátil, posibilitar que cada persona diga y que la otra escuche, requiere más vigor y la convicción de que una escandalosa pelea no le sirve a nadie. Fue más difícil, porque ambas partes tenían visiones muy diferentes de lo que debería ser el matrimonio y distintas necesidades evolutivas.

Conclusión

La calidad de la experiencia de los consultantes está fuertemente afectada por su relación con sus terapeutas. En una alianza de alta confianza con un terapeuta, los consultantes son capaces de enfocar su propio proceso y responder a sus condiciones de vida más que preocuparse por la aprobación, el control o la incompreensión del terapeuta (McMillan & MacLeod, 2006). No existe sesión con cualquier pareja o familia, en la cual la empatía, la aceptación, la autenticidad y la percepción del consultante de estas cualidades no sean una prioridad. El contacto del terapeuta con cada persona en la terapia relacional debe ser cálido y mantenido de manera continua mediante la conversación, para que los consultantes sientan la seguridad necesaria para experimentar con el cambio. Cada vez que he perdido mi arraigo como terapeuta, la reflexión sobre una u otra de las condiciones nucleares constantemente me ha mostrado el camino hacia una reanudación del diálogo respetuoso.

Yo sería un terapeuta de pareja o de familiar menos útil si *solo* conociera las seis condiciones nucleares. En primer lugar, mi conocimiento de las condiciones en las cuales los consultantes viven entre sesiones (Barrett-Lennard, 2005) es útil para permitirme demostrar empatía por sus marcos de referencia.

En la medida en que mi experiencia y uso de las habilidades de otros enfoques de terapia relacional interfiera con mi práctica de las seis condiciones nucleares, mi utilidad y la calidad de mis relaciones terapéuticas se verán disminuidas. Las técnicas o métodos de enseñanza que bloquean la congruencia, la empatía o la aceptación incondicional socavan el progreso de los consultantes en lugar de ayudar a la sanación, el diálogo o el aprendizaje de los mismos. Los terapeutas inexpertos considerados cuidadosos y empáticos son mucho más provechosos que los terapeutas bien informados y confiados vistos como enjuiciadores e incomprensivos.

Las personas empapadas en las condiciones nucleares que, a través de la lectura, la formación y la supervisión, estén dispuestas a aprender las exigencias particulares de ese medio pueden llegar a ser terapeutas de pareja y familiares especialmente provechosos. Los terapeutas relacionales de otros enfoques serán más efectivos si adoptan los patrones de esas condiciones nucleares.

Referencias

- Barrett-Lennard, G. T. (2005). *Relationship at the centre: Healing in a troubled world*. Londres: Whurr.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 227-306). New York: Wiley.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H. & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 33, 298-317.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Ulrich, D. (1981). Contextual family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 159-186). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Bott, D. (2001). Client-centered therapy and family therapy: A review and a commentary. *Journal of Family Therapy*, 23, 361-378.
- Butler, M. H. & Bird, M. H. (2000). Narrative and interactional process for preventing harmful struggle in therapy: An integrative empirical model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 123-143.
- Davis, S. D. & Piercy, F. P. (2007a). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change. Part I: Model-dependent common factors across three models. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 33, 318-343.
- Davis, S. D. & Piercy, F. P. (2007b). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change. Part II: Model-independent common factors across three models. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 33, 344-363.
- Doherty, W. J. (2001). *Take back your marriage*. Nueva York: Guilford Press.
- Duncan, B. L. (2007). When therapy is going nowhere. Trabajo presentado en el *Psychotherapy Networker Symposium*.
- Duncan, B. L., Hubble, M. A. & Miller, S. D. (1997). Stepping off the throne. *The Family Therapy Networker*, 21, 22-33.
- Friedman, E. (1991). Bowen theory and therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, Vol. 2* (pp. 134-171). Nueva York: Brunner/Mazel.

- Gaylin, N. L. (1989). The necessary and sufficient conditions for change: Individual versus family therapy. *Person-Centered Review*, 4, 263-279.
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic: A scientifically based marriage therapy*. Nueva York: Norton.
- Gottman, J. M. (2001). *The relationship cure: A 5 Step Guide to Strengthening Your Marriage, Family, and Friendships*. Nueva York: Random House.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused couples therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Gurman, A. S. & Kniskern, D. P. (Eds.). (1981). *Handbook of family therapy, Vol. 1*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused therapy for couples: Creating connection* (2nd ed.). Nueva York: Brunner/Mazel. Traducción española: (2007). *Práctica de la terapia matrimonial concentrada emocionalmente: Creando conexiones*. Londres: Routledge.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1994). Emotion in intimate relationships: A synthesis. In S. M. Johnson & L. S. Greenberg (Eds.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 297-325). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lambers, E. (2006). Supervising the humanity of the therapist. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 266-276.
- McMillan, J. & McLeod, J. (2006). Letting go: The client's experience of relational depth. *Meeting at relational depth*, Dave Mearns' retiral conference, University of Strathclyde, Glasgow.
- Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. Londres: Sage.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. Londres: Sage.
- O'Hara, M. (2007). Psychological literacy for an emerging global society: Another look at Rogers' "persons of tomorrow" as a model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6, 45-60.
- O'Leary, C. J. (1999). *Counselling couples and families: A person-centred approach*. Londres: Sage.
- O'Leary, C. J. (2003). *Finding a better way to feel sorry for yourself* [DVD]. (Disponible en Denver Film and Digital, 1101 W 48th Ave, Denver, Colorado 80221)

- O'Leary, C. J. & Johns, M. J. (2007). Couples and families. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred therapy* (pp. 266-278). Londres: Palgrave-MacMillan.
- Rober, P. (2005). Family therapy as a dialogue of living persons: A perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov and Shotter. *Journal of Marital and Family Therapy* 31, 385-399.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21(2), 95-103. Traducción española: (1978). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En J. Lafarga & J. Gómez del Campo (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: Aportaciones de una psicología humanista, Vol. 1* (pp. 77-92). México: Trillas.
- Rogers, C. R. (1972). *Becoming partners: Marriage and its alternatives*. Nueva York: Delta. Traducción española: (1976). *El matrimonio y sus alternativas*. Barcelona: Kairós.
- Seaburn, D. (2007a). Hallway therapy. *Psychotherapy Networker*, 31, 52-58.
- Seaburn, D. (2007b). Therapy with kids, parents and schools: A collaborative approach [Compact disc 717-511]. *Psychotherapy Networker Symposium*. Norcross, Georgia: Playback Now.
- Selekman, M. (2007). Riding the therapeutic roller coaster with self-harming adolescents. [Compact disc 717-216]. *Psychotherapy Networker Symposium*. Norcross, Georgia: Playback Now.
- Simon, R. (2007). The top ten: The most influential therapists of the past quarter century. *Psychotherapy Networker*, 31, 25-37, 68.
- Stuart, R. B., & Jacobson, B. (1987). *Couples therapy workbook*. Champaign, Illinois: Research Press.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York: Norton.
- Wylie, M. S. (2004). Mindsight. *Psychotherapy Networker*, 28, 29-39.

TERAPIA GRUPAL Y GRUPOS DE ENCUENTRO¹

Peter F. Schmid y Maureen O'Hara

Pensar en terapia no se limita a las relaciones uno a uno; por el contrario: los fundamentos de la terapia centrada en la persona estarían incompletos si no consideráramos la importancia de los procesos grupales, tanto en la vida cotidiana como en la terapia. Desde el principio, y en gran parte de la vida, esta ocurre en grupos. El grupo es el hecho social primario y como es la interfaz entre la persona y la sociedad, esto también sugiere una “primacía terapéutica” del grupo. Este trabajo investiga la naturaleza del grupo y la centralidad del trabajo grupal en la psicoterapia y la consultoría desde una perspectiva centrada en la persona, y analiza el proceso y la facilitación grupales centrados en la persona y la necesidad de una perspectiva de cambio más allá del individuo.

“Al comienzo fue el grupo, al final el individuo.” Esta afirmación de Jacob Levi Moreno (1959, p. 9), el creador del psicodrama, también es válida para el enfoque centrado en la persona. Tanto en términos de contenido como de historia, puede mostrarse (Schmid, 1994, 1996b) que –aun cuando fue desarrollado como un procedimiento para la consultoría de individuos– el enfoque centrado en la persona nació en grupos.

Al menos desde fecha tan temprana como la década de 1920, cuando se realizaron los estudios de Hawthorne, sabemos que los grupos tienen un poder enorme para cambiar la conducta humana (Roethlisberger & Dickson, 1939). Estos estudios y el trabajo de Kurt Lewin sobre la teoría del campo en la década de 1940 (con los cuales Rogers se encontró, sobre todo, mediante el contacto con los estudiantes de postgrado de Lewin a través de su trabajo en los National Training Laboratories) ejercieron una fuerte influencia en el pensamiento de Carl Rogers. Para este (1970, p. 9), el grupo era “probablemente el invento social más potente del siglo”. Y, sin duda, desde sus inicios, el enfoque centrado en la persona fue un enfoque social, grupal. “Desde sus comienzos, la terapia centrada en el cliente

1 Fuente: Schmid, P. F., & O'Hara, M. (2007). Group therapy and encounter groups. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 93-106). Houndmills, Reino Unido: Palgrave.

también buscó esferas de influencia más amplias, más allá del individuo, tanto en el intento de explorar la relevancia de sus ideas en contextos más amplios que la terapia diádica tradicional como en la búsqueda de aplicaciones a otros medios sociales” (Wexler & Rice, 1974, p. 313).

Personalidad y teoría de grupos: el grupo como un hecho social primario y como la interfaz entre la persona y la sociedad

¿Qué es un grupo? Un conjunto de individuos ¿forma un grupo, haciéndolo una variable secundaria, dependiente, o el grupo está allí primero y los individuos después, formados por el grupo en el que viven y desarrollados a partir de él? Para mucha gente, la pregunta de cuál es primario, el grupo o el individuo, puede parecerse en alguna medida a la discusión del huevo y la gallina. Pero, para comprender a la persona y sus problemas, así como para la terapia, esta cuestión tiene profundas implicaciones teóricas y prácticas, ofreciendo -como de hecho lo hace-, una manera de considerar la existencia humana que trasciende el dualismo del pensamiento occidental mientras conserva un sentido de soberanía de la persona como entidad (Schmid, 2007).

Por lo general, los seres humanos viven en grupos; la modalidad “natural” y, en este sentido, original, de organización de la vida de los seres humanos es el grupo. En términos de la psicología evolutiva, el grupo proporciona el contexto en el cual los seres humanos experimentan la vida, sea en una familia, la escuela, el trabajo, asociaciones de interés social u otras modalidades. En todos esos contextos, las situaciones uno-a-uno son la excepción, los grupos son la regla. Incluso las relaciones de pares suelen existir como parte de un grupo, integradas dentro de él. Los seres humanos nacen en grupos –al menos como regla. Dentro de los grupos descubrimos nuestra identidad. A través de ellos sabemos quiénes somos y a dónde pertenecemos (O’Hara, 1997, p. 314; Schmid, 1996a, pp. 57-76).

La manifestación primaria de humanidad, pues, no es el individuo, sino el ser humano junto con otros seres humanos. El ser humano es un ser social y, desde el mismo principio, está predispuesto por su propia corporeidad a comunicarse con el mundo y con seres humanos. En un nivel puramente biológico, el ser humano se origina en una relación humana. Que los humanos son primariamente seres sociales no es solo verdadero con respecto a sus necesidades sino en su misma esencia. Esto también es cierto para la epistemología: el conocimiento humano no es posible sin la sociedad humana. El cuerpo, la consciencia, la socialidad, los

valores, el lenguaje, la comunicación –nada de esto existiría sin la comunidad. El mundo humano siempre es un mundo de interacciones. La existencia humana es coexistencia.

Desde esta perspectiva relacional, sociocéntrica u holística que, como señalan los antropólogos, es la visión más común en la mayoría de las culturas del mundo (Geertz, 1979), el grupo está lejos de ser meramente un conjunto de individuos o una extensión de la “relación uno a uno”; más bien es un hecho social primario. Es tanto un lugar donde las personas experimentan su yo-mismo-en-relación (es decir, ellos mismos con sus cualidades sociales e individuales), como su conexión con comunidades sociales más amplias, y con la sociedad y la humanidad como tales. Un grupo al mismo tiempo constituye a las personas que pertenecen y participan en él y tiene su propia existencia autónoma como una entidad social, que a su vez está conectada con otros grupos y participa en ellos dentro del contexto social amplio. De esta manera, estos grupos interconectados son partes contribuyentes de un todo mayor que constituye la totalidad de la sociedad. El grupo existe en la interfaz del individuo y la sociedad; por lo tanto, es *el* campo tanto para el encuentro personal como para el intercambio mutuo dentro de la sociedad. Por lo tanto, un grupo no es ni un simple colectivo ni la suma total de sus miembros, sino un sistema social complejo, una entidad en sí mismo, que existe en un estado de tensión entre la persona y la sociedad, un proceso en el cual se hacen claras las realidades individuales y colectivas y luego se influyen mutuamente de muchas maneras diferentes (Schmid, 1996b, p.72). En otras palabras: “El individuo crea al grupo que crea al individuo”² (Wood, 1988, p. 245).

El argumento sustantivo más convincente en apoyo del grupo como una realidad primaria proviene del mismo enfoque centrado en la persona. Como señala Schmid (2007), los seres humanos son y devienen personas dentro de sus relaciones interpersonales, en las cuales actualizan su cualidad de persona; humanos, más exactamente; es dentro de los grupos donde un ser humano deviene una persona. Carl Rogers (1965, pp. 19 y siguientes) afirmó que “los seres humanos son incurablemente sociales”, “animales sociales” (Rogers, 1961, p. 103). Al superar la relación Yo-Tú aislada, el enfoque centrado en la persona considera que la realidad interpersonal se basa en un “nosotros” fundamental (Schmid, 1996a, pp. 521-540; 2003). El grupo es el ruedo para los encuentros personales en el contexto de la comunidad mayor o sociedad. Pueden encontrar mayores detalles en Schmid (1996a, pp.19-112, 1996b, pp. 616-620, 2001, pp. 294-299) y O’Hara (1997).

2 La traducción (del alemán al inglés) es de los autores. (Nota de la traductora)

Historia: el grupo como un factor esencial del enfoque centrado en la persona

Históricamente, la terapia centrada en la persona puede haber sido descrita o desarrollado, al menos desde un punto de vista teórico, para ser utilizada sobre todo en terapia individual pero, en la práctica concreta, y desde sus inicios, incorporó ideas originadas en experiencias grupales, ideas que, a su vez, influyeron sobre la teoría. En una revisión atenta de la historia de la terapia centrada en la persona, una historia inseparable de las etapas personales de aprendizaje de Carl Rogers, son sus propias experiencias de aprendizaje en los grupos relacionales—su familia, la iglesia y la universidad— y sus referencias a sus propias experiencias en estos grupos las que tienen importancia inicial. Vivió, aprendió, enseñó y trabajó en grupos. Incluso su primera publicación, un artículo sobre la Conferencia Mundial de la Federación de Estudiantes Cristianos realizada en Beijing, Rogers (1922) manifestó su fascinación por la experiencia grupal.

Según cuenta el mismo Rogers, en 1945 ya había comenzado a trabajar con alumnos en grupos siendo profesor en la Universidad de Chicago. Sus reuniones de equipo³ fueron adquiriendo una importancia creciente. En estas reuniones de equipo se discutían y se desarrollaban más aún las ideas teóricas sobre la base de experiencias reales. Además, los enfoques que fueron desarrollándose para la formación centrada en la persona se organizaron en grupos desde los primeros momentos. En 1947, Rogers ya había desarrollado un modelo centrado en el grupo para formar consultores que iban a trabajar con veteranos de guerra. Mucho después dijo con respecto a este período: “Todos fueron grupos de encuentro, mucho antes de que se acuñara la expresión” (Rogers, 1973, p. 39).

En 1947, Rogers publicó su primer artículo dedicado, desde el título, al grupo: “Principios efectivos para manejar tensiones e insatisfacciones individuales y grupales”. En un artículo de 1948 titulado “Algunas implicaciones de la consultoría centrada en el cliente para el trabajo con universitarios”, Rogers también escribió extensamente acerca del trabajo con grupos y la terapia grupal, tocando muchos de los que más tarde se convirtieron en principios clave, tales como la confianza en el grupo, al que considera como un organismo en sí mismo. En su libro de 1951, Rogers incluyó un capítulo escrito por Hobbs (1951) acerca de “la psicoterapia centrada en el grupo” y la investigación de Gordon enfocada al “liderazgo centrado en el grupo” (Gordon, 1951; Bowen, O’Hara, Rogers & Wood, 1979).

3 *equipo*. Traducción de *staff*, empleado en inglés por Schmid & O’Hara. (Nota del revisor técnico)

Desde 1964 en adelante, después de su carrera de trabajo universitario y en la época del movimiento de los grupos de encuentro en las décadas de 1960 y 1970, Rogers se involucró profundamente en el trabajo grupal. La película *Viaje al yo-mismo*⁴ (Rogers, McGaw & Farson, 1968), que recibió un premio Oscar como mejor documental en 1968, y su libro *Grupos de encuentro* (Rogers, 1970) jugaron un papel importante en el reconocimiento del trabajo grupal como un factor importante en el autodesarrollo, la consultoría y la psicoterapia. Desde 1973 en adelante trabajó junto con su hija Natalie, Maureen O'Hara y John Wood, entre otros, en talleres de grupos grandes y se comprometió activamente en tareas interculturales y promotoras de la paz, comentadas en Rogers (1977, 1980, 1983), Rogers & Rosenberg (1977); Gordon (1951), Bowen, O'Hara, Rogers & Wood (1979), O'Hara & Wood (1984), Wood (1988) y O'Hara, Henderson, Barfield & Rogers (2007). El "Programa La Jolla", caracterizado por alternar experiencias en grupos grandes y pequeños (desde 1967 en adelante), devino *el* modelo de formación de facilitadores centrados en la persona (Coulson, Land & Meador, 1977). Si bien estos talleres y programas no eran explícitamente terapia, contribuyeron en gran medida a la creciente autocomprensión política de la terapia centrada en la persona. Al poco tiempo se organizaron talleres de pequeños y grandes grupos en todo el mundo y se desarrolló más teoría. Algunas de las principales contribuciones teóricas se originan en Pagès (1968; Gordon (1951), Bowen, O'Hara, Rogers & Wood (1979), O'Hara & Wood (1984, 2004), Wood (1988), O'Hara, (1997) y Schmid (1994, 1996a, 1996b, 1988, 2000); la última recopilación fue publicada por Lago & MacMillan (1999).

El trabajo con "grupos intensivos", como le gustaba a Rogers llamar a los grupos de encuentro, contribuyó de manera significativa al desarrollo del enfoque centrado en la persona como tal. La reciprocidad en la ayuda que Rogers experimentaba con frecuencia en estos grupos, superaba a experiencias similares en la terapia individual. La concepción del "líder" grupal como facilitador afectó la concepción del terapeuta centrado en la persona en la terapia individual. El trabajo con y en los grupos fue instrumental para ayudar a comprender a los seres humanos dentro de las relaciones y a las relaciones interpersonales como tales. La definición de la "persona plenamente funcionante", no solo como un yo-mismo individualista, sino como un yo-mismo dentro de la sociedad y la dimensión social y, por extensión, política, del enfoque centrado en la persona, también se originaron en gran medida en experiencias en pequeños y grandes grupos. Por último, la valoración altamente democrática, igualitaria de la contribución de cada persona como igual a la del facilitador (en contraste con otras orientaciones

4 *Viaje al yo-mismo*. Traducción del título en inglés de la película *Journey into self*. (Nota del revisor técnico)

centradas en el experto) afirma el poder personal de cada participante. Estos puntos justifican el comentario de Raskin (1986a, p. 281) de que “el grupo de encuentro fue y sigue siendo una de las formas más sobresalientes de expresión del enfoque centrado en la persona”. Más detalles en Schmid (1994, pp. 65-94, 1996b, pp.613-16) y resúmenes de la historia en Raskin (1986a, 1986b), Schmid (1996a, pp. 27-64) y Barrett-Lennard (1998, pp. 145-176, 199-231).

Teoría de la terapia: la “primacía terapéutica” del grupo

Una de las consecuencias de la comprensión del grupo como un hecho primario de la vida de las personas y la contribución esencial al desarrollo de la terapia centrada en la persona que acaba de presentarse es comprender que, en esencia, el enfoque centrado en la persona es de manera fundamental un enfoque grupal y que la terapia centrada en la persona es básicamente terapia grupal (Schmid, 1994). Proponemos resaltarlo aún más: la terapia centrada en la persona es por su propia naturaleza no un proceso de terapia individual que resulta ser aplicable a grupos. Es más bien, en su esencia, un enfoque social, un enfoque concerniente a grupos y, por lo tanto, un “enfoque grupal” que resulta ser aplicable a relaciones entre dos personas (díadas, pares), como tipos especiales de grupos. Esto invierte la concepción tradicional: la terapia centrada en la persona que incluye a dos individuos, la así llamada “terapia individual”, puede definirse como un tipo especial de acontecimiento grupal, un “grupo de dos”.

Esto implica que el grupo debería ser considerado el punto inicial de entrada en la terapia. En otras palabras, a menos que otras razones den lugar a otra decisión obviamente preferible, el grupo es el contexto de elección para que el ser humano se ponga de acuerdo consigo mismo. Los problemas que se originan en las relaciones interpersonales pueden comprenderse y tratarse en términos relacionales, en relaciones interpersonales. Una vez que se capta una visión relacional, de ella se deriva que al recrear el contexto desde el cual se originan muchos problemas psicológicos, el grupo proporciona el ambiente más fructífero para ocuparse exitosamente de ellos. La psicoterapia grupal devuelve los problemas al lugar al que pertenecen.

La perspectiva relacional que adelantamos en este trabajo, en la cual la noción de “consultoría individual” se reencuadra dentro de un grupo de dos, da lugar a la pregunta de si el actual foco en la así llamada consultoría individual como el punto de entrada para la mayoría de las personas que buscan consultoría pudiera reconsiderarse, y recuperar al grupo como un contexto rico y potente para el crecimiento transformacional. De acuerdo con esta perspectiva, un terapeuta que recomiende a alguna persona realizar psicoterapia debería primero considerar las

ventajas de un grupo. Encontrarán un análisis del par como una forma especial de grupo y las implicaciones para la terapia en Schmid (1996a, pp. 58-60).

Una de las principales ventajas de un grupo es que permite una experiencia vivida de la pluralidad y la complejidad de la vida. La rica diversidad que es la existencia humana se pone de manifiesto en toda su vitalidad en el grupo. En la terapia individual, las múltiples relaciones del consultante (además de la que tiene con el terapeuta) solo pueden tratarse de manera indirecta; la experiencia real (y los intentos de probar algo nuevo) sucede afuera, entre las sesiones. En la terapia grupal esto es posible en el mismo grupo: las relaciones entre sus miembros ofrecen un amplio campo de experiencia y la posibilidad de probar algo nuevo, recibir una retroalimentación inmediata y reflexionar sobre ella en tiempo real. Con frecuencia estas experiencias de aprendizaje pueden ser transferidas de modo inmediato a otros grupos y relaciones de la vida del consultante.

En el trabajo grupal todo el grupo es “el terapeuta”. Cada miembro puede ser un facilitador para otro miembro, lo que aumenta las posibilidades de recibir retroalimentación y de aprender unos de otros. Los consultantes encuentran múltiples puntos de vista y múltiples sistemas de valores (a diferencia de la terapia individual donde solo encuentran los del terapeuta), facilitando así el descubrimiento de sus propios valores y perspectivas. El autodesarrollo “en compañía de otros” (Merry, 1988, p. 22) enriquece la empatía. Encontrar “compañeros de sufrimiento” y saber que “no se está solo” puede ser un enorme alivio, y de gran ayuda para aceptarse a sí mismo. También hay efectos de “espectador” en la medida en que las personas son testigos de que otros se benefician de la apertura y la asunción de riesgos. Pero, más que esto, suele alentar a las personas a atreverse también a abrirse y asumir riesgos. Que todos podemos ser terapéuticos para alguien también nos hace darnos cuenta de que todos somos fundamentalmente valiosos y capaces –darse cuenta de eso es de un enorme potencial para la terapia y el desarrollo de la personalidad. Ser capaz de ayudar a otro intensifica la autoestima y puede ser terapéutico en sí mismo. Además, la interacción entre pares tiene una cualidad diferente a la de las interacciones consultante-terapeuta. Ser comprendido por un no profesional se siente diferente a ser comprendido por alguien cuyo trabajo consiste en hacerlo. Asimismo, la confrontación, aun por parte del terapeuta es, en alguna medida, más fácil de aceptar y procesar porque probablemente haya otros miembros del grupo que apoyen los puntos de vista y las conductas de uno de ellos.

Más allá de esto, la terapia grupal tiene una función anticipatoria. Al representar a la sociedad en un microcosmos, el grupo es el ruedo donde pueden observarse, investigarse y comprenderse los desarrollos, problemas y tendencias sociales presentes y aun futuros. Pueden probarse nuevas maneras de tratar con

ellos. Por lo tanto, el grupo no solo tiene valor psicológico y terapéutico, sino un impacto enorme en los cambios sociales.

El cambio de perspectiva de la “terapia de un individuo por un individuo” a la “terapia de una persona en un grupo” (ser realmente centrado en la persona quiere decir abordar a alguien en su dimensión sustancial y relacional (Schmid, 2007) abre la posibilidad de ver a los grupos centrados en la persona como un lugar de sanación dentro de la sociedad en su conjunto. Un análisis adicional de las implicaciones de esto para la socioterapia se presenta en Schmid (1996a, pp. 511-532; 2002).

Por último, hay una dimensión de la experiencia grupal que, cuando está presente, ofrecer el acceso a niveles de consciencia expandida. O’Hara & Wood (1984, 2004) describieron los momentos extraordinarios en la vida grupal cuando la “mente grupal” o la consciencia colectiva del grupo como una entidad se vuelve accesible a sus miembros. En estos momentos las personas con frecuencia son capaces de conciliar complejidades que parecían inmanejables unos minutos antes —cuando reconocemos que lo que por lo general vemos como fragmentado es realmente una totalidad. Hacia el final de su vida, Rogers se interesó en el trabajo del físico David Bohm, reconociendo las similitudes entre las experiencias del enfoque centrado en la persona en grupos grandes y los desarrollos de Bohm sobre el “orden implicado” (Bohm, 1983; Bohm & Edwards, 1991).

El proceso grupal: los participantes son el proceso

Para comprender lo que sucede en un grupo centrado en la persona deben tenerse presentes al mismo tiempo varios niveles distintos:

- ¿Qué está sucediendo dentro de la experiencia subjetiva de cada individuo?
- ¿Qué está sucediendo entre los individuos en el nivel interpersonal?
- ¿Qué está sucediendo en el nivel del grupo como entidad?
- ¿Cuáles son los factores externos que proporciona el contexto?

Cooper (2007) analiza en detalle los procesos subjetivos interpersonales. Aquí, deseamos considerar los procesos de “nivel superior” y cómo se expresan en la vida de los participantes del grupo. En el enfoque centrado en la persona es central la confianza básica en lo que Rogers consideró una “tendencia formativa” presente en la naturaleza, de la cual la “tendencia actualizante” en los seres humanos es una manifestación (Bohart, 2007). Observó que cuando las condiciones relacionales básicas de autenticidad, consideración incondicional y empatía, analizadas en más detalle en Rogers (2007) y en otros

trabajos sobre el tema, caracterizan las interacciones de persona a persona, sea en un grupo diádico o en un grupo de hasta mil personas, puede contarse con que esta tendencia actualizante moverá tanto a los individuos como a los grupos en dirección al crecimiento y la sanación (Rogers, 1986); en la terapia individual, el terapeuta es el principal responsable de crear estas importantes condiciones. En un grupo, el facilitador es responsable de establecer importantes condiciones de fronteras, del ámbito de encuentro como el tiempo de reunión, lugar, duración y membresía, y hace otras contribuciones también importantes que analizaremos más adelante. La responsabilidad por el proceso del grupo, sin embargo, es distribuida entre todos los miembros quienes, en conjunto, contribuyen a la creación de un clima habilitante de confianza, aceptación y cuidado. En años posteriores, Rogers también describió el concepto de “presencia” como una condición facilitadora básica (Schmid, 2007).

Rogers y otros, entre ellos, Gordon, (1951), Bowen, O’Hara, Rogers & Wood (1979), O’Hara & Wood (1984, 2004), Wood (1984), Natiello (1987) y Schmid (1996a), describieron el proceso de desarrollo del grupo centrado en la persona. Rogers (1970) identificó quince patrones en el proceso grupal. Estos no necesariamente ocurren de manera exacta en secuencia, pero alguna versión de este proceso de despliegue es visible en la mayoría de los grupos centrados en la persona. En el libro *Grupos de encuentro* (Rogers, 1970) se encuentra una descripción detallada de estas fases de la vida del grupo y estas coinciden de manera cercana con las etapas del desarrollo grupal descritas en la bibliografía sobre dinámica de grupos (Bradford, Gibb & Benne, 1964); Schmid (1996a, pp. 181-192) ofrece un resumen de los análisis centrados en la persona de las etapas del grupo.

Los cambios que se producen en un grupo en un día, en un fin de semana intensivo o a lo largo de varias semanas, en principio son los mismos. En las etapas tempranas de un grupo suele existir un periodo de comunicaciones caóticas, incoherentes y desconectadas. La desconfianza y la reticencia son notables. Al comienzo, para la mayoría de las personas, el sentido de “nosotros” solo existe como una potencialidad teórica —una realidad deseada, que quizás se concrete, quizás no. Para algunos, la idea de “nosotros” es bastante amenazante porque temen que el “yo-mismo” individual no tenga un lugar en el “nosotros” colectivo. Les interesa más su sentido de la realidad individual y su lugar en los acontecimientos en curso. En un grupo conformado por facciones enemigas en Irlanda del Norte, registrado en la película *La persiana de acero*,⁵ por ejemplo, la animosidad mutua de los miembros hizo que al principio se cerraran a la idea de un “nosotros” con personas del otro bando (Rogers, McGaw, McGaw &

5 *La persiana de acero*. Traducción del título en inglés de la película *The steel shutter*. (Nota del revisor técnico)

Rice, 1973). En trabajos recientes realizados en Sudáfrica y en Guatemala, Adam Kahane (2004) observó la misma reticencia inicial.

Cuando se escuchan, se aceptan y se responden las primeras comunicaciones tentativas hay una profundización de la expresión de sentimientos y autorrevelación que, a su vez, da lugar a que se comparta más abiertamente. En etapas tempranas, la mayoría de las comunicaciones se dirigen a los facilitadores pero, en la medida en que estos dejan en claro que no están allí para dirigir o resolver nada, sino para participar, de manera gradual las personas comienzan a asumir riesgos, a comprobar su libertad y a permitirse ser auténticos entre ellos. Pueden expresar enojo hacia otro miembro, tristeza por una pérdida o irritación por el proceso. Se habla menos “acerca” del pasado o de abstracciones y se experimenta más directamente lo inmediato que sucede aquí y ahora. Al mismo tiempo, las personas comienzan a sintonizarse entre ellas de maneras profundamente empáticas. Escuchan más profundamente y se permiten conmovirse con la humanidad de los demás. Encuentran que están conmovidos intensamente con los relatos de los otros y, mientras esto sucede, la experiencia deviene más vívida y más intensa. Como dijo Natalie Rogers, el grupo llega a “escuchar la música, no solo las palabras” (2005, comunicación personal). De manera gradual, a medida que las personas expresan más y más de su experiencia individual, el “nosotros” esencial —el sentido de que existe una entidad mayor a la que están contribuyendo los participantes individuales— surge y comienza a hacer sentir su presencia en la consciencia de todos. En la inmediatez de la experiencia presente, se hace palpable para casi todos un sentido de lo que Levi (2005) llamó la “magia del grupo”. Es en este estado en el que se produce el verdadero trabajo de transformación.

El cambio hacia un estado de transformación es muchas veces repentino. No puede ser producido, acelerado, planificado. Es un cambio que sucede en el campo grupal más allá de la manipulación directa por parte de cualquier individuo en particular. Con frecuencia estos momentos expansivos ocurren en el silencio que sigue a la expresión de algún sentimiento profundo o a un relato emocionante.

Para dar el ejemplo de un caso: en un grupo, después de un periodo de conversación caótica, embarazosa e inauténtica, una interacción entre un hombre afroamericano y un sudafricano blanco se volvió acalorada. Como muchos que habían participado antes, hablaban al mismo tiempo, sin escucharse y expresándose con burlas sarcásticas e indirectas. De pronto, el afroamericano explotó con frustración. Desbordado, expresó su dolor con respecto a la política de apartheid⁶ y manifestó su ira y su desconfianza hacia el sudafricano. El grupo

6 *apartheid*. Término afrikaans empleado por Schmid & O’Hara, que significa *segregación*.
(Nota del revisor técnico)

escuchó en un aturrido silencio. Después de que el afroamericano terminó de hablar, el sudafricano respondió con la misma energía e igual frustración. Era un activista antiapartheid que había salido de Sudáfrica temiendo por su vida. Se sentía aterrado de que su familia estuviese en peligro tanto por parte de los sudafricanos negros como de los blancos. Los dos hombres se miraron fijamente a los ojos en silencio durante un largo rato. Mientras lo hacían cambió el clima del grupo y surgió un nuevo estado de conexión. Donde había habido un estado de separación había ahora un sentido de alineación y sintonía, donde había habido un sentido de desesperanza había ahora esperanza, y donde había habido oponentes había ahora solidaridad. Como luego observó un miembro del grupo: “En ese momento pude ver que todos éramos realmente uno –no existe más separación o desconexión que aquellas que construimos. Cuando nos encontramos de esta manera, puedo ver con claridad dónde estoy. Puedo conocer universos”.

El cambio de fase en un grupo no siempre se produce por el conflicto. También podría ser un momento de generosidad, de empatía profunda, un ataque de risa generalizado que hace que duelan las costillas o un simple silencio en el momento adecuado. Sea en un grupo caracterizado por el enfoque centrado en la persona o en algún otro proceso grupal dialógico, lo que estos momentos tienen en común es que los miembros se entregan al momento –plenamente conscientes de sí mismos como individuos únicos pero plenamente comprometidos y sintonizados con el momento presente. Es un punto que trasciende el dualismo y lo que parecen ser contradicciones insolubles en un momento parecen solucionables al momento siguiente. O’Hara & Wood (2004, p. 65) llamaron a estos grupos “grupos conscientes”. John Wood (1988, p. 42) lo expresó en pocas palabras: los miembros del grupo “no son ‘material’ para el proceso terapéutico; son el proceso”.

La facilitación grupal: el arte de ser cojugador⁷ y contraparte

Comprender la facilitación de grupos centrados en la persona nos presenta una paradoja. Los aspectos más generativos de los procesos grupales suceden entre los miembros del grupo y no son producidos por los facilitadores. Por este motivo no hablamos de “líderes grupales” o “entrenadores” sino de “facilitadores grupales”

7 *cojugador*. Traducción de *co-player*, empleado en inglés por Schmid & O’Hara. (Nota del revisor técnico)

que fomentan el proceso terapéutico y promotor del desarrollo del grupo. Este, por sí mismo, asume la función de “liderar” y diferentes participantes adoptan un rol de liderazgo en diferentes etapas o para diferentes tareas en la interacción del proceso grupal en desarrollo. En oposición a otras concepciones, como guiar, dirigir, interpretar, inducir ejercicios y juegos grupales, mantenerse ausente o desempeñar el rol de un agente provocador, el enfoque centrado en la persona enfatiza las cualidades personales del facilitador –su manera de ser– por encima del uso de su pericia técnica. La tarea principal de los facilitadores de grupos es –de acuerdo con la imagen del ser humano como persona (Schmid, 2007), ser un participante en el grupo activo, involucrado, comprometido, que confía en la tendencia actualizante en el proceso y en las personas y puede tener más y más experiencia como persona. Sin embargo, según nuestra experiencia, la facilitación centrada en la persona es, al mismo tiempo, una responsabilidad altamente compleja y compuesta por muchos niveles, y requiere un nivel de dominio de sí mismo y una pericia personal y técnica no fáciles de lograr. Para más detalles sobre la facilitación de grupos, véase Rogers (1970) y Schmid (1996a, pp. 219-319).

Los facilitadores deben ser capaces de expresar las condiciones nucleares en sus interacciones con los participantes individuales en maneras adecuadas para el ámbito grupal –que son diferentes de la sesión de consultoría individual– y en sus interacciones con todo el grupo. Deben saber, por ejemplo, cómo escuchar empáticamente a un individuo que está hablando, pero también escuchar empáticamente al grupo como entidad. Por ejemplo, si una persona está hablando mucho y otros participantes están sintiéndose aburridos o incluso hostiles, algunas veces sucede que el facilitador tiene que elegir entre continuar escuchando muy atentamente al individuo y hacer un comentario acerca de la obvia incomodidad de otras personas. En un grupo, el sentido de oportunidad de una elección de este tipo es muy importante. Demasiada autoexpresión prematura del facilitador puede tener un efecto inhibitorio sobre un grupo; demasiada y excesivamente tardía, puede producir un cambio en el foco de atención sobre el facilitador, alejándolo de la consciencia de grupo emergente. Los facilitadores necesitan ser cojugadores, interactores, coparticipantes y también contrapartes,⁸ personas para “en-contrar”,⁹ “Otros” para los participantes (Schmid, 2007). Consideran que su tarea es usar su poder para empoderar al grupo y a los participantes. Coghlan & McIlduff (1990) señalaron la importancia de que los facilitadores aprendan

8 *contraparte*. Traducción de *counter-part*, empleado en inglés por Schmid & O’Hara. (Nota del revisor técnico)

9 *encontrar*. Traducción de *en-counter*, empleado por Schmid & Ohara, siguiendo a Schmid. (Nota del revisor técnico)

cómo usar su poder personal con efectividad. Valorar momento a momento la oportunidad y la manera de intervenir requiere comprender la dinámica operacional en los cuatro niveles de proceso mencionados en la sección anterior y, sobre todo, requiere preparación.

Rogers y los dos autores de este trabajo han resaltado la importancia de que los facilitadores que colideren encuentros de grupos centrados en la persona se preparen psicológicamente como equipo y reflexionen juntos con todo cuidado sobre el proceso en evolución. Pudimos observar que los grupos tienen una extraordinaria capacidad para detectar lo que está sucediendo en el subgrupo constituido por el equipo. Si, por ejemplo, existe fricción entre los facilitadores, esta será detectada por los miembros del grupo, quienes reaccionarán a ella y si uno de los líderes está preocupado por algo, esto tendrá efectos importantes sobre los miembros del grupo aun si los facilitadores no lo revelan. Estos fenómenos no deberían sorprendernos cuando consideramos que el grupo es el ámbito de la evolución humana. Antes de que tuviéramos lenguaje verbal, como cuestión de supervivencia sabíamos cómo leer los signos expresados en los patrones no lingüísticos de la vida grupal. En particular, todos los grupos de primates saben que necesitan estar muy alertas a lo que los miembros dominantes están haciendo, o arriesgarse a perder su lugar en el grupo (Waal, 1986). Mientras más puedan los facilitadores abrirse y ser congruentes entre ellos y lograr un nivel alto de sintonía y alineación, más su presencia será experimentada como una base de seguridad para los participantes y proporcionará un modelo para la participación grupal. Para un análisis más detallado, se pueden consultar Gordon (1951), Bowen, O'Hara, Rogers & Wood (1979), Rogers (1980) y O'Hara & Wood (1984, 2004).

El éxito de los grupos centrados en la persona no debería cegarnos sobre los resultados negativos potenciales. Tal como lo describió Rogers (1970), el grupo puede ser un lugar temible. El grupo no estructurado proporciona un ámbito en el que se genera ansiedad y las diversas respuestas ante tal situación pueden ser angustiantes para los participantes. Ira, rechazo, autodefensa continua, búsqueda de chivos expiatorios, aburrimiento, culpabilización o presionar a otros; todo esto puede suceder en un grupo, en especial si su facilitador tiene una formación deficiente. Es responsabilidad de todos los participantes, incluyendo a los facilitadores, enfrentar estos desafíos y, en particular, manejar con gran atención de los temas relacionados con el poder. Los aspectos negativos de los grupos en los primeros experimentos de grupos no estructurados dieron como resultado que cayeran en desuso en el mundo de las empresas y propulsaran innovaciones en dirección a una mayor estructuración por los facilitadores, que proporcionarían mayor seguridad psicológica, resultados orientados a la tarea más confiables y menos angustia (Alban & Scherer, 2005).

La oportunidad de cambios más allá del cambio individual

En el desarrollo continuo de la terapia centrada en la persona como terapia dialógica (Schmid, 2007), el grupo juega un rol vital en el cambio de perspectiva del individuo a la persona en contexto y contribuye a reconocer la necesidad de cambios más allá del cambio individual. Ampliar la perspectiva de esta manera puede conducir a una consciencia de las dimensiones sociales y políticas de la psicoterapia.

Desde el principio, el grupo ha desempeñado un papel central en la formación para la terapia centrada en la persona (Tudor, 2007). Los grupos de formación no solo proporcionan un contexto para aprender destrezas, sino también ofrecen una oportunidad y un desafío para experimentar el potencial del grupo, y su potencia para el desarrollo de la personalidad del profesional en formación y su autocomprensión como terapeuta. Desde nuestro punto de vista, el grupo proporciona a la persona en formación una base experiencial inigualable dentro de la cual aprender a confiar en el grupo como una opción terapéutica tanto para cuestiones individuales como sociales.

Pasaron más de sesenta años desde la primera exploración de Rogers del grupo como un lugar para el crecimiento psicológico. Desde entonces él y otros desarrollaron una amplia gama de aplicaciones para los grupos centrados en la persona.

Referencias

- Alban, B. T. & Scherer, J. J. (2005). On the shoulders of giants: the origins of OD [organizational development]. In W. J. Rothwell & R. Sullivan (Eds.), *Practicing organization development* (2nd ed.) (pp. 81-105). San Francisco: Wiley.
- Barret-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping System: Journey and substance*. Londres: Sage.
- Bohart, A. C. (2007). The actualizing person. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 47-63). Houndmills, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Bohm, D. (1983). *Wholeness and the implicate order*. Nueva York: Ark Paperbacks. Traducción española: (1988). *La totalidad y el orden implicado*. Buenos Aires: Kairós.

- Bohm, D. & Edwards, M. (1991). *Changing consciousness: Exploring the hidden source of the social, political, and environmental crises facing our world*. San Francisco: Harper.
- Bowen, M., O'Hara, M., Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1979). Learnings in large groups: Their implications for the future. *Education*, 100(2), 108-117.
- Bradford, L. P., Gibb, J. R. & Benne, K. D. (1964). *T-group theory and laboratory method: Innovation in re-education*. Nueva York: Wiley.
- Coghlan, D. & McIlduff, E. (1990). Structuring and non-directiveness in group facilitation. *Person-Centered Review*, 5(1), 13-29.
- Cooper, M. (2007). Experiential and phenomenological foundations. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 293-304). Houndmills, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Coulson, W. R., Land, D., & Meador, B. (Eds.). (1977). *The La Jolla Experiment: Eight personal views*. La Jolla, California: The La Jolla Program.
- Geertz, C. (1979). From the native's point of view: on the nature of anthropological understanding. In P. Rabinow & W. M. Sullivan (Eds.), *Interpretive social psychology* (pp. 225-241). Berkeley: University of California Press.
- Gordon, T. (1951). Group-centered leadership and administration. In C. R. Rogers, *Client-centered therapy* (pp. 320-383). Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1966). Liderazgo y dirección centrados en el grupo. En C. R. Rogers, *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría* (pp. 276-328). Buenos Aires: Paidós.
- Hobbs, N. (1951). Group-centered psychotherapy. In C. R. Rogers, *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory* (pp. 278-319). Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1966). Psicoterapia centrada en el grupo. En C. R. Rogers, *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría* (pp. 242-275). Buenos Aires: Paidós.
- Kahane, A. (2004). *Solving tough problems: An open way of talking, listening and creating new realities*. San Francisco: Berret-Koehler. Traducción española: (2005). *Cómo resolver problemas complejos: una novedosa manera de hablar, escuchar y crear nuevas realidades*. Bogotá: Norma.
- Lago, C. & MacMillan, M. (Eds.). (1999). *Experiences in relatedness: Groupwork and the person-centred approach*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.

- Levi, R. A. (2005). Group magic: An inquiry into experiences of collective resonance. *Reflections: The Society for Organizational Learning Journal*, 6(2-3), 20-27.
- Merry, T. (1988). *A guide to the person-centred approach*. Londres: Association for Humanistic Psychology in Britain.
- Moreno, J. L. (1959). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama: Einleitung in die Theorie und Praxis*. Stuttgart: Thieme. (1966). Traducción española: *Psicoterapia de grupo y psicodrama: Introducción a la teoría y praxis*. México: Fondo de Cultura Económica (Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis).
- Natiello, P. (1987). The person-centered approach: From theory to practice. *Person-Centered Review*, 2(2), 203-216.
- O'Hara, M. (1997). Relational empathy: From modernist egocentrism to postmodern holistic sociocentrism. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 295-320). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- O'Hara, M., Henderson, V., Barfield, G. S. & Rogers, N. (2007). Applications beyond the therapeutic context: Organisations, activism and creativity. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp.305-324). Houndmills, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- O'Hara M. & Wood, J. K. (1984). Patterns of awareness: Consciousness and the group mind. *The Gestalt Journal*, 6(2), 103-116.
- O'Hara, M. & Wood, J. K. (2004). Transforming communities: Person-centered encounters and the creation of integral conscious groups. In B. A. Banathy & J. P. Jenlink (Eds.), *Dialogue as a means of collective communication* (pp. 95-126). Nueva York: Kluwer Academic Plenum.
- Pagès, M. (1968). *La vie affective des groupes: Esquisse d'une theorie de la relation humaine*. París: Dunod. Traducción española: (1977). *La vida afectiva de los grupos: Esbozo de una teoría de la relación humana*. Barcelona: Fontanella (Colección Educación).
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen [The significance of relationships for the development and therapy of psychological disorders]. In L. Teusch and J. Finke (Eds.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie: Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (pp. 19-40). Heidelberg: Asanger.

- Raskin, N. J. (1986a). Client-centered group psychotherapy: I. Development of client-centered groups. *Person-Centered Review*, 1(3), 272-290. Traducción española: (1985). Psicoterapia en grupo centrado en la persona. [En Sebastián (Capó), Jaume (Ed.), *Enfoque centrado en la persona* (número especial)] *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, (10), 34-44.
- Raskin, N. J. (1986b). Client-centered group psychotherapy: II. Research on client-centered groups. *Person-Centered Review*, 1(4), 389-408.
- Roethlisberger, F. J. & Dickson, W. J. (1939). *Management and the worker: An account of a research program conducted by the Western electric company, Hawthorne works, Chicago*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Rogers, C. R. (1922). An experiment in Christian internationalism. *The Intercollegian*, 39(9), 1-2. (Young Men's Christian Association).
- Rogers, C. R. (1947). Effective principles for dealing with individuals and group tensions and dissatisfactions. *Executive Seminar Series in Industrial Relations* (Session 10). Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1948). Some implications of client-centered counseling for college personnel work. *Educational and Psychological Measurement*, 8(3, Part 2), 540-549.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: (1972). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1965). A humanistic conception of man. In R. Farson (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18-31). Palo Alto, California: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1970). *On encounter groups*. Nueva York: Harper and Row. Traducción española: (1973). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rogers, C. R. (1973). My philosophy of interpersonal relationships and how it grew. *Journal of Humanistic Psychology*, 13(2), 3-15. Traducción española: (1981). Mi filosofía de las relaciones interpersonales y su desarrollo. En C. R. Rogers & R. L. Rosenberg, *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- Rogers, C. R. (1977). *On personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. Nueva York: Delacorte. (1980). *El poder de la persona*. México: Manual Moderno.

- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española [Contenido dividido]: (1981). Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. *La persona como centro*. Barcelona: Herder; y (1986). *El camino del ser*. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80s*. Columbus, Ohio: Merrill. Traducción española: (1986). *Libertad y creatividad en la educación: En la década de los ochenta*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1986). Client-centered therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's case-book : Theory and techniques in the practice of modern therapies* (pp. 197-208). San Francisco: Jossey Bass (Social and Behavioral Science Series).
- Rogers, C. R. (2007). The basic conditions of the facilitative therapeutic relationship. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 1-5). Houndmills, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1977). *A pessoa como centro* [The person in the center]. São Paulo: EPU [Editora Pedagógica e Universitaria] & São Paulo EDUSP [Editora da Universidade de São Paulo]. Traducción española: (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- Rogers, C. R. McGaw, W.H., Jr, & Farson, R. E. (1968). *Journey into self*. University Park, Pennsylvania, USA: Pennsylvania State College (Psychological Cinema Register). Motion Picture. [Disponible en Los Angeles, California: UCLA (University of California at Los Angeles: Extension Media Center)].
- Rogers, C. R., McGaw, W. H., Jr, McGaw, A. P. & Rice, C. P. (1973). *The steel shutter*. La Jolla, California: Center for Studies of the Person. (Filme). [Disponible en University of California-Santa Barbara (Davidson, Library, Department of Special Collections)].
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch, Band I: Solidarität und Autonomie* [Person-centered group psychotherapy: A handbook, Vol. I: Solidarity and autonomy]. Colonia, Alemania: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1996a). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Ein Handbuch, Band II: Die Kunst der Begegnung* [Person-Centered group psychotherapy in practice: A handbook, Vol. 2: The art of the encounter]. Paderborn, Alemania: Junfermann.

- Schmid, P. F. (1996b). 'Probably the most potent social invention of the century': Person-centered therapy is fundamentally group therapy. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 611-625). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Schmid, P. F. (1998). *Im Anfang ist Gemeinschaft, Band III: Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie: Beitrag zu einer Theologie der Gruppe [In the beginning there is community, Vol. 3: Person-centered group work in pastoral work and theology]*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (2000). Encounter-Gruppe [Encounter groups]. In A. Priz & G. Stumm (Eds.), *Wörterbuch der Psychotherapie [Dictionary of psychotherapy]* (p. 277). Viena: Facultas.
- Schmid, P. F. (2002). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as 'the art of not-knowing': Prospects on further development of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 56-70.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2(2), 104-120.
- Schmid, P. F. (2007). The anthropological and ethical foundations of person-centred therapy. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 30-46). Houndmills, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Tudor, K. (2007). Training in the person-centred approach. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 379-389). Houndmills, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Waal, D. (1986). Dominance 'style' and primate social organization. In V. Standen & R. A. Foley (Eds.), *Comparative socioecology: The behavioral ecology of humans and other mammals*. (pp. 243-264). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Wexler, D. A. & Rice, L. N. (Eds.). (1974). *Innovations in client-centered therapy*. Nueva York: Wiley & Sons (Wiley Series on Personality Processes).
- Wood, J. K. (1984). Communities for learning: A person-centered approach. In J. M. Shlien & R. F. Levant (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory and practice*, (pp. 297-316). Nueva York: Praeger.

Wood, J. K. (1988). *Menschliches Dasein als Miteinandersein: Gruppenarbeit nach personenzentrierten Ansätzen* [Human existence as being-together: Groupwork according to person-centered approaches]. Colonia, Alemania: Edition Humanistische Psychologie.

LA PSICOTERAPIA COMO BÚSQUEDA Y CUIDADO DEL ALMA¹

Mia Leijssen

Introducción: fuentes de inspiración

Durante un taller a veces invito a los terapeutas a reflexionar sobre experiencias o acontecimientos que han afectado sus vidas con preguntas como:

- ¿Hubo experiencias que cambiaron tu vida?
- ¿Qué tipo de luchas tuviste en etapas específicas?
- ¿Hubo momentos que encontraste muy difíciles o de los que te arrepientes?
- ¿Qué te dio paz o consuelo, fortaleza o valentía, gozo o gratitud?
- ¿Hubo momentos cumbre, momentos de especial intuición, sueños especiales?
- ¿Alguna vez tuviste momentos en los que te sentiste profunda y plenamente vivo?
- ¿Qué te da la sensación que estás sacando el mejor partido, o recibiendo lo mejor de la vida?

La retroalimentación de los participantes muestra que durante su formación como psicoterapeutas, se hace énfasis principalmente en sanar heridas del pasado. Durante este taller, sin embargo, se dan cuenta de que durante su trabajo como terapeutas utilizan sus fortalezas, aun más que sus vulnerabilidades. Los participantes se sorprenden positivamente por este descubrimiento, como uno de ellos expresó: “Antes sabía dónde estaban mis puntos débiles y fugas, pero ahora sé dónde encontrar mi combustible”.

Esto me animó a prestar más atención a explorar dónde la gente encuentra sus fuentes personales de inspiración. Esta manera de trabajar va de la mano con

1 Fuente: Leijssen, M. (2009). Psychotherapy as search and care for the soul. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(1), 18-32.

la utilización de la psicología positiva² (Snyder & López, 2001). En psicoterapia, tomar en serio las aportaciones de las virtudes y fortalezas junto a la vulnerabilidad ya es un cambio paradigmático. Sin embargo, las preguntas anteriores exploran más profundamente de lo que en general es el objetivo de la psicología positiva. Estas son preguntas adaptadas de Pargament (2007) y Griffith & Griffith (2002). Con preguntas similares evocan la historia espiritual del consultante, o guían a los terapeutas en la narración de sus autobiografías para explorar sus sensibilidades en el nivel de la religión. Yo prefiero mantener las preguntas más globales, de modo que los yo-participantes puedan permanecer perceptivos a lo que aparezca en su historia de vida. Las preguntas no se refieren directamente a poderes superiores o prácticas religiosas. En cambio, utilizan conceptos psicológicamente significativos. Sin embargo, los participantes experimentan que estas preguntas apuntan a su alma.

No me sorprendería que Gendlin (1984) introdujera el término “sensación sentida” para evitar que al escuchar la palabra “alma” vinieran a la mente ideas preconcebidas de la religión y la espiritualidad. Entre los psicoterapeutas hay una larga tradición que refleja cierta alergia cuando se trata de temas relacionados con la religión o la espiritualidad. Por ejemplo, la actitud dogmática de Freud se volvió cada vez más preocupante para Jung, quien demostró una actitud comprensiva hacia la religión, y la orientación psicoanalítica terminó con una división porque vivieron una creciente frustración sobre sus diferencias (Wulff, 1997). El movimiento posterior de Rogers hacia la espiritualidad fue para algunos colegas de la comunidad centrada en la persona una extensión que no quisieron incorporar (Van Belle, 1990), y hay discusiones internas entre quienes consideran la dimensión espiritual en la experiencia humana como una importante fuente de vida –y, por lo tanto, como un enfoque hacia la psicoterapia y el bienestar– y aquellos que la consideran como un desvío desafortunado que amenaza con llevar a todo el enfoque hacia el descrédito.

Diversos puntos de vista reflejan diferencias de opinión que tienen siglos de antigüedad y que no pueden ser resueltas por versiones positivistas de la ciencia. La esencia de estas diferencias se refiere a diversas interpretaciones de una dimensión trascendente. Cuando la autotrascendencia se considera en una dimensión *horizontal*, entonces el proceso más amplio, del cual una persona se siente parte, se sitúa en la realidad objetiva observable. Se presta completa atención al contacto con las personas y el mundo que nos rodea (Snyder, 2007). Muchas perspectivas de terapeutas existenciales son ejemplos de esto. Desde este punto de vista, la espiritualidad es aceptada como una apertura que saca lo mejor de la gente y

2 *psicología positiva*. Traducción de *positive psychology*, empleado en inglés por Leijssen, siguiendo a Snyder & López. (Nota del revisor técnico)

encuentra significado y profundidad en la vida (van Kalmthout, 2006). Cuando el concepto se formula de una manera tan amplia parece aceptable para casi todo el mundo. Pero hay menos consenso tan pronto como la autotrascendencia sigue una dirección *vertical* y toma en cuenta energías más sutiles que no son lo mismo que la realidad material cotidiana. Sabemos por la investigación de Bergin (1991) que los psicoterapeutas difieren considerablemente de la norma, puesto que, de todos los grupos de personas, son los que menos confían o creen en poderes superiores. Los escépticos tienen el apoyo de la cultura materialista occidental y la ciencia empírica convencional que limita su alcance a la evidencia recopilada a través de los sentidos físicos y tienden a creer que el pensamiento puede abrir todas las puertas (Elkins, 2005). Pero cuando asumimos la posición de “empírico radical”, como hizo William James (1902/1985), la ciencia humana puede prestar atención a una gama de evidencia mucho más amplia e incluir la introspección, la intuición, los valores y el significado. “Ninguna de estas cosas es medible, pero son tan parte de nuestra experiencia como los datos mensurables provenientes de nuestros sentidos, y deben tomarse con la misma seriedad como prueba de la clase de universo que habitamos” (Neville, 2007, p. 283). Muchos psicoterapeutas continúan comprometidos con una limitada gama de perspectivas, y algunos se encasillan en una posición dualista que distingue perspectivas correctas e incorrectas.

Mi inquietud personal es que el campo en su conjunto se empobrecería si prevaleciera una sola perspectiva. Deseo comunicar una actitud de apertura a toda la gama de la experiencia humana. Es, por lo tanto, también una actitud de humildad ante lo que está más allá de nuestra comprensión y control, ante lo que está más allá de los instrumentos del científico positivista, especialmente ante lo misterioso. Asimilar la complejidad de las múltiples perspectivas es un reto en este tema y es difícil lograr una perspectiva pluralista. Pero al menos podemos buscar términos lo suficientemente amplios para abarcar el mundo interior multidimensional de los consultantes.

La elección de la psicoterapia como cuidado del alma viene de mi experiencia de que “las sesiones del alma” son de los momentos más provechosos y cruciales en el proceso de los consultantes. En un artículo anterior llegué a esta conclusión: “Hoy en día ha quedado claro que ya no hay ninguna necesidad de separar la dimensión espiritual del proceso psicoterapéutico, como si se tratara de un tema tan esotérico que cae fuera de los límites de un tratamiento efectivo. Los momentos de cambio son muy diferentes en su naturaleza y en ocasiones aparecen como experiencias cumbre o momentos espirituales que nutren el alma” (Leijssen, 2008, p. 224).

Más que cualquier otra cosa quiero valorar el lenguaje de los consultantes. No nombran sus experiencias en nuestro lenguaje profesional como, por

ejemplo, tener una “sensación sentida”, y para ellos la personalidad humana y la espiritualidad existen en el mismo continuo. Me conmueve cómo, a veces, señalan los procesos de sanación como su “alma volviendo a la vida”.

Proyecto de investigación del alma

Para abordar el proceso del alma en la psicoterapia, comencé a prestar especial atención a los momentos en los que el consultante usaba espontáneamente la palabra *alma* para expresar la experiencia que nos ocupaba. También recopilé sesiones en las que como terapeuta introduje la dimensión espiritual. Entonces hice un análisis de las sesiones en las que los relatos incluían la palabra *alma*, o sinónimos que utilizan las personas para relacionarse con esta experiencia. Con este estudio intenté captar las condiciones y características importantes de los momentos en que el proceso del alma cobra vida. Mi “proyecto del alma” abarca ocho casos de psicoterapia individual en los cuales el consultante tomó la iniciativa de hablar del alma, y tres casos en los que la iniciativa partió de mí al ofrecer expresiones relativas a la experiencia en curso, o en los que mis preguntas evocaron el proceso del alma. Esto quiere decir que durante su terapia, que podía consistir en una sola sesión o hasta cincuenta, un tercio de los treinta y tres consultantes que atendí en los últimos dos años a veces hablaron de experiencias que están relacionadas con el proceso del alma.

Añadí medidas para evaluar resultados de la terapia, el nivel de alianza, el acuerdo en cuanto a los objetivos y la experiencia de profundidad en las sesiones. Por último, invité al consultante a reflexionar más profundamente sobre el proceso de terapia usando la guía de la entrevista de cambio del consultante³ llevada a cabo por un colega para tener un observador independiente (Elliott, Slatick & Urman, 2001). Los principales temas de esa entrevista fueron los cambios que el consultante había notado desde el comienzo de la terapia, lo que creía que podía haber dado lugar a estos cambios, así como los aspectos provechosos o no provechosos de la terapia. Este estudio está aún en curso y me referiré solo a fragmentos de los hallazgos. Es obvio que en un proceso psicoterapéutico cada persona experimenta el alma a su propia manera. Esto proporciona una revelación individual que puede no ser relevante para otras personas. Primero daré una idea de lo que la gente quiere decir cuando habla del alma.

3 *entrevista de cambio del consultante*. Traducción de *client change interview*, empleado en inglés por Leijssen, siguiendo a Elliott, Slatick & Urman. (Nota del revisor técnico)

El alma

El concepto de alma es muy antiguo, con una larga historia en la filosofía y en diversas religiones. No tengo la intención de presentar un largo discurso acerca de este complejo fenómeno. Mi foco principal está en la relevancia del alma en la práctica terapéutica. Cuerpo, mente y alma son diferentes órdenes de la realidad, cada uno con su propia perspectiva (Elkins, 2005). La realidad del cuerpo consiste en sensaciones y emociones, mientras que la de la mente consiste en pensamientos, sentimientos y teorías. Nuestra experiencia es más que una combinación de estas, por lo que es necesario distinguir una tercera perspectiva.

El alma es el principio invisible formador y organizador en la vida, que puede manifestarse en diversas experiencias. Se trata de *cómo* vivir y de lo que realmente importa. Le da dirección y significado a la vida individual. Es un conocimiento corporalmente sentido, diferente del discernimiento intelectual. Este proceso sentido interno trasciende el yo-mismo limitado a través de la experiencia de pertenecer a un proceso más amplio. Así, por un lado, el alma es tangible como una especie de *brújula interior*, una “inspiración” corporalmente sentida. Por otra parte, ese movimiento orientado hacia *adentro*⁴ está inseparablemente ligado a un movimiento orientado hacia *afuera*⁵ de *conexión* con algo que trasciende a la persona. Estos movimientos van juntos como el proceso de inhalar y exhalar.

El concepto de “alma” no se detiene en las fronteras de la persona; la trasciende. Apunta a la dimensión mística de la experiencia humana. El misticismo es un proceso a través del cual se experimenta una conexión con un proceso más amplio. Rogers (1980) escribió sobre el “espíritu interior” o “núcleo trascendental”. A través de los siglos, la gente ha llamado a la experiencia sutil de autotranscendencia con tan diversos términos como el yo-mismo verdadero, la fuente de la vida, la consciencia superior, la consciencia de unidad, la consciencia no local, el yo-mismo desinteresado, el Buda, el Tao, etcétera. A veces la gente utiliza una letra mayúscula “Y” para distinguir la experiencia del Yo-mismo del sentido cotidiano del yo-mismo como persona (Corbett & Stein, 2005).

Tener en cuenta lo que se presenta en el aquí y ahora aumenta la oportunidad de llegar a los dominios del alma. La experiencia inmediata del alma puede ser muchas cosas, pero nunca es aburrida (Pargament, 2007). Puede mostrarse en forma de alegría, intensidad, gratitud, asombro, conexión, pero también como arrepentimiento, culpa, remordimiento, decepción. Por ejemplo, la tristeza o

4 *movimiento orientado hacia adentro*. Traducción de *inward-oriented movement*, empleado por Leijssen. (Nota del revisor técnico)

5 *movimiento orientado hacia afuera*. Traducción de *outward-oriented movement*, empleado por Leijssen. (Nota del revisor técnico)

la ira pueden hacer alusión a la pérdida o violación de lo sagrado. El alma se expresa también a través de nuestra capacidad de amar, o la cualidad de ternura (Thorne, 2006). El alma no se refiere al “exterior” tanto como al “interior” de las cosas. Comparado con este conocimiento experiencial, la sabiduría de los libros y el conocimiento teórico están tan lejos de la experiencia inmediata como un texto sobre la reproducción sexual lo está del abrazo de un amante. La experiencia del alma no es una condición errante, sino una experiencia que está especialmente arraigada en nuestra existencia terrenal y en lo que puede ser sentido corporalmente.

El alma humana es como un jardín. Para crear un jardín, el jardinero debe tomar en consideración las inclinaciones naturales de las diversas plantas, la configuración del terreno, las condiciones climáticas, etcétera. Crear un jardín no puede ser un asunto mecánico, forzado. No se puede hacer crecer cualquier cosa en cualquier lugar. El aspecto orgánico es crucial. Pero el jardinero no se limita a dejar que las cosas crezcan así no más –lo que produciría algo, pero no un jardín. No crearía nada. La creación requiere familiaridad con las formas y las fuerzas de la naturaleza en juego en una situación, pero también una visión que transformará la situación. La creatividad aporta algo nuevo a las formas que ya están allí, de manera que estas formas mismas cambian (...) Lo que hace que el jardín sea diferente de un sistema meramente orgánico es la visión del jardinero. Si aplicamos esto a la vida humana en general vemos que lo que nos hace diferentes de los animales es nuestra capacidad de reflexionar sobre nuestros deseos y aversiones y de hacer esfuerzos para transformarlos a la luz de lo que consideramos como bueno o valioso (Purton, 2002).

Para algunas personas, el problema con el término *alma* es que a través de los siglos ha acumulado todo tipo de conceptos y significados que obstaculizan su comprensión fresca. En realidad, toda la primera parte de la teoría del “pensamiento en el borde” de Gendlin es acerca de “romper la barrera del lenguaje” (Lou, 2008). Cuando empleamos el lenguaje de uso común, no podemos expresar algo que está en proceso de formación. Por eso a veces es importante buscar otro término para capturar el proceso del alma.

Ilustración de la psicoterapia como cuidado para el alma

Para concretar cómo se aborda el alma en la terapia elegí un fragmento de la duodécima sesión de un caso de buen resultado. Esta consultante vino a terapia debido a serios traumas en su juventud: abuso físico y sexual por parte

del padre, mientras la madre depresiva permitía estos excesos. La consultante rompió todo contacto con sus padres porque las reuniones previas siempre terminaban con brotes de agresividad por parte del padre. Al comienzo de esta sesión, la consultante me deja saber que despierta en pánico cada mañana, se siente desolada y experimenta que su *alma* ya no quiere estar en este mundo. Dice repetidamente: “¡Mamá y papá, ayúdenme!”. Eso no la ayuda a deshacerse del pánico; por el contrario, se siente aún más abandonada, como si ya no tuviera suelo bajo de sus pies. Le hago saber que comprendo lo mucho que su alma necesita sentirse bienvenida en este mundo, con la ayuda de padres amorosos que ayudan al niño a encontrar consuelo en su cuerpo. Le digo que comprendo que su “ ritual del despertar”, es decir, la llamada a sus padres, proviene de un profundo deseo de la niña que aún espera encontrar el abrazo y el apoyo que nunca recibió. La consultante continúa diciendo que se sintió tocada por un texto de Nelson Mandela.

Sugiero que nos tomemos un momento para focalizar en lo que su cuerpo está tratando de expresar cuando despierta por la mañana. La invito a cerrar los ojos, a prestar atención al centro de su cuerpo y respirar profundamente hacia su abdomen. Entonces le pido que espere en una actitud de bienvenida con la pregunta: “¿Qué necesito cuando me levanto por la mañana?”. Después de una larga pausa, ella responde: “Algo que me haga sentir sostenida y apoyada”. Después de reflejarle eso, la invito a sentir si su cuerpo puede dejarle saber lo que experimenta como sostén. Descubre: “La naturaleza, la tierra; literalmente, trabajar la tierra.” Por un momento, ella puede sentir esto como algo muy reconfortante.

Pero entonces dice: “Algo grande está empezando a cernirse amenazadoramente sobre mí, y siento que estoy volviéndome muy pequeña.” Le pido que dé un paso atrás en su imaginación y vea qué es lo que viene a cernirse sobre ella. Ella lo reconoce de inmediato: “Mi padre, que hace que todo parezca ridículo y me hace dudar de todo”. Surgen lágrimas en sus ojos y dice que se siente muy pequeña de nuevo, porque nada ni nadie puede hacer frente a su padre. Hasta la naturaleza se encoge bajo el poder destructivo de su padre. Sugiero intentar lo siguiente: “Imagina a Mandela en el lugar de tu padre”. Inmediatamente siente un gran cambio en su experiencia. Siente que se está volviendo poderosa y hermosa. Su postura corporal y su expresión facial cambian. El suelo bajo sus pies se siente cálido y seguro, ella se siente floreciendo. Se siente tocada por su fe en su fuerza personal y en el sostenedor arraigo de esta existencia.

Le explico que su habitual ritual matutino es muy desalentador y le pido que compruebe en su cuerpo cómo reaccionaría ante la iniciación de un nuevo ritual matutino. Durante un diálogo se nos ocurre la idea de poner una foto de

Mandela junto a su cama y de entrar en contacto con la “Madre Tierra” como la base de sustentación en la que puede anclarse para empezar el día. La consultante se siente fortalecida por la idea de que en los próximos días podrá contar con un ritual que realmente le posibilita hacer contacto con su fuerza y belleza. Una mujer fuerte sale de la sesión.

En la entrevista de cambio del consultante, esta mujer informa que esta sesión es de los momentos más útiles de su terapia. El pánico de los últimos años ha dado paso a una calma especial y un sentimiento puro. Esta sesión se caracterizó por diversos aspectos que resultaron ser cruciales para la experienciación del alma.

Continuaré explicando cómo la experiencia de conexión determina si el alma se muestra o no; cómo el alma puede experienciarse prestando atención al cuerpo; y cómo los rituales pueden nutrir el alma.

Experiencia de conexión

La consultante informó que, en presencia de la terapeuta, se sentía muy segura y sostenida. Podía soportar más fácilmente el tremendo dolor del pasado y ya no sentía una inmensa soledad. También experienciaba que la relación terapéutica había evocado un potencial más profundo dentro de su yo-mismo, una fuerza vital que surgía de ser parte de la “Madre Naturaleza”.

En mi formación como psicoterapeuta centrada en la persona aprendí mucho sobre cómo la relación define lo que se experimenta y cómo devenir un acompañante de personas que sufren en la vida. Los efectos de la empatía, la consideración positiva incondicional y la congruencia son que el consultante puede revivir acontecimientos traumáticos en un contexto más benévolo y reconstruir la historia de su vida. Otros efectos son que el consultante puede traer más consciencia al proceso de experienciación en curso. En su carrera terapéutica Rogers (1980) llegó a descubrir la “presencia”:

Encuentro que cuando estoy más cerca de mi yo-mismo intuitivo interno, cuando de alguna manera estoy en contacto con lo desconocido en mí, cuando quizás estoy en un estado de consciencia ligeramente alterado, entonces cualquier cosa que haga parece estar llena de sanación. Entonces, simplemente, mi *presencia* es liberadora y provechosa para el otro (p. 129).

Geller & Greenberg (2002) encontraron en su investigación que hoy la presencia es considerada por muchos terapeutas centrados en la persona como la cualidad más profunda que posibilita la realización de las condiciones nucleares. “La presencia implica estar completamente en el momento en una multiplicidad

de niveles: físico, emocional, cognitivo y espiritual. También incluye estar arraigado en el yo-mismo, con una consciencia expandida y una receptividad hacia otros y hacia el mundo que nos rodea” (Geller, 2008).

El concepto de “profundidad relacional” es otra manera de promover un profundo contacto y compromiso de sanación entre dos personas. Es un intento “de traer el alma de nuestro trabajo a un nivel superior de consciencia” (Cooper, 2006, p. 228). El terapeuta no puede hacer que la presencia suceda. Pero puede elegir estar más o menos preparado para ella, más o menos abierto, más o menos centrado para que ocurra (Schudel, 2006).

De una manera concreta esto tiene implicaciones para mí como terapeuta, por lo que al inicio de una sesión me doy conscientemente el tiempo para alejarme del ajetreo cotidiano y agudizar mi consciencia limpiando mi espacio interior. En el encuentro terapéutico a veces puedo notar que mi estilo cambia hacia un más profundo cuidado evolutivo, un atestiguar más compasivo y fresco, una autenticidad más dispuesta a arriesgarse, que utiliza las oportunidades de sincronía más que la ingeniería inteligente o complicadas soluciones técnicas. Thorne (1991) capta su comprensión de esos momentos así: “No tengo ninguna duda en decir que mi consultante y yo estamos sumergidos en una corriente de amor. Dentro de esta corriente llega una comprensión intuitiva o sin esfuerzo y lo que es sorprendente es cuán compleja puede ser esta comprensión” (p. 77). Para mí también es provechoso para conectarme a una fuente más grande de amor para estar presente ante formas extremas de sufrimiento. Hay muchas maneras de relacionarse con las representaciones de una presencia absoluta o amor.

Muchas personas criadas en una cultura cristiana ven imágenes y símbolos de la tradición cristiana cuando meditan (...) El jesuita y maestro zen, padre Enomiya Lassalle, me hizo pensar en que muchos cristianos consideran que los budistas son inmaduros porque todavía no han llegado a un Dios personal; muchos budistas dirían lo mismo de los cristianos, ya que todavía se aferran a un Dios personal. “¿De qué se trata realmente aquí?” preguntó Lassalle. Caí en la cuenta de que quería decir presencia. Presencia absoluta. Con o sin nombres, personal, transpersonal, más allá de lo transpersonal. Todo esto no es el punto. La presencia absoluta es indivisible, no fragmentada. (Schillings, 2008)

En el lenguaje de los junguianos, se trata de un arquetipo. El arquetipo es la capacidad de formar una imagen, no la imagen en sí; es un potencial con contenidos que no se dan hasta que se llenan con la experiencia vivida (Corbett & Stein, 2005). Por ejemplo, el arquetipo de la Gran Madre, o aspecto femenino de la divinidad, es un principio transpersonal que se encuentra en todas las mitologías y tradiciones religiosas. Recibe nombres locales, como María,

Sofía, Shejiná, Kali, Durga, Kuan Yin, Tara, etcétera. Desde un punto de vista arquetípico, estas diferencias en nombre y forma son simplemente una cuestión de folklore y énfasis local. Todas son manifestaciones de un mismo principio arquetípico subyacente.

Aunque yo no hablo de mi imagen personal de la presencia absoluta y el amor, los consultantes son sensibles a mi apertura de este potencial. Creo que en la profundidad relacional no podemos evitarlo; los temas personales del terapeuta y lo que este manifiesta filtran resuenan en los significados que los consultantes experimentan y en lo que se atreven a expresar o de lo que no hablan. Colegas de Carl Rogers dijeron, por ejemplo, que aprendieron a no hablar con él de religión porque era un tema tabú, que le resultaba incómodo (Barrineau, 1990). Pero, como sabemos, el último período de la vida de Rogers se caracterizó por un profundo interés en lo trascendente. En sus palabras: “Me siento impulsado a creer que yo, como muchos otros, subestimé la importancia de esta dimensión mística, espiritual” (Rogers, 1986, p 200).

La vida humana es un proceso corporal

En la sesión le pedí a la consultante que centrara la atención en su cuerpo. Para mí, personalmente, fue un punto de inflexión en mi vida cuando descubrí, durante un taller con Gendlin, lo que sucedía cuando el foco de atención cambiaba al cuerpo. Me formé en un ambiente académico donde el enfoque racional era obvio. Escuchar al cuerpo introdujo un nuevo desarrollo en mi consciencia.

Hay diferentes maneras de prestar atención al cuerpo en psicoterapia: ejercicios de respiración, relajación, ejercicios de consciencia corporal, comunicación no verbal, movimiento, contacto físico. Los efectos sobre el proceso del consultante son muchos y multifacéticos (Leijssen, 2006). Trabajar con el cuerpo inmediatamente invoca lo real. Lo pone a uno alerta a lo que es palpable, vivo y relevante. Aumenta la autoconsciencia, ayuda a reducir la velocidad de las respuestas y a demorar el comportamiento automático. Puede disparar la memoria afectiva fuerte; resolver bloqueos y facilitar la liberación catártica. Tiene efectos de reducción de estrés, arraigamiento y centramiento. Y, por último, toca el suelo trascendente de nuestra vida en proceso, ya que es una vital puerta de entrada al reino de la consciencia cósmica.

Para justificar el trabajo con el cuerpo en la psicoterapia, confío en la teoría de Gendlin (1984, 1996). El ser humano, el cuerpo, se comprende como un proceso que es ambiental desde el principio; de hecho, el cuerpo no puede existir sin su ambiente. La palabra “cuerpo” se utiliza aquí, no para indicar la “máquina compleja” que podemos ver desde el exterior, sino el *cuerpo sentido interiormente*,

el proceso vivo que crece por sí mismo en la interacción con su ambiente. El cuerpo que conoce lo que valoramos, lo que nos ha hecho daño y cómo sanarlo. El cuerpo que conoce el siguiente paso correcto para traernos a una vida más satisfactoria y gratificante. Si nuestra consciencia se dirige hacia nuestro proceso de experienciación corporalmente sentido, Gendlin habla de focalización. La focalización es el proceso por el cual devenimos conscientes del nivel sutil de conocimiento que nos habla a través del cuerpo. La focalización no es solo una técnica terapéutica entre otras; se enraíza en un profundo análisis filosófico de la relación entre la experienciación y la simbolización, que a su vez es central para nuestra comprensión de lo que significa ser un ser humano (Purton, 2007).

En su teoría del cambio de la personalidad, Rogers habla de la “la experiencia organísmica” como una especie de sabiduría corporal que va más allá del intelecto (Ikemi, 2005). Gendlin diferenció el concepto de Rogers, explicando que no se trata de contenido sino de proceso y no se trata de sentimientos, sino de “sensación sentida”. Gendlin dio el nuevo nombre *sensación sentida* al proceso de experimentar sensaciones corporales que son significativas.

La sensación sentida es holística por naturaleza y contiene dentro de sí mucho más de lo que podemos fácilmente pensar o conocer emocionalmente acerca de nuestra situación. A medida que terapeuta y consultante pasan tiempo con la sensación sentida, surgen significados nuevos y más claros. La sensación sentida, por sí misma, trae la palabra exacta, la imagen, la memoria, la comprensión, la nueva idea, o el paso de acción que se necesita para resolver el problema. El cuerpo físico, en respuesta, experienciará una cierta relajación o alivio de la tensión a medida que registra “lo correcto” de lo que proviene de la sensación sentida. Esta relajación de la tensión nos dice que hemos hecho contacto con este nivel más profundo de consciencia y que vamos por el camino adecuado (Focusing Institute, s/f.).

Hay fuertes similitudes entre el *alma* y el concepto de la *sensación sentida*. En cuanto a mí, al menos, puedo decir que el proceso de focalización me llevó a experimentar mi alma de una manera muy concreta y vital. Mi sensación de que “alma” y “sensación sentida” son procesos similares fue confirmada por la teóloga Dorothee Sölle que dice que “el alma es solo la abreviatura de la experiencia” (Schillings, 2008). Muchos colegas de la comunidad de la focalización dan cuenta de experiencias trascendentales, espirituales, cuando la sensación sentida se trata con atención. La experiencia de la sensación sentida se origina en el cuerpo pero llega más allá de los límites corporales: la persona se siente parte de un proceso más amplio (Campbell & McMahon, 1985). En palabras de Gendlin (1984): “La sensación sentida, que yo también llamo *el borde de la consciencia*,

es el centro de la personalidad. Se encuentra entre la persona consciente y los alcances universales profundos de la naturaleza humana donde ya no somos nosotros mismos. Está abierta a lo que viene de esas fuentes universales, pero que se siente como ‘realmente yo’” (p. 81). La sensación sentida abre un proceso que implica más de lo que podemos describir con palabras y que nos incita a buscar metáforas, símbolos o imágenes para expresar ese “más.” Las metáforas elegidas nunca son independientes de lo que nos atrae en nuestro ambiente.

La focalización puede ser una manera de llevar adelante la experienciación corporal implícita. Otros métodos que se caracterizan por la atención al cuerpo –la atención plena,⁶ por ejemplo– pueden conducir a procesos similares. La experiencia corporalmente sentida sirve como puerta de entrada, y resulta crucial cultivar la actitud focalizante de una presencia amistosa, no enjuiciadora, hacia lo que se experimenta aquí y ahora. Encontrar una relación positiva con el proceso de experienciación puede ser un gran obstáculo. Por ello, para la mayoría de las personas es crucial la presencia de un acompañante para encontrar una cuidadosa actitud de bienvenida a su proceso de experienciación corporalmente sentido. O aún más, el proceso gana mucho mayor profundidad en la presencia de un buen oyente que también acoja el contenido. En mi proyecto de investigación del alma, por ejemplo, algunos consultantes dijeron explícitamente que tuvieron la experiencia de profundizar mucho más aspectos angustiantes de su ambiente religioso, porque se sentían seguros que yo trataría estos contenidos sin criticarlos. En contraste, como observaron Griffith & Griffith (2002), también hay maneras en que los profesionales pueden cortar el diálogo de alma desde el principio.

Los rituales como forma de alimentar el alma

En la sesión que estamos comentando, desarrollamos la idea de un ritual que la consultante pudiera utilizar para comenzar su día. En la entrevista de cambio del consultante ella informó el efecto duradero de este ritual. Cada vez que mira la fotografía de Mandela siente una llamada de atención hacia su alma. Le recuerda la valentía, la resiliencia, el optimismo, la pureza, la solidaridad, el amor por la vida humana, a pesar de las luchas y las malas condiciones.

En psicoterapia yo experimento la introducción de rituales como particularmente importante cuando las palabras no son suficientes para capturar las necesidades del alma. Los rituales expresan verdades básicas de la vida simplemente mediante imágenes, símbolos y acciones, sin explicaciones de más.

⁶ *atención plena*. Traducción de *mindfulness*, empleado en inglés por Leijssen. (Nota del revisor técnico)

El cambio propiciado por el ritual se comprende o experiencia sobre todo en los gestos, que trasuntan más significados de lo que racionalmente vemos en ellos.

Durante la terapia a veces necesitamos rituales para dar suficiente reconocimiento a las experiencias drásticas que han ocurrido en la vida del consultante. La consultante mencionada en el ejemplo anterior, necesitó en la quinta sesión un ritual de purificación para liberarse en un nivel simbólico de experiencias de un cuerpo sucio y violado después del incesto. La necesidad de un ritual expresa que ha ocurrido algo más allá de la capacidad de contención del individuo. Esto con frecuencia va acompañado de la necesidad de ayuda transpersonal para transformar la situación. Los rituales que son creados por el terapeuta y el consultante mismo tienen el poder de abordar al alma cuando contienen elementos personales, así como elementos arquetípicos; por ejemplo, en todas las culturas el agua se considera poseedora de un poder purificador y transformador.

Los rituales efectivos restablecen un sentido de conexión en los consultantes al ubicar sus vidas en el contexto de mayores verdades de la existencia (Pargament, 2007). Fomentan la catarsis emocional y ayudan a encontrarle sentido al cambio y la transición. Sin rituales, las personas pueden quedar atrapadas en determinadas emociones (por ejemplo, tristeza, ira, vergüenza) o en condiciones de vida particulares. Las acciones en el ritual son el vehículo, el medio, para recordar que los seres humanos son parte de una comunidad, que son capaces de mantener un espacio seguro y dar o recibir apoyo en situaciones difíciles. También dan esperanza de que hay “algo más” en lo que confiar cuando el individuo ya no puede comprender la vida.

Para el pensador racional, esto podría provocar cierto recelo porque suena como *magia*. Con la magia se realiza una conexión causal directa entre la expresión de ciertos hechizos o la realización de acciones específicas y lo que sucede después de estas acciones. Las palabras o acciones son hechizos mágicos a los cuales una persona vincula poderes mágicos, como un jugador de fútbol que está convencido de que siempre debe llevar la misma ropa interior con el fin de marcar goles. Con estas formas de superstición, el ser humano atribuye eficacia a los signos, una eficacia que en realidad debe atribuirse a las causas. La magia parte de la “omnipotencia del pensamiento”; la persona cree que lo que desea o teme realmente sucederá. Pero con los rituales no se trata de hechos milagrosos en el sentido mágico. La efectividad del ritual no es “causal”, como en la magia. El ritual apoya las intenciones de las personas que lo ejecutan e incluye el significado atribuido a él por una comunidad. Durante el ritual, los símbolos se utilizan para restaurar la conexión con otras personas importantes o con lo que es más grande y más potente que el pequeño yo-mismo aislado. Eso

no quita el hecho de que aprovechar este potencial especial es un ejercicio de difícil equilibrio, sin caer en formas de pensamiento mágico o la negación de determinantes existenciales.

Observaciones finales

La falta de espacio no me permite describir otras experiencias en el encuentro terapéutico que nutren el alma, como el trabajo con los sueños o la exploración de los dominios de la creatividad. La psicoterapia es un desafío por excelencia para afrontar la verdad de la propia vida y valorar lo que realmente importa. Los momentos del alma son momentos de gran influencia de la terapia, muy similares a lo que Grafanaki, Brennan, Holmes, Tang & Alvarez (2007) encontraron en su investigación sobre los momentos de *flujo* en psicoterapia. Las experiencias de estar conectados, de estar atentos al aquí y ahora, de estar inspirados por recursos corporalmente sentidos, son ingredientes nucleares de estos momentos cumbre. En estos momentos, las dimensiones físicas, sociales, psicológicas y espirituales de la vida están integrados en un proceso sentido que evoluciona momento a momento. Esa experiencia de plenitud es parte del proceso de sanación.

La vida del alma adopta una gran variedad de formas, dependiendo del propio temperamento y de la estructura de personalidad (Leijssen, 2007). Todos tenemos nuestros canales preferidos para llegar al alma. La consultante del ejemplo que presentamos es una persona que se ajusta a la senda del corazón o *el camino del sentir*. La experiencia emocional de lo sagrado entonces se siente profundamente en los huesos y proporciona a la persona una confianza básica en la vida. Otros tienen más afinidad con *el camino de pensamiento* (o la ruta del conocimiento). Ellos buscan sabiduría máxima mediante la utilización de las herramientas sistemáticas de la razón, el cuestionamiento, el estudio y la ciencia. Los antiguos filósofos griegos eran ejemplos de este camino racional. Para otros, *el camino de la acción* es la ruta preferida para su alma. Estas personas representan su comprensión del mundo a través de la práctica. En sus relaciones cotidianas realizan actos de amor y compasión y participan en algo sagrado a través del servicio a la comunidad. Para otras personas *el camino del silencio* es la mejor condición para satisfacer las necesidades del alma. Distintas formas de meditación u oración son entonces los ingredientes vitales que cimientan su encuentro inmediato con lo sagrado. Son posibles varias combinaciones de maneras de sentir, pensar, de acción y de silencio. Como terapeuta intento encontrar conexión con las afinidades del consultante y apoyo el camino que sea significativo para cada uno en particular. En mi enfoque experiencial no intento ofrecer un método aplicable universalmente basado en mi preferencia personal ni en ninguna experiencia en particular.

La ética de nuestra profesión exige que reflexionemos sobre nuestra manera de trabajar y que busquemos más que una preferencia personal para argumentar que existen buenas razones para incluir el alma en nuestro trabajo como psicoterapeutas. Los hallazgos de mi humilde proyecto de investigación son respaldados por la creciente cantidad de evidencia empírica que apunta inequívocamente a la espiritualidad como un potente predictor de salud y bienestar (Pargament, 2007). La investigación que demuestra la eficacia de la psicoterapia espiritual integrada es inspiradora de muchas maneras. Sin embargo, yo no estoy a favor de “promover la espiritualidad” en la psicoterapia. Para mí un excesivo entusiasmo espiritual es tan problemático como una miopía espiritual. Valoro las técnicas espiritualmente orientadas, pero no las introduzco en la terapia como modalidades primarias. Prefiero trabajar con el material que surge de manera espontánea y no siento la necesidad de seguir una compartimentación cultural, porque, en mi experiencia, la espiritualidad de la persona no está separada de su psicología.

Sin embargo, una de las funciones de la psicoterapia es también ofrecer un espacio para temas y experiencias que son tabúes culturales. En la época de Freud, la sexualidad era un tabú cultural. Creo que el movimiento hacia la espiritualidad en la psicoterapia (Sperry & Shafranske, 2005) en esta época podría ser visto como una señal de que las preocupaciones fundamentales, y sobre todo que hay “algo más” en la experiencia humana, son tabúes en una sociedad materialista. Al abordar realidades trascendentes, la ciencia es limitada; no tiene las herramientas para captar o el lenguaje para expresar lo que William James (1902/1985) llamó “la realidad de lo invisible”. La ciencia nos ofrece una comprensión de nuestro mundo observable, físico, pero ¿cómo podemos captar el significado de nuestro ser en la existencia? El punto es que se trata de asuntos de fe personal, más que de realidades observables, verificables, para las que el cientificismo reduccionista goza de un método de indagación. La ciencia no puede comprobar la existencia o verificar contenidos específicos de experiencias transpersonales; puede, sin embargo, posibilitar un enfoque más holístico de las intervenciones psicológicas y examinar los efectos de las creencias y prácticas sobre la salud y el bienestar. Las cuestiones teóricas no tienen que estar totalmente resueltas antes de que podamos trabajar con el proceso del alma en psicoterapia. Nuestro conocimiento corporalmente sentido bien puede ser una clave importante para desbloquear la profundidad de nuestra existencia humana.

Las ricas y variadas rutas que las personas crean y siguen en su intento de vivir en el suelo fértil del alma son fascinantes. Asimismo, la búsqueda del alma puede estar ocurriendo bajo la superficie de nuestra consciencia. Cada consultante que entra en terapia puede agudizar nuestra sensibilidad a las diferentes visiones del mundo y tiene el potencial de enseñarnos algo nuevo y valioso. “Si bien un

terapeuta cuidadoso puede nutrir el alma de un consultante, es importante que los consultantes se den cuenta de que la psicoterapia no es simplemente un lugar donde la gente puede llegar a tener el alma nutrida por otra persona, sino que también es un campo de capacitación en donde aprender a cuidar de sus propias almas.” (Elkins, 2005, p. 141)

Referencias

- Barrineau, P. (1990). Chicago revised: An interview with Elisabeth Sheerer. *Person-Centered Review*, 5, 416-424.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Campbell, P. A. & McMahon, E. M. (1985). *Bio-spirituality: Focusing as a way to grow*. Chicago: Loyola University Press.
- Cooper, M. (2006). Editorial: Meeting at relational depth. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 227-228.
- Corbett, L. & Stein, M. (2005). Contemporary Jungian approaches to spiritually oriented psychotherapy. In L. Sperry & E. P. Shafranske (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy* (pp. 51-74). Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Elkins, D. N. (2005). A humanistic approach to spiritually oriented psychotherapy. In L. Sperry & E. P. Shafranske (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy* (pp. 131-152). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychologische Beiträge*, 43(3), 69-111.
- Focusing Institute (s.f.) What is focusing-oriented psychotherapy? Recuperado el 10 de mayo de 2008, de <http://www.focusing.org/psychotherapy.html>
- Geller, S. (2008, noviembre). *Therapeutic presence*. Resumen de trabajo presentado en el Second Life!?: Congres VVCEP-VCgP [Vlaamse Vereniging voor Cliëntgericht-Experiëntiele Psychotherapie en Counseling & Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie], Amberes, Bélgica.
- Geller, S. & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapeutic encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1&2), 144-155.

- Gendlin, E. T. (1984). The client's client: The edge of awareness. In R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp. 76-107). Nueva York: Praeger.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Grafanaki, S., Brennan, M., Holmes, S., Tang, K. & Alvarez, S. (2007). In search of flow in counseling and psychotherapy: Identifying the necessary ingredients of peak moments of therapy interaction. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6, 240-255.
- Griffith, J. L. & Griffith, M. E. (2002). *Encountering the sacred in psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Ikemi, A. (2005). Rogers and Gendlin on the bodily felt sense: What they share and where they differ. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 4, 277-288.
- James, W. (1985). *The varieties of religious experience. A study in human nature*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Traducción española: (2002). *Las variedades de la experiencia religiosa: Estudio de la naturaleza humana*. Barcelona: Península.
- Kalmthout, M. van (2006). Person-centred psychotherapy as a spiritual discipline. In J. Moore & C. Purton (Eds.), *Spirituality and counselling: Experiential and theoretical perspectives* (pp. 155-167). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Leijssen, M. (2006). The validation of the body in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 126-146.
- Leijssen, M. (2007). *Tijd voor de ziel*. Tiel, Bélgica: Lannoo.
- Leijssen, M. (2008). Encountering the sacred: Person-centered therapy as a spiritual practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 218-225.
- Lou, N. (2008). *Thinking at the edge*. Recuperado el 30 de mayo de 2008, de <http://www.nadalou.com>
- Neville, B. (2007). What kind of universe? Rogers, Whitehead and transformative process. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6, 271-285.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Nueva York/Londres: Guilford.
- Purton, C. (2002). *Focusing on focusing: The practice and the philosophy*. Recuperado el 20 de mayo de 2008, de http://www.focusing.org/fot/foc_on_foc.asp

- Purton, C. (2007). *The focusing-oriented counselling primer*. Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Traducción española: [Contenido dividido] (1981). C. R. Rogers & R. Rosenberg, *La persona como centro*. Barcelona: Herder; y (1987). *El camino del ser*. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. R. (1986). A client-centered/person-centered approach to therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook* (pp. 197-208). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rogers, C. R. (1989). A newer psychotherapy. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Eds.), *The Carl Rogers reader* (pp. 63-76). Boston: Houghton Mifflin.
- Schillings, A. (2008). *Stillness and awareness from person to person*. Recuperado el 5 de mayo de 2008, de <http://www.focusing.org/spirituality/stillness.htm>
- Schudel, D. I. (2006). A person-centred therapist's quest for presence. In J. Moore & C. Purton (Eds.), *Spirituality and counselling: Experiential and theoretical perspectives* (pp. 127-135). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Snijder, A. (2007). Waarom willen mensen een ziel hebben? *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 45(3), 38-41.
- Snyder, C., & Lopez, S. (2001). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Sperry, L., & Shafranske, E. P. (Eds.). (2005). *Spiritually oriented psychotherapy*. Washington, Distrito de Columbia: American Psychological Association.
- Thorne, B. (1991). *Behold the man*. Londres: Darton, Longman & Todd.
- Thorne, B. (2006). The gift and cost of being fully present. In J. Moore & C. Purton (Eds.), *Spirituality and counselling: Experiential and theoretical perspectives* (pp. 35-47). Ross-on-Wye, Reino Unido: PCCS.
- Van Belle, H. A. (1990). Rogers' later move toward mysticism: Implications for client-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 49-57). Leuven, Bélgica: Leuven University Press.
- Wulff, D. W. (1997). *Psychology of religion: Classic and contemporary* (2nd ed.). Nueva York: Wiley & Sons.

COMPRENDER EL YO-MISMO MEDIANTE EL VACÍO TAOÍSTA¹

Sachiko Hayashi y Atsuchi Kara

Introducción

Nadie está libre de sistemas de valores culturales, históricos y sociales. Un tema importante es que dentro de cada individuo existen varios sistemas de valores que, algunas veces, son contradictorios. Tanto dentro de uno mismo como en las relaciones con los demás, se experimentan conflictos entre tales valores y también entre los sentimientos/pensamientos de lo que se debe y lo que no se debe asociados con ellos. Parecería que muchas voces están peleando dentro de un individuo. Algunas hablan en voz muy alta, otras apenas susurran o ni siquiera son reconocidas. Esto causa incomodidad y una necesidad de recuperar un yo-mismo estable. Una función de la consultoría es proporcionar un espacio seguro en el cual los consultantes puedan escuchar libremente la mayor cantidad posible de voces internas y dejar que las voces se escuchen entre ellas (Mearns, 1994). Un consultor coopera con el consultante en reconciliar los relatos desorganizados o contradictorios que cuentan los diferentes yo-mismos.

La antigua filosofía de Zhuangzi² (China, aprox. siglo IV a. de C.) representa una postura extrema en la acomodación de múltiples valores. Defendió una actitud de considerar a *todas las cosas como iguales* y libres de valores. Para este filósofo, cualquier sistema de valores representaba un sesgo y al mantenerse al margen de él podría lograrse una consciencia pura del mundo. Tal estado

1 Fuente: Hayashi, S. & Kara, A. (2002). Understanding the self through Taoist emptiness. In J. Watson, R. Goldman & M. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 73-78). Ross-on-Wye: PCCS Books.

2 Zhuangzi (transcripción oficial empleada por la Organización de las Naciones Unidas). Traducción de Chuang Tzu, empleado en inglés por Hayashi & Kara. (Nota de la traductora y del revisor técnico).

mental puro juega un importante papel en la comprensión y la reorganización del yo-mismo que tienda hacia la integración.

El yo-mismo en la consultoría

Según Fujio Tomoda, uno de los primeros defensores del enfoque centrado en la persona (ECP) en Japón, los contenidos revelados por un consultante en sesiones de consultoría experimentan una transición de la siguiente manera: de los síntomas al yo-mismo, del ambiente al yo-mismo y de otras personas al yo-mismo (Tomoda, 1969). Como lo describió el mismo Tomoda, esto solo era una simplificación del proceso real de consultoría. Sin embargo, como suele suceder, a medida que este proceso se desarrolla, los relatos que el consultante narra se van haciendo cada vez más centrados en el yo-mismo. Esta descripción voluntaria del yo-mismo es un resultado del espacio de consultoría seguro y libre que se le ofrece al consultante y suele revelar un profundo sentido de valores.

Como fue descrito por otros autores (por ejemplo, Enomoto, 1998), el concepto de yo-mismo se diferencia en yo-mismos contextuales, cada uno de los cuales está cargado con (o liberado de) valores adquiridos en relación con diversos roles sociales. En el presente trabajo suscribimos la visión de esta organización hipotética de una persona hecha de múltiples yo-mismos contextuales. Nuestro principal interés es estudiar la dinámica implicada en la coordinación de múltiples yo-mismos, que conduzca a una comprensión congruente, a una armonía y, algunas veces, a un cambio estructural de un sistema multivaloral. Nuestro principal foco es aprender de la obra del filósofo taoísta Zhuangzi cómo podemos lograr una visión equilibrada de nosotros mismos considerando todos los conflictos de valores como partes o acontecimientos de un todo perfecto.

La utilidad de lo inútil

Zhuangzi es una de las principales figuras del taoísmo. Los treinta y tres capítulos de su libro fueron recopilados a lo largo de un extenso período hace más de dos mil años, y no se puede tener la certeza de cuáles partes son escritos originales suyos. Comenzamos por el concepto de la *utilidad de lo inútil*,³ que es un tema representativo que menciona repetidamente para enfatizar la naturaleza incompleta y de alcance limitado de los sistemas de valores humanos. Reconocer

3 *utilidad de lo inútil*. Traducción de *use of the useless*, empleado en inglés por Hayashi & Kara, siguiendo a Zhuangzi (Nota del revisor técnico).

la utilidad de las cosas aparentemente inútiles es el primer paso hacia una comprensión libre de valores del yo-mismo. El pasaje siguiente es una de las expresiones típicas de Zhuangzi sobre la utilidad de lo inútil:

Los árboles de la montaña se dañan a sí mismos; la grasa en la antorcha se quema a sí misma. La canela puede comerse y por ello termina cortada; el árbol de la laca puede usarse y por ello termina talado. Todos los hombres conocen la utilidad de lo útil, ¡pero nadie conoce la utilidad de lo inútil! (Zhuangzi. En el mundo de los hombres. En Watson, 1968, pp. 66-67).

Las cosas útiles son destruidas. Las inútiles siguen estando seguras. En un nivel superficial, la idea es solamente una máxima sobre el arte de la autoprotección: es decir, el talento puede acompañarse de peligro; por lo tanto, simule ser incompetente y sea cuidadoso en ocultar el talento ante los demás. No obstante, la actitud de Zhuangzi con respecto a la vida era más sofisticada. Incluso subraya la utilidad positiva de lo inútil:

Sin duda, la tierra es vasta y ancha, aunque un hombre no utiliza de ella más que la superficie donde apoya sus pies. Si, no obstante, cavaras toda la tierra alrededor de sus pies hasta llegar al Manantial Amarillo,⁴ en ese caso, ¿el hombre aún podría utilizarla? (...) es obvio, por lo tanto, dijo Zhuangzi, que lo inútil tiene su utilidad (Zhuangzi. Cosas externas. En Watson, 1968, p. 299).

La utilidad de lo inútil es una filosofía que borra el límite entre lo útil y lo inútil. Lo útil no tiene un gran valor, ni lo inútil tiene poco valor. Zhuangzi intentó no ver límite alguno entre pobreza y riqueza, criticar y honrar, juventud y senilidad, y así sucesivamente. Su idea central era *considerar como iguales a todas las cosas*. Incluso la vida y la muerte son iguales:

Recibí la vida porque era el momento para que así fuera. La perderé porque el orden de las cosas pasa. Siéntete satisfecho con este momento y mora en este orden y, en ese caso, ni el pesar ni la alegría pueden afectarte. En los viejos tiempos a eso se le llamaba “la liberación de las ataduras”. Existen quienes no pueden liberarse porque están aferrados a las cosas. Pero nada puede vencer en contra del Cielo –así ha sido siempre. ¿De qué debería sentirme resentido? (Zhuangzi. El gran y venerable maestro. En Watson, 1968, p. 84).

4 El Manantial Amarillo es un lugar subterráneo donde las personas están destinadas a ir después de su muerte. (Nota de los autores).

Sin embargo, Zhuangzi no elogiaba la muerte ni rechazaba al mundo. En cambio, lo ampliaba para incluir al universo entero. El objetivo es devenir uno con todas las cosas y coexistir con el Cielo y la Tierra (Chan, 1963, p. 186). *La utilidad de lo inútil* era una retórica que trataba de liberar la mente de los valores convencionales. No puede hacerse un juicio simplista sobre el valor de nada, incluyendo el valor de uno mismo. “Su objetivo era la emancipación y la paz espiritual absolutas que se lograrían mediante el conocimiento de la capacidad y las limitaciones de la propia naturaleza, nutriéndola y adaptándola al proceso universal de transformación” (Chan, 1963, p. 177).

Todas las funciones del yo-mismo no son sino una minúscula parte del proceso universal de transformación. Con frecuencia instalamos firmemente una imagen dominante específica de nuestro yo-mismo y la tomamos como si incluyera nuestro yo-mismo total. La emancipación espiritual le otorga igual razón de ser a todos los aspectos de nuestras disposiciones internas. En consecuencia, no podemos decir simplemente que algunas partes nuestras son verdaderas o correctas y que otras no lo son. El problema real reside en la actitud de considerarnos a nosotros mismos desde un punto de vista estrecho. No tenemos que clasificar y evaluar ningún sentimiento ni pensamiento en nosotros como bueno o malo, correcto o erróneo, central o periférico, etcétera. De esta filosofía extrema de abandonar todos los valores, surge una nueva manera objetiva de mirar la realidad del yo-mismo, tal como la describimos a continuación en la historia del caos.

El caos

El *caos* es una metáfora taoísta utilizada para denotar el estado inicial del universo donde nada es diferenciado. Zhuangzi describió el caos como el estado ideal de la naturaleza y todos los actos humanos artificiales opuestos al caos deben negarse. La alegoría siguiente es uno de los pasajes de Zhuangzi mejor conocidos que enigmáticamente se ríe de la estupidez de los actos de los humanos.

El emperador del Mar del Sur se llamaba Shu (Breve), el emperador del Mar del Norte se llamaba Hu (Repentino), y el emperador de la región central se llamaba Hun-tun (Caos). Cada cierto tiempo Shu y Hu se juntaban para una reunión en el territorio de Hun-tun y Hun-tun los trataba con mucha generosidad. Shu y Hu conversaron sobre cómo podrían retribuir su amabilidad. “Todos los hombres”, dijeron, “tienen siete aberturas de manera que puedan ver, oír, comer y respirar. Pero solo Hun-tun no tiene ninguna, tratemos de perforarle algunas!” Todos los

días perforaron un agujero y al séptimo día Hun-tun murió (Zhuangzi. Adecuado para emperadores y reyes. En Watson, 1968, p. 97).

La muerte de Hun-tun simboliza la pérdida de una mente pura e inocente. Si fueras a una mente así para que adopte una forma, por más natural y adecuada que parezca ser, moriría. La realidad o la experiencia pura que aún no haya sido tallada en el lenguaje humano también se encuentra simbolizada por Hun-tun. Para Zhuangzi, el lenguaje y el pensamiento analítico estaban destinados a incurrir en el error:

Los pollos pían, los perros ladran -esto es algo que los hombres comprenden. Pero por muy grande que sea su comprensión no pueden explicar en palabras cómo el pollo y el perro han llegado a ser como son, ni pueden imaginar en sus mentes qué devendrán en el futuro. Puedes separar en trozos y analizar hasta que hayas llegado a algo tan mínimo que no tiene forma, que es tan grande que no puede ser abarcado. Pero ya sea que digas que “ninguna cosa lo hace” o que -alguna cosa lo hace así-, no has escapado del ámbito de la “cosa”; de manera que al final incurres en error (Zhuangzi. Tse-yang. En Watson, 1968, p. 292).

Cuando apreciamos el caos y abandonamos el pensamiento analítico, podemos percibir la realidad sin sesgo alguno. Si bien un pollo es un pollo y un perro es un perro si así los llamamos, el pollo y el perro que vimos antes de que aprendiéramos las palabras pollo y perro eran los verdaderos pollo y perro. Cuando los miramos con una mente vacía, y al margen del lenguaje, lo que estamos mirando mostrará las variaciones inesperadas de la realidad. Interpretamos el vacío taoísta⁵ en nuestro contexto de consultoría como la consideración de los hechos y procesos diversos que se encuentran en nuestro interior como caos, en este sentido.

El espejo

Mirar dentro de nosotros mismos con una mente vacía es una manera de comprender las diversas necesidades y sistemas de valores en nuestro interior. Las necesidades y los valores no necesariamente están diferenciados y los conflictos entre ellos pueden producir daño si la persona solo toma partido por uno solo de ellos. Zhuangzi, junto con otros filósofos taoístas clásicos, da una receta para “estar vacío”:

5 *vacío taoísta*. Traducción de *Taoist Emptiness*, empleado en inglés por Hayashi & Kara. (Nota del revisor técnico).

Vacíate, eso es todo. El Hombre Perfecto usa su mente como un espejo –sin perseguir nada, sin dar la bienvenida a nada, respondiendo pero no guardando. De esa manera puede vencer a las cosas y no hacerse daño (Zhuangzi. Adecuado para emperadores y reyes. *Fit for Emperors and Kings*. En Watson, 1968, p. 97).

El yo-mismo elude la comprensión si es analizado en muchos fragmentos individuales de significados. El yo-mismo es un caos que necesita ser comprendido como una totalidad. El espejo simboliza una comprensión holística a través de una mente pura. “Estar vacío” es la única manera de ver las variaciones caóticas de la realidad de una manera no sesgada. *El ayuno de la mente*⁶ es otro conocido pasaje de Zhuangzi, introducido en el ECP por Tomoda (Hayashi, Kuno, Osawa, Shimizu & Suetake, 1998, 2000; Ito, 1995; Morotomi, 1994; Tomoda, 1968, 1994).

¡Unifica tu voluntad! No escuches con los oídos. Escucha con la mente. No, no escuches con la mente: escucha con el espíritu. La escucha se detiene con los oídos, la mente se detiene con el reconocimiento, pero el espíritu está vacío y atiende todas las cosas. El camino encuentra su unidad solo en el vacío. El vacío es el ayuno de la mente (Zhuangzi. En el mundo de los hombres. En Watson, 1968, pp. 57-58).

Cuando escuchas a tu yo-mismo con los oídos no oirás nada. Cuando tratas de comprender a tu yo-mismo con la mente, encontrarás malos entendidos y conflictos. Solo cuando estés vacío, puedes experimentar tu yo-mismo como un todo.

El cambio en el yo-mismo

Cada aspecto de una personalidad tiene su propia identidad y algunas veces manifiestan colisión entre ellos. Sin embargo, la personalidad como un todo trata de permanecer como un sistema persistente y protesta en contra de cualquier amenaza de cambio. La inconsistencia del autoconcepto se considera como una gran amenaza a la existencia del ser humano, tal como lo describe Mearns (1994, p. 89):

6 *ayuno de la mente*. Traducción de *fasting of the mind*, empleado en inglés por Hayashi & Kara, siguiendo a Zhuangzi y Tomoda).

El autoconcepto es una actitud como cualquier otra: cada una de las opiniones, creencias, sentimientos y evaluaciones específicas con respecto a nuestro yo-mismo podría cambiarse si y solo si pudiéramos hacerlo para cada uno de ellos por separado, pero no podemos. Estos elementos están unidos y se apoyan entre sí en contra de la amenaza de cambio. A nuestro consultante puede no gustarle su autoconcepto, pero dicho autoconcepto buscará preservarse manteniendo su consistencia interna, porque la inconsistencia es una amenaza existencial mayor para el ser humano de lo que es la simple negatividad: podemos manejar el sentirnos mal con nosotros mismos más fácilmente que la confusión existencial.

Comprender las ideas de Zhuangzi con respecto a “considerar todas las cosas como iguales” y “estar vacío” nos proporciona ojos libres e imparciales y nos posibilita mirar la realidad inconsistente de los yo-mismos. Las condiciones nucleares de Carl Rogers llamaron la atención inmediata de los primeros estudiosos japoneses del ECP en términos de su correspondencia con la vía de la pura experiencia de Zhuangzi. La tesis de estos autores es que esta percepción taoísta pura del yo-mismo, con todos los conflictos de valores internos existentes, es la precondition crítica hacia el paso siguiente: la reorganización del yo-mismo. Esta precondition es una vía pacífica y al mismo tiempo poderosa para aliviar la amenaza existencial de la inconsistencia, no solo para un consultante individual sino también para un grupo.

El cambio en un grupo: la dinámica corporativa y el ECP

La filosofía taoísta encuentra lectores en los sectores empresariales contemporáneos. La filosofía de Laozi⁷ es popular entre los gerentes corporativos en todo el mundo (por ejemplo, Ruggenthaler, 1994). En un ambiente corporativo, existe una gran variedad de sistemas de valores diferentes y con frecuencia conflictivos. La descripción de Mearns que citamos antes se aplica igualmente a la dinámica de grupos corporativos, cuando se reemplaza el término “yo-mismo” por el de “grupo”. A pesar de los conflictos de opiniones y creencias entre los miembros del grupo, este como un todo suele resistirse al cambio. En un grupo orientado a los objetivos, como un equipo de desarrollo de un producto, una tarea importante para el gerente es exponer de manera

7 *Laozi* (transcripción oficial empleada por la Organización de las Naciones Unidas).

Traducción de *Lao Tsé*, empleado en inglés por Hayashi & Kara. (Nota del revisor técnico)

constante al equipo los requerimientos del mercado y, continuamente, mejorar el diseño del producto, asegurar la calidad y desarrollar destrezas de resolución de problemas. Algunas veces el gerente necesita cambiar por completo el proceso de desarrollo. Sin embargo, tales intentos de cambiar a los grupos con mucha frecuencia fracasan cuando se imponen de arriba hacia abajo.

El proceso de cambio en un grupo es análogo al de la consultoría. La actitud respetuosa del gerente hacia todas las opiniones y creencias del grupo ayuda a sus miembros a escuchar los diferentes puntos de vista que se presentan. Entonces, el grupo extenderá esta manera de considerar múltiples valores al mundo externo circundante. Esto quiere decir que el grupo estará objetivamente más consciente de su posición funcional en la misión de la organización y en el mercado. Esta consciencia proporciona la única motivación para que el grupo cambie.

En esta analogía de la dinámica de grupo corporativa con el proceso de consultoría, el mayor obstáculo para el gerente es iniciar y mantener la actitud exenta de valores hacia la totalidad de los sentimientos, opiniones y creencias sostenidos por el grupo. Esto constituye con una certeza casi total un acto suicida desde un punto de vista de la dinámica del poder. Sin embargo, parece ser la única manera para que un grupo experimente la complejidad de su existencia y comprenda la necesidad de cambio. El bello haiku de Moorman describe con concisión un proceso de cambio de este tipo:

Cuando mi historia
Es oída por otro
Se convierte en otra historia. (Moorman, 2000)

Cuando alguien escucha la historia que cuenta cada uno de nuestros yo-mismos, se traten estos yo-mismos de aspectos de la personalidad de una sola persona o de miembros de un grupo, habremos dado el primer paso hacia la autoalteración.⁸

Referencias

- Chan, W. T. (1963). *A source book in Chinese philosophy* (pp. 177, 186). Princeton: Princeton University Press.
- Enomoto, H. (1998). *Jiko no Shinrigaku* [Psychology of self]. Tokio: Science.

8 *autoalteración*. Traducción de *self-alteration*, empleado en inglés por Hayashi & Kara. (Nota del revisor técnico)

- Hayashi, S., Kuno, T, Morotomi, Y, Osawa, M, Shimizu, M. & Suetake, Y. (1998). Client-centered therapy in Japan. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(2), 103-124.
- Hayashi, S., Kuno, T, Morotomi, Y, Osawa, M, Shimizu, M. & Suetake, Y. (2000). Japanese poetry and the person-centered approach. *The Person-Centered Journal*, 7(1), 4-17.
- Ito, H. (1995). *Counseling* (4th ed.). Tokio: Seisin Shobo. Traducción española: (1971). *Introducción al counseling: El pensamiento de Carl R. Rogers*. Madrid, Madrid, España: Razón y Fe.
- Ruggenthaler, P.T. (1994). *Lao Tse, Das Tao der Staerke*. Viena: Verlag Orac im Verlag Kremyr und Sheriau.
- Mearns, D. (1994). *Developing person-centered therapy*. Londres: Sage.
- Moorman, J. (2000). Person-centered haiku. *The Person-Centered Journal*, 7(1), 18-20.
- Morotomi, Y. (1994). Shinku ni okeru Jingaku Henka [Personality change in vacuum]. *Counseling Kenkyu*, 13, 7, 62-71. Tokio: Nihon Counseling Center.
- Tomoda, F. (1968). Rogers to Roso [Rogers and Lao-Chuang philosophy]. In *The complete works of Carl Rogers, Vol. 18* (p. 299). Tokio: Iwasaki Gakojiyutsu Shuppansha.
- Tomoda, F. (1969). *Rogers to Kozo* [The structure of self]. Tokio: Nihon Counseling Center.
- Tomoda, F. (1994). Kyo wa Shinsai nari [The fasting of mind]. *Counseling Kenkyu*, 13, 7, 71-72. Tokio: Nihon Counseling Center.
- Watson, B. (1968). *The complete works of Chuang Tzu*. Nueva York: Columbia University Press.

COLOFÓN

¿HACIA DÓNDE VA EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA?¹

Alberto S. Segreña

El 8 de enero de 2014 se cumplieron ciento dos años del nacimiento de Carl Ransom Rogers, fundador del enfoque centrado en la persona, y el 4 de febrero de 2014, treinta y siete años de su muerte. El 11 de diciembre de 2014 se cumplirán setenta y cuatro años de la conferencia que se considera como nacimiento del enfoque (Rogers, 1940). El 8 de agosto de 2013 falleció Reinhard Tausch, introductor del enfoque centrado en la persona en los países de idioma alemán y en el Benelux.

En la región cultural iberoamericana, y en el mundo en general, la mayoría de los académicos y profesionales introductores del enfoque centrado en la persona en sus respectivos países ha muerto y la segunda generación alcanza una edad avanzada con muchos de ellos en retiro. El futuro del enfoque centrado en la persona dependerá definitivamente del trabajo de las nuevas generaciones de consultores y psicoterapeutas a quienes ofrezco algunas breves sugerencias.

Fundamentación

Necesitaremos profundizar en las raíces filosóficas fenomenológicas, existenciales y hermenéuticas de la visión de los grupos y de los seres humanos como organismos autónomos y constructores de su propio destino que fundamenta el enfoque centrado en la persona, muchas veces desconocidas o ignoradas en la práctica, para superar pragmatismos y empirismos –aún hoy día lamentablemente presentes en el trabajo profesional de consultores y psicoterapeutas centrados en la persona–, nada acordes con nuestra concepción de los grupos y los seres humanos, que reducen a nuestros consultantes a una fracción de quienes son como personas.

1 Este trabajo aprovecha algunos elementos de trabajos anteriores sobre el tema. (Nota del autor)

Transdisciplinaridad

Precisaremos desarrollar una concepción transdisciplinaria, holística, de los grupos y los seres humanos, su funcionamiento, sus relaciones y la promoción de su desarrollo en la que el estudio y el conocimiento trasciendan las perspectivas parciales; esto pedirá que los planteamientos del psicólogo encuentren su lugar, en un esfuerzo conjunto, al lado de los abordajes del consultor y del educador, del sociólogo y del politólogo, del filósofo y del teólogo, del arquitecto y del músico, del ingeniero y del astrónomo.

Diálogo

Requeriremos fortalecer la identidad teórica del enfoque centrado en la persona sin rigidizar dogmáticamente sus concepciones, asumir un esfuerzo de comprensión recíproca, superar inútiles desprecios y buscar el enriquecimiento mutuo entre las diversas líneas de desarrollo teórico originadas en el enfoque centrado en la persona (clásica, experiencial, experiencial-procesual, fenomenológica-existencial, trascendental, expresiva, analítica, operacional, sistémica-caótica y las que en el futuro aparezcan), que poseen elementos complementarios, no opuestos ni excluyentes. De la misma manera, será importante dialogar con otros enfoques teóricos para enriquecer el enfoque centrado en la persona con los aportes provenientes de ellos susceptibles de ser integrados en un todo coherente.

Investigación

La investigación exigirá, cada vez más, la integración de la vía privilegiada de la metodología cualitativa para la comprensión holística de la existencia humana, sin caer en el exceso de adjudicarle un valor exclusivo como medio de conocimiento de la realidad –actitud que criticamos en quienes ven la metodología cuantitativa experimental como única fuente de ciencia. Será necesario superar la discusión sobre la realidad como ilusión o como espacio que desborda la capacidad de todo ser individual de aprehenderla en su totalidad espacio-tempo-cultural y reconocer la necesidad simultánea de compromiso con la verdad y de humildad para no erigirnos en supuestos poseedores de la verdad, ni tampoco caer en un paralizante relativismo.

Formación

La existencia y multiplicación de programas de formación que contribuyan a formar profesionales y paraprofesionales sólidos de la consultoría y la psicoterapia –y en general de la promoción del desarrollo humano– que respondan a las ingentes necesidades individuales y colectivas de promoción de los grupos y de los seres humanos y resolver la paradoja de la libertad y de los criterios objetivos, de la confianza en los seres humanos y de la necesidad de acuerdos sobre competencia y evaluación. Necesitaremos superar el rechazo a trabajar en instituciones de educación superior y a participar en sus programas de formación. En la región cultural iberoamericana, necesitaremos más programas de formación fundamentados en el enfoque centrado en la persona en los niveles de licenciatura, maestría y doctorado que posibiliten la formación de consultores y psicoterapeutas en nuestro enfoque.

Práctica

La consultoría y la psicoterapia, como medios de promoción del desarrollo de los grupos y de los seres humanos, necesitarán consultores y psicoterapeutas comprometidos con una práctica profesional orientada por valores éticos y que respete la libertad de los consultantes, evitando caer en la imposición de esos mismos valores convirtiéndolos en elementos de control del ser humano. Así mismo, se hará necesaria la ampliación del número de instituciones de atención profesional centradas en la persona en los diversos ámbitos de actividad profesional (intimidad personal, educación, organización, sociedad y trascendencia) en la región cultural iberoamericana.

Cooperación

El proyecto comunitario de académicos y profesionales del enfoque centrado en la persona requerirá: resolver la aparente contradicción entre la libertad personal y la necesidad de continuidad de esfuerzo de desarrollo teórico y profesional; encontrar y establecer formas de organización participativa y flexible que permitan un fructífero trabajo conjunto sin caer en viejos moldes de estructuras rígidas y autoritarias. Será necesario fortalecer las asociaciones existentes en la región cultural iberoamericana, promover la existencia de otras asociaciones nacionales y locales y establecer cooperación con asociaciones de ámbito internacional y de otras regiones culturales.

Reuniones

Los ciclos de reuniones internacionales, regionales y nacionales, con diversidad en sus formatos y objetivos, constituirán una ocasión imprescindible de contacto y enriquecimiento mutuo que deberá fortalecerse y multiplicarse para que los profesionales, investigadores y académicos de la región cultural iberoamericana puedan compartir su experiencia, su investigación y su creatividad entre ellos y con el resto del mundo mediante la presentación de ponencias. Será muy deseable que, tal como ya se empieza a hacer en algunas de ellas, se prevean procedimientos para la preservación y disponibilidad de los trabajos presentados para su consulta por los interesados.

Publicación

El desarrollo del enfoque centrado en la persona exigirá una amplia difusión de los trabajos de investigación y de sus aplicaciones a la consultoría y la psicoterapia tanto en revistas especializadas académicas y profesionales como de divulgación, que posibilite conocer a académicos y profesionales, así como al público en general, los planteamientos del enfoque de manera explícita y no diluidos con otros marcos teóricos. De la misma manera, requeriremos más producción original de libros, así como traducciones de libros publicados en otros idiomas, que nos proporcionen elementos de estudio y reflexión para nuestro trabajo.

Preservación

El enfoque centrado en la persona requerirá recuperar y preservar su historia, tanto de la producción impresa como de material audiovisual, de manera que los aportes de diversos grupos y personas no se pierdan para la posteridad. Se hará indispensable, para evitar pérdidas irremediables, organizar una red coordinada de centros de documentación que, en un esfuerzo comunitario, lleve a cabo la labor de identificación, preservación, clasificación y difusión del material disponible y evite la duplicidad de esfuerzos. En este mismo sentido, la consulta ágil de los documentos disponibles será un proyecto por consolidar mediante redes electrónicas.

Medios electrónicos

Los medios electrónicos se harán cada vez más importantes para el intercambio de conocimientos personales, elementos de teoría y práctica profesional y para establecer proyectos comunes de una manera jamás soñada hasta hace pocos años. Las redes de comunicación en diversos idiomas, las páginas electrónicas y otras formas de comunicación se harán indispensables para el intercambio de artículos y ponencias entre consultores y psicoterapeutas para su enriquecimiento previo y para su difusión inmediata a un público situado a grandes distancias, poniendo así los medios electrónicos al servicio de los seres humanos.

Invitación a las nuevas generaciones

Como se dijo en la Introducción, “este libro se inserta en esta cadena histórica de tender puentes entre culturas e idiomas para ayudar a enriquecer la experiencia de todos los interesados”. La lectura de los diversos trabajos que forman parte de *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales* proporcionará numerosos elementos de información y reflexión para llevar adelante la labor de desarrollo del enfoque por los consultores y psicoterapeutas de las nuevas generaciones. Ahora les corresponderá asumir, o no, el compromiso.

Referencias

Rogers, C. R. (1940). *Some newer concepts in psychotherapy*. Conferencia en la University of Minnesota. [11 de diciembre].

CRÉDITOS

Manuel F. Artiles

Nació en la República Argentina en 1927. Psicólogo diplomado por el Institut Catholique de Paris y por la Université de Paris Sorbonne, donde realizó estudios de Psicopatología. Formación en Dinámica de Grupos en el Groupe Français de Sociopsychologie. Fundador y Coordinador del Centro de Estudios Psicológicos de Orientación Rogeriana. Docente y maestro de consultores y psicoterapeutas. Introdutor del pensamiento de Carl Rogers en la Argentina. Autor de *La actividad psicoterapéutica: en torno a Carl Rogers, Artículos y conferencias* y *La sonrisa de Eros: el amor y la pareja* y de numerosos artículos y conferencias sobre la consultoría centrada en la persona, y coeditor de *Psicología humanista: aportes y orientaciones*. Idiomas: español, francés, inglés.

Teléfono: +54 (11) 4962 6655.

Michael Behr

Doctor en Educación por la Universität Essen. Profesor de Psicología Educacional en el Person-Centred Play Therapy Training Course de la Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Alemania, y cofundador del Stuttgart Institute for Person-Centred Therapy and Counselling, donde trabaja como terapeuta, supervisor y facilitador. Profesor visitante en la Universität Wein, Austria, la Universiteit Antwerpen y la Universiteit Gent, Bélgica, y la University of Strathclyde, Escocia. Sus temas de investigación son la consultoría centrada en la persona, la psicoterapia con niños y adolescentes, las emociones de los jóvenes y la consultoría de padres. Coeditor de *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*, y autor de otros libros, capítulos y artículos. Coeditor de la revista *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*. Vive con su esposa en Stuttgart, le gusta montar su bicicleta y es fanático del fútbol. Idiomas: alemán, inglés.

Dirección: michael.behr@ph-gmuend.de .

Arthur C. “Art” Bohart

Doctor en Psicología Clínica por la University of California Los Angeles. Profesor Emérito de Psicología de la California State University Dominguez Hills. Sus intereses de investigación son los consultantes como autosanadores activos y la manera en que la relación terapéutica facilita el cambio. Coautor de *How clients make therapy work: The process of active self-healing*, *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, *Foundations of Clinical and Counseling Psychology*, *Constructive and Destructive Behavior: Implications for Family, School, and Society*, y *Humanity's dark side: Evil, destructive experience, and psychotherapy*, otros libros y artículos. En la actualidad está semirretirado. En su retiro espera escribir una novela. Idiomas: solo inglés, por desgracia.

Dirección: abohart@csudh.edu .

Sue C. Bratton

Doctora en Consultoría Educacional por la University of North Texas. Supervisora profesional licenciada de consultoría y supervisora registrada de terapia de juego. Directora del Center for Play Therapy y profesora en el College of Education de la University of North Texas. Conferencista internacionalmente conocida. Sus intereses de investigación se enfocan en la efectividad de la CPRT y de la terapia de juego. Coautora de *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*, *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual* y *Child-centered play therapy research: The evidence base for practitioners, e Integrative play therapy*, otros libros y más de sesenta publicaciones. Expresidente de la Association for Play Therapy. Recibió el Outstanding Research Award de la Association for Play Therapy y el Nancy Guillory Award for Outstanding Service and Contribution to the Field of Play Therapy. Idiomas: inglés.

Dirección: sue.bratton@unt.edu .

Melissa Burgess Moser

Doctora en Psicología Clínica por la University of Ottawa. Profesora Adjunta en Mount Allison University. Residente en Psicología en Emmrys, Dawe, Parlee & Associates. Su disertación examinó los cambios en las orientaciones de apego específicas de relación y los acontecimientos terapéuticos asociados con estos cambios en terapia conyugal focalizada en las emociones. Interesada en trabajar

con personas que luchan con desórdenes de la alimentación y pérdidas, y en la facilitación de grupos de procesos interpersonales para personas con dificultades interpersonales recurrentes y persistentes. Sus intereses de investigación incluyen las implicaciones clínicas de la teoría del apego, específicamente con respecto a la relación terapéutica, la responsividad al tratamiento y los resultados diferenciales de tratamiento. Reside con su pareja en la hermosa Nueva Brunswick. Idiomas: inglés, de preferencia.

Dirección: mburges2@uottawa.ca .

Mick Cooper

Doctor en Psicología por la Sussex University. Diploma Avanzado en Terapia Existencial por el Regent's College. Profesor de Consultoría en la University of Strathclyde, Escocia. Práctica privada de consultoría. Sus intereses de investigación incluyen la consultoría en escuelas, la profundidad relacional, la terapia centrada en la persona/existencial, la relación terapéutica y la psicología humanista. Coautor de *Existential therapies: Pluralistic counseling and psychotherapy*, *Working at relational depth in counselling and psychotherapy* y *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*, y coeditor de *The handbook of person-centered psychotherapy and counselling*. Vive en Glasgow con su pareja y sus cuatro hijos pequeños. A pesar de que sus hijos están aprendiendo español, no lo habla. Idiomas: inglés.

Dirección: mick.cooper@strth.ac.uk .

Jeffrey H. D. Cornelius-White

Doctor en Psicología Clínica por la Argosy University. Formado en el Chicago Counseling Center, fundado por Carl Rogers, comenzando en 1995. Profesor en el Department of Counseling, Leadership, and Special Education de la Missouri State University y Profesor Adjunto del Doctorado en Educational Leadership and Policy Analysis en la University of Missouri-Columbia y en la Universität Wien, Austria. Sus intereses de investigación incluyen temas humanísticos e interculturales en la psicoterapia, la educación y otras aplicaciones del enfoque centrado en la persona. Autor de *Carl Rogers: The China diary*, y coautor de *Learner-centered instruction* e *Interdisciplinary applications of the person-centered approach* y coeditor de *Facilitating young people's development*. Exeditor de *The*

Person-Centered Journal. Expresidente de la World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling. Disfruta pasar tiempo con su familia, andar en bicicleta y la lectura. Idiomas: inglés.

Dirección: jcornelius-white@missouristate.edu .

Robert Elliott

Doctor en Psicología por la University of California Los Angeles. Profesor Emérito de Psicología de la University of Toledo. Profesor de investigación sobre consultoría y la terapia focalizada en las emociones en la Counselling Unit y Director de la Research Clinic de la University of Strathclyde. Coautor de *Facilitating emotional change*, *Learning process-experiential psychotherapy*, *Research methods in clinical psychology*, y más de 120 capítulos y artículos. Expresidente de la Society for Psychotherapy Research. Coeditor de las revistas *Psychotherapy Research* y *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*. Recibió el Distinguished Research Career Award de la Society for Psychotherapy Research y el Carl Rogers Award de la American Psychological Association. Casado, tiene dos hijos adultos y una nieta. Disfruta de la música de muchos tipos diferentes, la ciencia ficción, la exploración de Escocia y correr. Habla y lee un poco de español y holandés. Idiomas: inglés.

Dirección: fac0029@gmail.com .

Estela Falicov

Licenciada en Sociología y Diplomada en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires. Maestra en Comunicación Social por la Universidad Central de Venezuela. Ex Profesora Asistente en la Universidad de Buenos Aires y ex Profesora Titular en la Universidad Nacional Abierta, Venezuela. Intereses de investigación: relación entre profesionales de ayuda y consultantes, entre médico y paciente, y nuevos paradigmas en ciencias de la salud. Autora y coautora de libros sobre sociología y educación. Fundadora y directora de Gran Aldea Editores. Coautora del trabajo Desarrollo personal del counselor o terapeuta. Traductora y editora de, entre otros libros, *Comunicación no violenta, un lenguaje de vida*, de Marshall Rosenberg, *Counseling centrado en la persona en acción*, de Dave Mearns y Brian Thorne, *Trabajando en profundidad relacional en counseling y psicoterapia*, de Dave Mearns y Mick Cooper, y de la presente obra. Madre de tres hijas y abuela de cuatro nietos. Idiomas: castellano e inglés.

Dirección: efalicov@gmail.com .

Elizabeth “Beth” Freire

Doctora en Psicología por la Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Exdirectora del Programa de Postgrado Centrado na Pessoa em Psicologia Clínica del Instituto Delphos. Profesora de Person-Centered Counseling en la School of Education de la University of Aberdeen; fue profesora en la University of Strathclyde. Terapeuta centrada en la persona, supervisora e investigadora. Apasionada del enfoque centrado en la persona y su capacidad de promover el empoderamiento y el crecimiento, se interesa en la investigación en el campo del proceso terapéutico, el cambio terapéutico, la espiritualidad y la no directividad en el enfoque centrado en la persona. Coautora de *Um caminho sem volta*, sobre la teoría y la práctica de la terapia centrada en la persona y de varios capítulos y artículos. Coeditora de la revista *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*. Exmiembro de la Directiva de la World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling. Idiomas: portugués, inglés y español.

Dirección: e.freire@abdn.ac.uk .

Shari M. Geller

Doctora en Psicología por la York University. Profesora de la York University y de la University of Toronto, donde enseña habilidades de consultoría, atención y prácticas de presencia terapéutica. Psicóloga clínica registrada, comprometida con las prácticas de la atención plena y apasionada por el ritmo y la percusión. Desarrolló el Therapeutic Rhythm and Mindfulness Program (TRM). Práctica privada con individuos y parejas sobre diversos tópicos, así como con un deseo de crecimiento personal y/o integración emocional, psicológica y espiritual. En su vida y su práctica clínica teje su práctica de veinte años de práctica en la atención plena, la filosofía budista y su trabajo basado en el ritmo. Sus intereses de investigación incluyen la relación de la presencia terapéutica con la terapia efectiva, así como la exploración de los beneficios para la salud del programa de TRM para sobrevivientes de cáncer. Coautora de *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Idiomas: inglés.

Dirección: drsharigeller@gmail.com .

Eugene T. “Gene” Gendlin

Doctor en Filosofía por la University of Chicago. Reconocido internacionalmente como filósofo y psicólogo. Autor, entre varios, de *Focusing* (traducido a catorce idiomas), *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*, *Focusing-oriented psychotherapy*, *Experiencing and the creation of meaning: a Philosophical and Psychological Approach to the Subjective* y *Language beyond post-modernism: Saying and Thinking in Gendlin's Philosophy* (editado por D. Levin). Ha publicado numerosos artículos, la mayoría disponibles en la Gendlin Online Library (www.focusing.org/gendlin); una bibliografía completa de sus publicaciones filosóficas y psicológicas está disponible (www.focusing.org/bibliography.html). Fundador y editor durante muchos años de la revista *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Galardonado en cuatro ocasiones por la American Psychological Association, incluyendo el primer Distinguished Professional Psychologist Award de la Division of Psychotherapy y el Award for Distinguished Theoretical and Philosophical Contributions to Psychology de la Society for Theoretical and Philosophical Psychology. Idiomas: alemán, inglés.

Dirección: ggassistant@focusing.org .

Leslie S. “Les” Greenberg

Doctor en Psicología por la York University. Profesor Distinguido de Investigación en Psicología y Director de la Psychotherapy Research Clinic de la York University. Desarrollador de la terapia focalizada en las emociones. Autoridad reconocida en el trabajo con las emociones en psicoterapia. Dirige una clínica privada para individuos y parejas y forma personas en enfoques focalizados en las emociones. Autor de *Emotion-focused therapy of depression*, *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through emotion*, *Working with emotion*, *Facilitating emotional change* y *Emotion focused couples therapy: The dynamics of emotion, love and power*, sobre los enfoques focalizados en las emociones para el tratamiento de individuos y parejas, y numerosos trabajos sobre investigación en el proceso de cambio. Recibió el Distinguished Research Career Award de la Society for Psychotherapy Research: An International Interdisciplinary Society y el Carl Rogers Award de la American Psychological Association. Expresidente de la Society for Psychotherapy Research. Idiomas: inglés.

Dirección: lgrnberg@yorku.co .

Sachiko Hayashi

Maestra en Consultoría y Desarrollo Humano por el Peabody College de la Vanderbilt University. Después de trabajar como consultora en la Counselling Office de la Temple University Japan, se incorporó a la Counselling Office de la Aizu Daigaku. Ha trabajado como terapeuta en diversos ámbitos, incluyendo un hogar de niños y consultoría de crisis telefónica para hablantes de inglés en Tokio. Su interés actual está en el desarrollo personal y el aprendizaje a través de la forma de ser de la naturaleza. Idiomas: japonés, inglés.

Dirección: wmg08631@biglobe.ne.jp .

Susan “Sue” Johnson

Doctora en Psicología de la Consultoría por la University of British Columbia. Profesora de Psicología Clínica en la University of Ottawa y en la Alliant University. Directora del Ottawa Couple and Family Institute y del International Center for Excellence in Emotionally Focused Therapy (www.iceeft.com), con diez centros afiliados. Investigadora, profesora y líder innovadora en el campo de la terapia familiar y de la ciencia de la unión de adultos. Creadora de un amplio programa popular de formación profesional para profesionales de la salud en intervenciones de pareja. Trabaja con instituciones militares para crear programas para el manejo del estrés traumático por parejas. Autora de *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection*, y *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love* (www.holdmetight.com). Sus pasiones son su familia, su trabajo, y bailar tango. Idiomas: inglés.

Dirección: ocfi@magma.ca .

Atsushi Kara

Doctor en Ingeniería Eléctrica por la Vanderbilt University. Profesor de Ingeniería de Redes en el Computer Communication Laboratory de la Aizu Daigaku y en varias otras universidades en Japón. Ingeniero, profesor y taoísta. Inventor poseedor de patentes y autor de numerosos artículos sobre sistemas de comunicación electrónica. Cree que la máxima ingeniería es la ausencia de ingeniería. Idiomas: japonés, inglés.

Dirección: kara@alumni.vanderbilt.edu .

Verónica Kenigstein

Licenciada en Comunicación Social por la Universidad Central de Venezuela. Magíster en Sexualidad y Terapia de Pareja por la Universidad de La Laguna, Tenerife. Postgrado en Terapia Gestalt por la Casa Gestáltica de la Salud, formación psicocorporal, en dinámicas grupales y en técnicas de integración para el restablecimiento de la salud. Autora de *Sexos encontrados, cómo mejorar tu vida amorosa*. Traductora de libros de psicología, consultoría, trabajo corporal, desarrollo personal y espiritualidad; entre otros, *Trabajando en profundidad relacional en counseling y psicoterapia*, de Dave Mearns y Mick Cooper, y la presente obra. Coautora del trabajo Desarrollo personal del counselor o terapeuta. Fundadora y directora de Senderos del Placer, multimedios sobre sexualidad y vínculos conscientes, y de Campo de conciencia, escuela vincular, que ofrece formación profesional en estas áreas. Budista, amante de los animales y promotora de vínculos saludables animal-humano. Idiomas: español, inglés.

Dirección: veronica@campodeconciencia.com .

Jürgen Kriz

Nacido en 1944. Doctor en Psicología por la Universität Wien. Estudió Psicología, Pedagogía y Filosofía, Astronomía y Astrofísica, en la Universität Hamburg y en la Universität Wien. Enseñó en el Institute for Advanced Studies, Wein, exprofesor de estadística en la Universität Bielefeld y de métodos de investigación en la Universität Osnabrück. Profesor Emérito de Psicología y Psicoterapia Clínica de la Universität Osnabrück. Profesor invitado en universidades (Viena, Zurich, Moscú, Riga y EE.UU.). Fundador de la teoría sistémica centrada en la persona. Psicoterapeuta, supervisor y miembro honorario de varias sociedades de psicoterapia. Autor de *Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*, *Self-actualization: Person-centred approach and systems theory*, otros 21 libros y cerca de 250 capítulos y artículos. Recibió, entre otros, el Viktor Frankl Preis de la Ciudad de Viena por su trabajo de vida en el campo de la Psicoterapia Humanista. Idiomas: alemán, inglés.

Dirección: juergen.kriz@uni-osnabruek.de .

Garry L. Landreth

Doctor en Educación por la University of New Mexico. Profesional licenciado de consultoría y supervisor registrado de terapia de juego. Profesor Regents en el Department of Counseling y fundador y Director Emérito del Center for Play Therapy en la University of North Texas. Internacionalmente conocido por sus escritos y trabajos en la promoción del desarrollo de la terapia de juego centrada en el niño. Orador frecuente en conferencias de la terapia de juego en todo el mundo. Autor de *Play Therapy: The Art of the Relationship* (traducido a varios idiomas). Coautor de *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model* y *Child parent relationship therapy (CPRT) Treatment manual*, y más de 150 artículos y vídeos. Director Emérito de la Association for Play Therapy. Recibió, entre otros, el Lifetime Achievement Award y el Research Award de la Association for Play Therapy, y el Virginia Axline Distinguished Professional Award. Idiomas: inglés.

Dirección: garry.landreth@unt.edu .

Mia Leijssen

Nacida en 1951. Doctora en Psicología por la Katholieke Universiteit Leuven. Profesora de Psicoterapia Centrada en el Cliente/Experiencial/Existencial en el nivel de Máster y en el Postgrado en Psicoterapia de la Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen de la Katholieke Universiteit Leuven. Práctica privada en psicoterapia. Sus intereses de investigación incluyen los dilemas éticos, el sentido y los valores existenciales en psicoterapia, la persona del terapeuta, la espiritualidad y los sueños. Autora de *Gids voor gesprekstherapie*, *Gids beroepsethiek: Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening*, *Leven vanuit Liefde: Een pad naar existentieel welzijn* y *Tijd voor de ziel: Spiritualiteit en zingeving vanuit psychotherapie*. Casada, madre y abuela. Idiomas: holandés, inglés, francés.

Dirección: mia.leijssen@ppw.kuleuven.be .

Germain Lietaer

Doctor en Psicología por la Katholieke Universiteit Leuven. Estudió con una beca post-doctoral de Carl Rogers en el Center for Studies of the Person, 1969-1970. Profesor Emérito de psicoterapia y proceso centrado en la persona/experiencial de investigación en psicoterapia y Director del Programa de Post-master en Psicoterapia Centrada en la Persona/Experiencial de la Katholieke Universiteit

Leuven. Su obra integra nuevas evoluciones y enfoques en una concepción amplia de la psicoterapia centrada en el cliente/experiencial/humanística. Coeditor de *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, *Handbook of Experiential psychotherapy*, *Handboek integratieve psychotherapie* y *Handboek gesprekstherapie: De persoonsgerichte experiëntiële benadering*, ha publicado ampliamente (<http://perswww.kuleuven.be/~u0004824>). Expresidente de la World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling. Idiomas: holandés, inglés, un buen conocimiento pasivo del francés y “fundamentos” del alemán.

Dirección: germain.lietaer@psy.kuleuven.be .

Natalya A. Lindo

Originaria de la isla de Jamaica. Doctora en Consultoría Educacional por la Georgia State University. Profesora Asistente en la University of North Texas. Sus estudios de postgrado le permitieron una variedad de experiencias clínicas con diversos consultantes. Su pasión radica firmemente en la terapia de juego. Se ha especializado en la formación y tiene experiencia en el trabajo con niños y familias, en particular con poblaciones diversas y en riesgo. Sus principales áreas de investigación son la terapia de juego, la terapia relacional hijo padre, la construcción de relaciones maestro niño y la supervisión de consultoría. Ha llevado a cabo proyectos de investigación en escuelas públicas relacionados con la terapia relacional hijo padre y la construcción de relaciones maestro niño. Diez años de experiencia de trabajo con padres e hijos en riesgo por fracaso escolar. Idiomas: inglés.

Dirección: natalya.lindo@unt.edu .

Silvia Lombardi

Argentina. Licenciada en Psicolingüística por la University of Cambridge, donde se familiarizó con el pensamiento de Rogers. Consultora por Holos San Isidro y diferentes especializaciones, tales como Cuidado Paliativo, Grupos, Consultoría Filosófica y Transpersonal. Maestra en Terapia Familiar por la Ashwood University y tres entrenamientos intensivos con Dave Mearns y Elke Lambers. Entrenamiento en el Instituto Laura Gutman, donde trabaja como terapeuta, supervisora y facilitadora (www.lauragutman.com.ar). Consultora, profesora y traductora. Coordinadora de grupos terapéuticos, funciona a través

de Skype con personas de muchos países. A lo largo de su carrera profesional ha tenido mucho interés en el cruce de barreras para encontrarse con los demás, ha traducido documentos de muchos autores de instituciones de formación y revistas. Participa en eventos del enfoque centrado en la persona/experiencial. Vive en Buenos Aires y disfruta de la navegación con su esposo y de ser madre y abuela. Idiomas: español, inglés.

Dirección: silvia_lombardi@hotmail.com .

silvia.lombardi.crianza@gmail.com .

David J. “Dave” Mearns

Bachiller en Psicología Social y Experimental por la University of Glasgow. Después de su arraigo inicial en psicología desarrolló su interés por la terapia centrada en la persona como Visiting Fellow en el Center for Studies of the Person, 1972-1973. Profesor Emérito de Counseling y Exdirector de la Counselling Unit de la University of Strathclyde. Ha escrito siete libros, de los cuales cuatro se han convertido en best sellers. Dos de ellos han sido traducidos y publicados en español por Gran Aldea Editores: *Counseling centrado en la persona en acción* (con B. Thorne) y *Profundidad relacional en counseling y psicoterapia* (con M. Cooper). La Counselling Unit bajo su dirección recibió el Charlotte and Karl Bühler Award de la American Psychological Association. En el retiro, Dave ha asumido el reto de una carrera de escritor diferente, con la primera de una trilogía de novelas escocesas, *Smoky Bacon Crisps: Finding the edge of life*. Información adicional disponible (www.davemearns.com). Idiomas: inglés.

Dirección: dave@davemearns.com .

Maureen O’Hara

Doctora en Psicología por el Union Institute. Profesora de Psicología en la National University y Presidente Emérita de Saybrook University Graduate School. Trabajó con Carl Rogers y ayudó a desarrollar el enfoque centrado en la persona en la psicoterapia y el proceso de grandes grupos. Entrenó terapeutas centrados en la persona y gestalt durante varios años en Brasil. Su último trabajo examinó, entre otros, los problemas psicológicos del cambio climático, el lado oscuro de las organizaciones virtuosas, el papel cultural de la acreditación de la educación superior en el cambio cultural, la relación entre los cambios de la cultura en curso y la adaptación psicológica interna. Coautora de *Em Busca da*

vida y Ten things to do in a conceptual emergency, coeditora de *Handbook of person-centered psychotherapy* y otros libros. Presidente del International Futures Forum-US. Expresidente de la American Psychological Association Division 32 y de la Association for Humanistic Psychology. Idiomas: inglés, portugués. Recibió el Carl Rogers Award de la American Psychological Association.

Dirección: mohara@nu.edu .

Charles J. O’Leary

Doctor en Consultoría por el Union Institute. Terapeuta conyugal y familiar licenciado y supervisor aprobado por la American Association of Marriage and Family Therapists. Estudió en el Center for Studies of the Person durante la residencia Carl Rogers y fue miembro durante muchos años. Profesor de postgrado en terapia conyugal y familiar en la National University y en la San Diego State University. Práctica privada en terapia conyugal y familiar en Denver. Ofrece talleres sobre terapia conyugal y el enfoque centrado en la persona a lo largo de los EE.UU, el Reino Unido, Irlanda e Italia. Autor de *Counseling couples and families: A person-centered approach* (traducido al italiano y japonés) y *The practice of person-centered couple and family therapy*. Casado con Martha Johns y padre de Gwen y Emily. Martha y Emily le van a leer su trabajo en español. Idiomas: inglés.

Dirección: olearychas@aol.com .

Dee C. Ray

Doctora en Consultoría Educativa por la University of North Texas. Supervisora de consultoría profesional licenciada, consultora certificada nacional, supervisora de terapia de juego registrada. Profesora en el programa de consultoría y directora de la Child and Family Resource Clinic de la University of North Texas. Frecuente oradora internacional y nacional sobre terapia de juego. Autora de *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice* y *Child centered play therapy treatment manual*, y más de setenta libros, capítulos, artículos y publicaciones de investigaciones sobre los efectos de la terapia de juego centrada en el niño. Coeditora de la revista *Child Centered Play Therapy Research*. Exeditora del *International Journal of Play Therapy*. Idiomas: inglés.

Dirección: dee.ray@unt.edu .

Carl Ransom Rogers

Nacido en 1902 y fallecido en 1987. Doctor en Psicología Clínica por el Teachers College de Columbia University. Uno de los principales psicólogos y psicoterapeutas del siglo XX. Desarrolló el enfoque no directivo/centrado en el cliente/centrado en la persona para la consultoría y la psicoterapia. Popularizó el término “cliente” para los receptores de ayuda. Responsable, más que cualquier otra persona, de la propagación de la consultoría y la psicoterapia más allá de la psiquiatría y el psicoanálisis a todas las profesiones de ayuda, psicología, trabajo social, educación, pastoral, y otras. Líder en el movimiento de la psicología humanista y en el desarrollo y la difusión de la experiencia de grupo intensivo llamada grupo de encuentro. En sus últimos años, aplicó el enfoque centrado en la persona a la solución de los conflictos intergrupales e internacionales. Primera persona en la historia en registrar y publicar casos completos de ayuda. Condujo y animó a investigar más sobre la consultoría y la psicoterapia que lo que nadie antes lo había hecho. Autor de *Orientación y Psicoterapia*, *Terapia centrada en el cliente*, *El proceso de convertirse en persona*, *Libertad y creatividad en la educación*, *El poder de la persona*, *El camino del ser*, y autor, coautor, editor o coeditor de cerca de otros veinte libros (con decenas de ediciones en varios idiomas), y *The Carl Rogers Reader* (editado por H. Kirschenbaum y V. L. Henderson).

Peter F. Schmid

Doctor en Teología por la Hochschule Linz. Profesor en la Universität Graz y en la Saybrook University Graduate School. Director del Carl Rogers Institut de la Sigmund Freud PrivatUniversität Wien. Codirector de la Academy for Counseling and Psychotherapy. Práctica privada. Colaboró con Carl Rogers en los 1980. Fundador de la formación centrada en la persona en Austria. Autor de diecisiete libros y numerosas publicaciones sobre los fundamentos del enfoque centrado en la persona, su carácter dialógico y temas antropológicos, epistemológicos y éticos. Cofundador y exmiembro de la Directiva de la World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling y la Network of European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counseling. Coeditor fundador de las revistas *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* y *Person*. Recibió el Carl Rogers Award de la American Psychological Association. Información adicional disponible (www.pca-online.net). Idiomas: alemán, inglés.

Dirección: pfs@pfs-online.at .

Alberto S. Segrera

Mexicano, nacido en Cuba. Licenciado en Psicología por la Université Catholique de Louvain. Especialista en Psicoterapia Autodirectiva y Maestro en Educación por la Universidad Iberoamericana. Académico Emérito y Cofundador del Programa de Posgrado en Desarrollo Humano de la Universidad Iberoamericana. Consultor y conferencista internacional. Coordinador General de la Asociación Iberoamericana del Enfoque Centrado en la Persona. Creador de los Foros Internacionales del Enfoque Centrado en la Persona. Director de los Archivos Internacionales del Enfoque Centrado en la Persona. Creador de la Red Iberoamericana Centrada en las Personas. Exmiembro de la Directiva de la World Association for Client-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling. Editor de *Proceedings of the First International Forum on the Person-Centered Approach*. Autor de diversos capítulos y artículos. Vive con su esposa en la Ciudad de México, disfrutando a sus tres hijos y malcriando a sus seis nietos. Idiomas: español, inglés, francés, portugués.

Dirección: asegrera_pro@prodigy.net.mx .

Reinhard Tausch

Nacido en 1921 y fallecido en 2013. Doctor en Psicología por la Universität Göttingen. Profesor Emérito en la Universität Hamburg. Trabajó como psicoterapeuta, formador e investigador. En los 1950 introdujo la psicoterapia centrada en el cliente en los países de idioma alemán y Benelux. Desde entonces y hasta su muerte llevó a cabo investigación empírica sobre la psicoterapia y la educación centradas en la persona. Tausch defendió combinar la terapia centrada en la persona con los métodos de la terapia cognitivo-conductual. Sus trabajos e investigaciones sobre la reducción del estrés, la enfermedad y la muerte, la construcción de relaciones centradas en la persona dentro de las escuelas y el proceso de aprendizaje experiencial influyeron generaciones de docentes y son ampliamente apreciadas por los profesionales de idioma alemán. Autor de *Lebensritte: Umgang mit belastenden Gefühlen* y *Hilfen bei Streß und Belastung*, coautor de *Psicología de la educación: Encuentro de persona a persona* y *Psicoterapia por la conversación: Conversaciones empáticas individuales y de grupo*, y muchos otros libros, capítulos y artículos.

Margaret S. Warner

Doctora en Ciencias del Comportamiento por la University of Chicago. Completó su formación clínica en terapia centrada en el cliente y trabajó muchos años en el Chicago Counseling and Psychotherapy Center (continuación del Counseling Center de la University of Chicago fundado por Carl Rogers). Profesora en el programa de psicología clínica de la Argosy University. Sus intereses de investigación incluyen la psicoterapia centrada en el cliente, la psicoterapia con clientes que experimentan perturbaciones extremas, los grupos centrados en el cliente, los grupos de diversidad y la teoría centrada en la persona. Ha escrito extensamente sobre la teoría centrada en la persona con especial énfasis en el proceso “difícil” del consultante. Coeditora de *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice*. Idiomas: inglés.

Dirección: mswarner@ripco.com .

Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales

Fundamentos, perspectivas y aplicaciones



Esta obra brinda a los consultores y psicoterapeutas iberoamericanos:

- algunos clásicos del enfoque centrado en la persona disponibles en castellano por primera vez;
- una muestra del estado del arte sobre los enfoques centrados en la persona y experienciales en consultoría y psicoterapia hasta ahora no disponibles en castellano;
- nuevas perspectivas que representan la diversidad geográfica internacional, incluyendo la región cultural iberoamericana;
- trabajos sobre una amplia variedad de desarrollos y aplicaciones sobre temas y modalidades producidos por profesionales que cultivan diferentes matices teóricos dentro de la comunidad centrada en la persona; y
- un amplio marco acerca de cómo estos diversos desarrollos, perspectivas y aplicaciones concuerdan entre sí y se complementan.

ISBN 978-987-1301-74-4



9 789871 301744