

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,  
EVALUACIÓN  
Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD DE VALENCIA**

**EL CONCEPTO DE  
IDENTIFICACIÓN  
DE ALFRED KORZYBSKI:  
INCIDENCIA EN EL PROCESO  
TERAPÉUTICO**

**TESIS DE DOCTORADO PRESENTADA POR:  
D. MANUEL RAMOS GASCÓN**

**DIRECTORA DE LA TESIS :  
PROFESORA DRA. D<sup>a</sup>. ISABEL CARO GABALDA.**

**VALENCIA, 1996.**



UMI Number: U607380

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607380

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.  
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against  
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC  
789 East Eisenhower Parkway  
P.O. Box 1346  
Ann Arbor, MI 48106-1346



Índice

D.532 208  
L.532 217

BID. T1557

Primera parte.

UNIVERSIDAD DE VALENCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BIBLIOTECA
Reg. de Entrada nº 9015
Fecha: 19-11-96
Signatura P-7454

I

I) INTRODUCCION. ....	2
II) MARCO HISTORICO EN EL QUE APARECE LA OBRA DE ALFRED KORZIBSKI. ....	6
1) Panorama de las distintas ciencias. ....	12
1.1. En Física. ....	12
1.2. En Matemáticas. ....	14
1.3. En Biología. ....	17
1.4. En Psicología. ....	18
1.4.1. Relación de la Psicología con las demás ciencias. ....	27
1.4.1.1. Puntos de coincidencia. ....	27
1.4.1.2. Puntos de discrepancia. ....	29
III) LA TEORIA DE LA SEMANTICA GENERAL DE ALFRED KORZYBSKI. ....	31
1) Evolución de la obra de Alfred Korzybski. ....	31
2) Influencias en su pensamiento. ....	32
2.1. Experiencias vitales. ....	32
2.2. Influencias procedentes de distintos campos del conocimiento. ....	34
2.2.1. Procedentes de la Física. ....	35
2.2.2. Procedentes de la Medicina. ....	35
2.2.3. Procedentes de la Lógica. ....	36
2.2.4. Procedentes de la Matemática y de la Geometría. ....	36
2.2.5. Procedentes de la Filosofía. ....	37
2.2.6. Procedentes de la Psiquiatría. ....	37
2.2.7. Procedentes de la Psicología. ....	37
2.3 Visión de la ciencia que propone Korzybski. ....	38
3) Algunas definiciones de Semántica General. ....	41



---

3.1. Korzybski (1933). .....	41
3.2. Johnson (1946). .....	42
3.3. Hayakawa (1953). .....	43
3.4. Bois (1957).....	43
3.5. Lauer (1969).....	43
3.6. Caro (1990). .....	44
3.7. Rasgos característicos de algunas definiciones de Semántica General. ....	44
3.8. Hacia una definición de Semántica General. ....	46
3.9. Conclusiones. ....	46
4) Principales conceptos de la Semántica General. ....	48
4.1. Concepto de Abstracción. ....	49
4.1.1. Concepto de 'hecho' (fact). ....	52
4.2. Concepto de Estructura-Relación-Orden. ....	53
4.3. Concepto del organismo como un todo en relación con un ambiente. ....	55
4.4. Concepto de Time-Bindling. ....	56
4.5. El papel que desempeña el lenguaje. ....	57
4.6. Concepción de las tres premisas básicas. ....	60
5) Diferencias entre los sistemas aristotélico y no-aristotélico. ....	62
6) Innovaciones que aporta el pensamiento de Alfred Korzybski. ....	68
6.1. Principales Innovaciones en el campo de la Psicología. ....	68
6.2. Principales Innovaciones en el campo de la Psicoterapia. ....	71
6.3. Algunos de los autores en los que ha influido Korzybski. ....	73
7) Conclusiones. ....	74

---

<b>IV) EL CONCEPTO DE IDENTIFICACION.....</b>	<b>80</b>
1) Definición de <b>Identificación</b> de Alfred Korzybski. ....	80
2) Otras definiciones de <b>Identificación</b> . ....	81
2.1. Johnson .....	81
2.2. Pula.. .....	82
2.3. Chisholm. ....	82
2.4. Payne. ....	83
3) Rasgos distintivos del concepto de <b>Identificación</b> . ....	83
4) Papel que juega el concepto de <b>Identificación</b> en la obra de Alfred Korzybski. ....	86
4.1. Respecto de la primera premisa. ....	86
4.1.1. La simbología, un producto de la Humanidad. ....	92
4.1.2. El proceso de <b>Identificación</b> en relación a la Morfofostasis y a la Morfogénesis. ....	94
4.1.3. El organismo como un todo en relación con un ambiente, una forma de ver el ser humano. ....	96
4.1.4. A modo de conclusión. ....	104
4.2. Respecto de la segunda premisa. ....	105
4.2.1. El Diferencial Estructural un modelo particular para representar el proceso de abstracción. ....	107
4.2.2. Relación entre la ausencia de conciencia de abstracción y algunas 'psicopatologías' mencionadas en los manuales. ....	109
4.2.3. Rasgos más destacables del modelo/mapa que la persona elabora de su experiencia problemática. ....	110
4.2.4. La conciencia de abstracción. ....	113
4.2.5. Relaciones entre las dos primeras premisas. ....	114
4.3. Respecto de la tercera premisa. ....	117
4.3.1. Siempre es posible establecer una nueva relación para incorporar al mapa una nueva diferencia. ....	118
4.3.2. Significación de esta premisa en el marco de la Psicoterapia. ....	119

4.4. Aspectos más característicos y relación entre las tres premisas. ....	120
4.5. En el conjunto de su obra. ....	122
5) Fundamentos de la confrontación del proceso de <b>Identificación</b> . ....	123
5.1. Teóricos. ....	124
5.2. Epistemológicos. ....	124
6) Postulados 'ideales' en los que habría de asentarse el proceso de <b>Identificación</b> para no favorecer los modos de vida problemáticos. ....	125

### Segunda parte.

INTRODUCCION.....	129
V) LA PSICOTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROCESO DE IDENTIFICACION. ....	133
1) Un concepto de psicoterapia desde esta perspectiva. ....	134
2) Un acercamiento cualitativo al proceso terapéutico. ....	135
VI) LA FASE PREVIA A LA INICIACION DEL PROCESO TERAPEUTICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROCESO DE IDENTIFICACION. ....	138
1) Algunas experiencias a las que el paciente alude en referencia a esta fase. ....	140
1.1. Percepción de diferencias. ....	140
1.2. Toma de conciencia. ....	143
1.3. Lo 'normal' vs. lo 'anormal'. ....	145
2) La incertidumbre y la ambigüedad como camino hacia la terapia. ....	147
2.1. La falta de fundamento de la experiencia. ....	148
2.2. La búsqueda de la certidumbre como obstáculo para iniciar la terapia. ....	150
2.3. No hay conflictos parciales. ....	152
2.4. Todo trastorno tiene su historia. ....	154
2.5. Ambivalencias que experimenta el futuro paciente. ....	156

---

2.5.1. Tendencia a la búsqueda de ayuda. ....	156
2.5.2. Evitación de la búsqueda de ayuda. ....	157
3) Cómo llega la persona a la conclusión de que necesita terapia. ....	159
3.1. Incidencia de las vías que conducen al paciente a la Psicoterapia. ....	160
3.2. Planteamientos que el paciente sostiene que le conducen a iniciar la Psicoterapia. ....	162
3.4. Referentes del paciente para la elaboración de ese 'modelo' fantaseado. ....	167
4) La toma de conciencia como camino para tener Conciencia del Conflicto. ....	171
4.1. Toma de conciencia. ....	172
4.2. Conciencia del Conflicto. ....	176
5) Vías de solución que considera accesibles. ....	180
6) Presupuestos bajo los que solicita la Terapia. ....	184
7) Consideraciones que se pueden hacer desde la óptica del proceso de <b>Identificación</b> . ....	188
7.1. Relación con los puntos expuestos en este apartado. ....	188
<b>VII) FASE INICIAL DEL PROCESO TERAPEUTICO</b> .....	194
<b>a) EN LA PRIMERA ENTREVISTA.</b> .....	194
1) Algunas consideraciones desde la perspectiva de la confrontación del proceso de <b>Identificación</b> . ....	196
2) Terapeuta y Paciente: Dos modelos del mundo y dos mundos. ....	199
2.1. La complementariedad de roles como clave del contexto y de la relación terapéuticos. ....	201
2.1.1. La asignación de roles como estructura de la relación terapéutica. ....	202
2.1.2. Complementariedad de los 'conocimientos' que terapeuta y paciente poseen. ....	205
2.1.3. El respeto como muestra de reconocimiento de la 'sabiduría' del otro. ....	206

---

2.2. Construcción y co-construcción de la relación terapéutica.....	209
2.2.1. El modelo del mundo (mapa) como campo en el que podemos incidir. ....	210
2.2.2. La creación conjunta del contenido de la sesión como clave de un contacto plagado de diferencias y sugerencias de cambio. ....	212
2.3. La conversación terapéutica como construcción de las bases para el cambio. ....	215
2.3.1. La adopción de una actitud de 'conversación con' por parte del terapeuta como una forma de prevención de la aparición de los riesgos del proceso de <b>Identificación</b> . ....	217
2.3.2. Incidencia de la codificación en la expresión. ....	218
2.4. La peligrosa influencia de la idea de 'objetividad' base del pensamiento 'occidental'. ....	223
2.4.1. El concepto de 'enacción' una formulación superadora de la idea de 'objetividad'. ....	228
2.5. Algunas consideraciones desde la perspectiva de la confrontación del proceso de Identificación. ....	230
3) Las expectativas del Terapeuta y del Paciente como fuente de encuentro/desencuentro. ....	232
3.1. Expectativas desde la posición del terapeuta. ....	234
3.1.1. La 'epistemología' como un filtro en la construcción de la relación terapéutica. ....	236
3.1.2. Expectativas de los terapeutas según el enfoque en el que están encuadrados. ....	237
3.2. Expectativas desde la posición del paciente. ....	239
3.3. Las expectativas del terapeuta y paciente como fuente de distorsión del proceso terapéutico. ....	240
3.4. Superación de las expectativas de terapeuta y paciente. ....	242
4) El discurso del paciente y del terapeuta, la expresión de cómo cada cual ha construido su modelo del mundo. ....	244
4.1. La función del lenguaje. ....	246
4.1.1. El lenguaje como muestra de la construcción del modelo del mundo. ....	248
4.1.2. El discurso como construcción de la experiencia. ....	250

---

4.2. El discurso como fuente de conocimiento para uno mismo y para el otro. ....	254
5) La búsqueda de un área de contacto, una tarea compartida entre terapeuta y paciente. ....	257
5.1. Lo que teóricamente le corresponde a cada uno en la sesión terapéutica. ....	260
5.2. Cuando cada uno es congruente es posible el contacto. ....	261
5.3. Algo que el terapeuta debe recordar: La problemática del paciente pertenece a una realidad de segundo orden. ....	265
6) Cuando 'oir' no es suficiente. La presencia del proceso de Identificación como explicación de los problemas. ....	267
6.1. Cómo escuchar. ....	267
6.2. El 'lugar' del paciente un buen punto de observación para el terapeuta. ....	270
7) Conclusión. ....	274
8) Beneficios de la confrontación del proceso de <b>Identificación</b> en esta fase de la psicoterapia. ....	275
b) RASGOS QUE CARACTERIZAN LA FASE INICIAL DEL PROCESO TERAPEUTICO. ....	278
1) Objetivo principal en esta fase del proceso terapéutico. ....	278
2) Conocimiento de la problemática que el paciente quiere abordar; la realidad de segundo orden. ....	281
2.1. La aparición de la 'resistencia' una muestra más del proceso de <b>Identificación</b> . ....	283
2.2. Algunos de las condiciones que permiten al terapeuta conocer la problemática del paciente y que éste sea útil en la terapia. ....	285
3) Las expresiones del paciente, una clave para que el terapeuta pueda entender cómo el paciente contribuye a que le pase lo que le pasa. ....	289
3.1. Primacía del lenguaje. ....	292
3.2. Detección del tipo de lenguaje del paciente. ....	294

---

3.3. Conclusiones que se desprenden. ....	297
4) Qué percibe el terapeuta y qué no como expresión de su propio mapa. ....	298
4.1. Sesgo que conlleva el enfoque terapéutico al que el terapeuta pertenece. ....	301
4.2. El modo en que el terapeuta conceptualiza el problema que expresa el paciente, una forma de ver. ....	305
5) Tareas fundamentales que el terapeuta ha de llevar a cabo. ....	307
6) Dificultades para la comunicación terapeuta-paciente si no se toma en consideración el proceso de Identificación. ....	310
7) Los objetivos que persigue el paciente con la terapia, lo que el terapeuta le puede proporcionar, una clave del éxito terapéutico. ....	314
7.1. La búsqueda de metas 'utópicas', como una forma de entorpecer la consecución de metas 'posibles'. ....	317
8) Concreción de las metas terapéuticas y de las vías para alcanzarlas. ....	320
8.1. Algunos rasgos comunes en los diferentes enfoques de terapia relativos a las técnicas empleadas para conseguir alcanzar las metas propuestas. ....	324
8.2. Criterios para seleccionar las metas en psicoterapia. ....	326
8.3. El aprendizaje 'especial' que toda psicoterapia tiene como meta. ....	328
8.4. Algunas consideraciones respecto de la concreción de metas en psicoterapia. ....	330
9) Beneficios que puede proporcionar el confrontar el proceso de Identificación al formular las metas terapéuticas. ....	334
<b>VIII) FASE INTERMEDIA DEL PROCESO TERAPEUTICO</b> .....	341
1) El proceso terapéutico como muestra de la posibilidad de cambio. ....	348
2) Características de la comunicación entre terapeuta y paciente. ....	354
2.1. Hábitos disfuncionales de comunicación que son patentes en el discurso del paciente. ....	358
2.2. La atención a la comunicación no-verbal como complemento imprescindible para una comunicación eficaz. ....	363

---

3) Similitudes y diferencias entre la relación terapéutica, y las relaciones cotidianas del paciente. ....	365
3.1. Similitudes y diferencias en el contexto. ....	366
3.2. Similitudes y diferencias en el diálogo. ....	368
3.3. Similitudes y diferencias en la relación. ....	371
4) Permanencia y cambio en la dinámica de las sesiones, la demostración práctica de la evolución personal. ....	377
5) La detección del proceso de <b>Identificación</b> como muestra de los bloqueos del paciente. ....	385
6) Modos de superar terapéuticamente los bloqueos a través de la confrontación del proceso de <b>Identificación</b> . ....	389
6.1. Las expresiones del paciente como punto de partida. ....	390
6.2. La frontera persona-ambiente lugar en el que se juntan la experiencia interna y lo observable para otros. ....	391
6.3. La integración por parte del paciente de lo que experimenta en terapia, un referente para conseguir la superación del proceso de <b>Identificación</b> . ....	393
6.4. El 'aquí y ahora' de la sesión, espacio tiempo en el que se fragua el cambio. ....	395
6.5. El uso de 'técnicas' en terapia, como una forma de favorecer el cambio del paciente. ....	397
6.6. Los 'experimentos' que el terapeuta propone, una vía para superar la <b>Identificación</b> . ....	401
6.7. Objetivos que el terapeuta persigue con los 'experimentos' que le propone al paciente. ....	403
6.8. Características que deben reunir las propuestas del terapeuta para que sea de utilidad el desarrollo de un 'experimento'. ....	405
7) Cómo y cuándo finaliza esta fase. ....	407
<b>IX) LA FASE FINAL DEL PROCESO TERAPEUTICO</b> .....	409
1) Rasgos característicos de esta fase. ....	409
2) Aportaciones de la confrontación del proceso de <b>Identificación</b> en esta fase. ....	412
3) Valoración y significación de las metas alcanzadas. ....	413
3.1. Para el Paciente. ....	416



---

3.2. Para el Terapeuta .....	421
3.3. Cuando a la finalización del proceso terapéutico no se han alcanzado las metas propuestas. ....	424
4) La finalización del proceso terapéutico. ....	426
4.1. Cuestiones a tener en cuenta. ....	428
5) Los temores del paciente como última muestra de su modo de efectuar el proceso de <b>Identificación</b> . ....	429
6) Comprobación de cómo los cambios van más allá de los aspectos concretos a los que se había circunscrito. ....	431
7) La despedida como marco final en el que se pueden comprobar los beneficios de la confrontación del proceso de <b>Identificación</b> . ....	435
X) RESUMEN Y CONCLUSIONES .....	440
ANEXOS .....	462
BIBLIOGRAFIA .....	472

## AGRADECIMIENTOS

A **Rosa**, mi mujer, que con su presencia me ha demostrado la posibilidad de no vivir dos días 'idénticos'.

\*

A **mis padres**, que con su ejemplo me han enseñado las cosas auténticamente importantes de la vida.

\*

A la Dra. **D<sup>a</sup>. Isabel Caro** sin cuya paciencia, apoyo y profundos conocimientos esta tesis no hubiera pasado de ser un proyecto nunca finalizado.

\*

A mis compañeras **Toña y Maite**, del Instituto de Terapia Gestalt de Valencia, que han llevado con paciencia y resignación mis estados de ánimo, que en algunos momentos eran difíciles de soportar, y en especial a **Ana**.

\*

A **Gusi** que me facilitó la colaboración de **Fina y Tomás**, quienes, con su trabajo, han hecho posible la existencia física y legible de esta tesis.

\*

A mis maestros que me han transmitido la curiosidad y el saber.

\*

A todas aquellas personas que, con su actitud, me han dado un ejemplo de creatividad en el vivir.

\*

Al **Sanford I. Berman Scholarship Committee** que con la concesión de una de sus becas me proporcionó un gran impulso y motivación en mi trabajo en esta tesis.

"Si (como el griego afirma en el Cratilo)  
el nombre es arquetipo de la cosa,  
en las letras *rosa* está la rosa  
y todo el Nilo en la palabra *Nilo*."

(Jorge Luis Borges. *Antología poética 1923/1977*.)

\*

"El hombre del asombro acaba viendo que el último saber es que nada sabe,  
acaba en la cultura y la humildad."

(Juan Rof Carballo. *Cerebro interno y sociedad*.)

\*

"Por lo que atañe al cuerpo, es evidente que hay, si no más, al menos tantos  
enfermos imaginarios como reales; por lo que atañe a la mente, hay, si no  
muchísimos más, al menos tantos sanos imaginarios como reales."

(G. C. Lichtenberg. *Aforismos*.)

# Primera parte

---

---

## I) INTRODUCCION.

---

Cuando me propuse realizar mi tesis doctoral y comencé el proceso de seleccionar un tema, no tuve ninguna duda. La Semántica General de Alfred Korzybski, con la que había conectado de forma esporádica y muy concreta en mi trayectoria de formación como terapeuta y que volví a encontrarme de forma más profunda y amplia durante los cursos de Doctorado, me pareció el campo que más se adaptaba a mis intereses.

Una vez escogido de forma general el marco en el que me proponía investigar, comenzó un proceso más arduo en cuanto al aspecto concreto que quería abordar.

El campo de la Semántica General de Korzybski se presentaba ante mí con un carácter paradójico. De un lado era un área muy concreta de trabajo, el mundo de las diferencias entre la experiencia del ser humano en su vivir y el modo en que éste llegaba a valorarlo de cara a experiencias posteriores. Sin embargo por otra parte tenía que determinar en qué plano de esa experiencia de vida quería centrarme. Determinar un plano concreto suponía ir en contra de lo que Korzybski propone como base de su pensamiento.

No se puede dividir el mundo con el que las personas estamos en contacto. La consideración que tanto Korzybski como los autores más avanzados dentro del campo de la psicología y psicoterapia proponen, del ser humano<sup>1</sup> considerado como un todo en relación con su ambiente (Bateson, Varela, Maturana, etc...) supone una conceptualización que en cierta forma limita la posibilidad de tomar en consideración aspectos parciales sin desvirtuar el conjunto al que se estudia.

---

<sup>1</sup> Un ejemplo de la conceptualización que la Semántica General hace del ser humano nos lo brinda Bois (1957) cuando afirma: «El hombre puede ser descrito como un organismo electroquímico que piensa, siente, se mueve en continua interacción en un espacio-tiempo ambiental».

Tras muchas dudas llegué a una conclusión que en cierta forma me parecía que superaba esa paradoja. El tema había de tener unas características especiales.

En primer lugar debía de centrarse en un "proceso", en algo que todas las personas hicieran en todas las facetas de su vida. Se trataba pues de encontrar un proceso común que los seres humanos llevaran a cabo en su vida y que independientemente del plano vital en el que lo efectuaran siempre estuviera presente.

En segundo lugar deseaba que supusiera una aportación novedosa, no tanto en el sentido de un gran descubrimiento, para el que no pensaba ser la persona más idónea, sino más bien el retomar algo que dejado en el olvido en los estudios de Psicología/ Psicoterapia fuera de importancia capital en la labor a desarrollar por los psicoterapeutas.

En tercer lugar deseaba evitar, en lo posible, el entrar en el terreno de la discusión entre enfoques terapéuticos, que en mi opinión necesariamente recoge la visión parcial de cada uno de los enfoques y muchas veces esto hace que no se puedan tomar en consideración los aspectos válidos que cada enfoque tiene.

Todas estas premisas me conducían a un tema que de una u otra manera debía estar a un nivel de significación más elevado que el de una mera hipótesis de trabajo parcial, sin que por ello supusiera que no iba a tener incidencia en la práctica de la psicoterapia. Trataba de poner en práctica la afirmación de Bateson (1991) : "...los problemas de la ciencia de la conducta han cambiado. Desde ahora la teoría de esas ciencias ha de centrarse inevitablemente en la forma antes que en el contenido.(...) La nueva ciencia ha de formarse basándose en ideas profundamente no físicas: la naturaleza de la relación existente entre el nombre y la cosa nombrada, la naturaleza de los sistemas recursivos y la naturaleza de la diferencia."

Por ello decidí tomar como tema el proceso de **Identificación**

que Alfred Korzybski planteaba, puesto que reúne, a mi juicio, todas las características anteriormente enunciadas.

Como más adelante expondré, este proceso hace referencia a una constante confusión que las personas solemos sufrir entre la significación que nuestra experiencia interna tiene para nosotros y la 'proyección' que hacemos de esta significación sobre el entorno en el que nos desenvolvemos en nuestra vida cotidiana.

La estructura de esta tesis está concebida como un recorrido que, partiendo de la obra de Korzybski y tomando en consideración el momento histórico y el marco científico en el que aparece, expone el papel que el concepto de **Identificación** juega en el conjunto de su obra. Seguidamente se aborda lo que aporta en los diferentes períodos del proceso psicoterapéutico. Para ejemplificar los diferentes puntos expuestos, y a lo largo de toda la tesis, se incluyen fragmentos y comentarios de un caso. Con esto se muestran los trabajos realizados en el marco de las sesiones de psicoterapia. Podemos así comprobar mas claramente la mejora que puede suponer en la labor terapéutica el que el terapeuta, en un principio, y el paciente, posteriormente, como fruto del proceso de la psicoterapia, incorporen en sus actitudes y modos de vivir la vida los hábitos tan saludables que la confrontación del proceso de **Identificación** supone.

Creo que la utilidad de lo que en esta tesis se expone va mucho más allá de uno u otro enfoque psicoterapéutico. El que se centre más en el 'cómo' que en el 'qué' es lo que la convierte en una aportación que podemos denominar como más allá de la división de enfoques psicoterapéuticos. Precisamente por esto es por lo que tanto a lo largo del texto como observando la bibliografía nos vamos a encontrar con referencia a obras de autores de muy diversos enfoques y paradigmas.

No quisiera que se interpretara esta variedad de referencias como un intento de mostrar una posición ecléctica, puesto que ese no es el objetivo de mi tesis. Mas bien desearía que este detalle contribuyera a resaltar, todavía más, si ello es posible, mi objetivo.

Me estoy centrando en una conceptualización, la de **Identificación**, como la referencia a un proceso que efectúan las personas desde el mismo momento en que intentan conocer lo que experimentan. Por tanto en el marco de la psicoterapia, de la relación entre un terapeuta y un paciente, puede aparecer independientemente del enfoque en el que el terapeuta se incluya.

Es en definitiva el intento de focalizar en un riesgo en el que, salvo que lo tomemos en cuenta, podemos caer cualquier ser humano y, cómo no, cualquier terapeuta.

En mi formación como terapeuta ha sido algo, que junto con la elaboración de esta tesis he podido ir incorporando a mi forma de trabajar y a mi manera de conceptualizar lo que, desde mi perspectiva, acontece en la sesión terapéutica. El peligro de confundir, de 'identificar' lo que observo y cómo lo valoro con lo que el paciente observa, cómo lo valora y cómo lo expresa.

Tal vez el sesgo de estar inicialmente adscrito al modelo existencial y en especial al Enfoque Gestalt ha contribuido a que haya llamado mi atención lo fácil que es caer en el error de considerar 'idénticos' palabra y experiencia. Precisamente por ello he ido ampliando mis intereses y sobre todo mis lecturas hacia enfoques y puntos de vista que enriquecían lo inicialmente intuido. Desde ahí es desde donde cabe entender esta tesis en la que espero reflejar que el 'todo' de lo aprendido es más que la suma de las 'partes' que he ido aprendiendo.

A mi entender todos aquellos instrumentos que el terapeuta pueda incorporar a su labor que le permitan un mayor nivel de contacto/comprensión con sus pacientes son un factor de incremento de la utilidad de su trabajo. Para mí, sin ninguna duda, lo que implica el confrontar, a base de tomarlo en consideración, el proceso de **Identificación** tal y como lo plantea Korzybski, supone, convertirlo en una 'herramienta', por llamarlo de algún modo, de incalculable valor tanto para el terapeuta como par el paciente durante el proceso terapéutico, al menos tal y como lo he podido comprobar.



## **II) MARCO HISTORICO EN EL QUE APARECE LA OBRA DE ALFRED KORZYBSKI**

---

La comprensión de la obra y las ideas que propone cualquier autor, requieren de una referencia al periodo histórico y cultural en 1954 el que ese autor ha elaborado su pensamiento y las coincidencias y diferencias que con su entorno establece.

En el caso de la obra Alfred Korzybski podemos afirmar, sin ningún género de dudas, que supone un fruto característico de su tiempo y a la vez la cristalización en un mismo autor de una amplia gama de tendencias que apuntaban hacia un cambio profundo en la forma de conceptualizar tanto el método científico como al ser humano y el modo en que éste se desenvuelve en el mundo. Estas circunstancias pueden ser algunas de las claves que nos permitan entender el marcado carácter mesiánico de muchos de sus postulados. Dado lo innovador de su forma de pensar y de conceptualizar el mundo, parece inevitable que en sus proposiciones encontremos a menudo una rotundidad excesiva.

Entrando en el marco histórico de su época (Bernal 1954), lo primero que llama la atención es que la intensidad e importancia del conjunto de nuevos hallazgos científicos desde el siglo XIX fue superada por la movilización que en el primer tercio del siglo XX se produjo en los presupuestos básicos de la ciencia. Podemos hablar de una auténtica revolución científica. Supone un proceso de acercamiento a los hechos con una nueva perspectiva teórica que favoreció la aceleración del ritmo de progreso científico.

Uno de los rasgos destacables que caracterizó a la ciencia del primer tercio del presente siglo fue el abandono del criterio numérico, que no del matemático, que la había distinguido a lo largo del siglo XIX. Se produce un cambio en el foco de la atención de los científicos de los diferentes campos (D'Abro, 1927). El interés por la medición y el número va disminuyendo a favor de un incremento en el interés por la estructura.

Conceptos que aportaban medios para una mejor forma de

organizar el conocimiento, en el campo de las ciencias sociales, como las aportaciones del Psicoanálisis, se comienzan a reconocer como científicas, aunque difícilmente se prestan a la medición o se pueden comparar.

El científico no se preocupa con la misma intensidad que en el siglo anterior de la acumulación de mediciones numéricas, y sí cada vez más del conjunto de relaciones lógicas y empíricas, las conexiones entre los diferentes fenómenos y la estructura de la red de conexiones.

No se puede hablar de un abandono de la cuantificación en el trabajo científico, pero sí de un cambio en la significación de todo lo relacionado con las mediciones. De ser un fin en sí mismas pasan a ser un medio del trabajo que va más allá. *Se subordina lo cuantitativo a la estructura en que se organiza.*

Otra idea que subyace al conjunto de la evolución científica en el siglo XX, es la de *discontinuidad*, que quedó establecida en la medida que los diferentes avances técnicos permitieron constatar la discontinuidad de la división atómica de la materia. Estos avances de la física ratificaron definitivamente que no tenía sentido hablar, desde un principio, de la posibilidad de obtener un conocimiento completo y exacto.

Precisamente la asimilación de que lo 'natural' contiene elementos esenciales de azar e irreversibilidad (Prigogine, (1972-1982), que no llegó hasta el siglo XX, es la que permite reconocer que en un universo en el que la materia y la energía son atómicas, hay un límite para la exactitud de cualquier descripción. Cualquier afirmación se basa en una aceptación del criterio de distribución estadística de los sucesos.

Congruentemente con todo lo dicho hasta ahora, y como una profundización en el intento de conseguir cada vez una mayor sintonía entre lo que era objeto de estudio del conjunto, es decir la 'realidad', y las hipótesis y/o afirmaciones que se hacían acerca de ella, aparece *la idea de incertidumbre* en el campo de la física.

La importancia de la influencia que se deriva de la aceptación del *principio de incertidumbre* para otros campos más allá de la propia Física es indiscutible. Aunque se refiere al comportamiento de las partículas a nivel ultramicroscópico, estos son el tipo de sucesos que se producen en los nervios y en el cerebro, en el ordenamiento de los átomos en los cromosomas o en como se desenvuelve la materia en condiciones extremas de calor o frío.

Esta forma de considerar la realidad cambió la dinámica de pensamiento predominante en el siglo XIX. Una ley de la naturaleza ya no era un conjunto rígido de enunciados en los que tras la descripción de una causa que se conocía de antemano se podía predecir un efecto definido y determinado. El determinismo no es aplicable más que a situaciones sencillas e idealizadas que no son representativas de la 'realidad' que nos rodea (Prigogine, 1.988).

Lo que en el siglo XX se consideraba como probable, y se daba por válido, hubiera sido considerado como la aceptación de la ignorancia en el siglo anterior. Esta idea de 'probabilidad' devolvía una dosis de humildad a los hombres de ciencia que en el siglo XIX se consideraban en el umbral de un conocimiento casi 'total'.

Asumida la idea de incertidumbre a partir del primer cuarto del siglo XX, se excluía la metafísica del contexto científico, y los trabajos se centraban en el objetivo de describir el mundo en un esquema o lenguaje ordenado que hiciera posible las investigaciones posteriores. En resumen se puede afirmar que la ciencia comenzó a considerarse como un modo de describir la 'realidad', dejando para otras disciplinas la aplicación práctica de sus teorías.

Llegados a este punto hemos de añadir otro elemento que caracteriza a la ciencia de este siglo. Un mayor número de científicos se preocupó al cobrar conciencia de que el gran progreso del conocimiento había dejado un vacío entre el sujeto conocedor y la realidad a la que se enfrenta (Pappenheim, 1959). Hubo entonces de tenerse en cuenta, necesariamente la toma en consideración

de la relación existente entre el científico y lo que observa<sup>2</sup>. Se abandonó la consideración del observador como alguien que no interfiere en el desarrollo de la investigación. Esto conlleva el que no se pueda hablar de la 'realidad' como entidad aislada y aislable independiente en sí misma al margen del observador. Reconocer la complejidad, hallar instrumentos para describirla y efectuar una relectura dentro de este nuevo contexto de las relaciones cambiantes del hombre con la naturaleza son los problemas de los que se ocupan los científicos de la época (Prigogine, 1972-1982).

La ciencia pasó a ser una actividad, una serie de operaciones que tenían que ser realizadas por seres humanos. Lo que el científico encontraba no podía ser separado de sus operaciones. La aceptación de esta situación fue uno de los elementos que hicieron posible la elaboración de nuevas percepciones de la realidad. Los científicos avanzaron en una comprensión más profunda de la estructura del mundo al no intentar aislar los hechos de la naturaleza de las operaciones con las que se pretendía conocerlos. Los planes y métodos de investigación están necesariamente determinados por las opiniones, a menudo inconscientes de los hombres de ciencia sobre la clase de objetos y fenómenos que habrán de investigar (Bateson, 1991).

Otro de los aspectos característicos que la ciencia comienza a presentar es su marcada tendencia a la *abstracción*, como indica Pearce (1968): «para los científicos (la teoría de la relatividad) supuso la destrucción de la mayoría de sus presupuestos teóricos; para los filósofos significó el fin de una época en que los descubrimientos científicos podían ser explicados en términos verbales y mediante modelos mecánicos, así como el comienzo de un difícil aprendizaje para descifrar teorías que violan el sentido

---

<sup>2</sup> Tenemos como ejemplo la afirmación de Bohm (1980, pg. 56): «En vez de decir: 'un observador mira un objeto' podemos decir con más propiedad: 'se está produciendo una observación dentro de un movimiento no dividido (ni divisible) que incluye esas abstracciones que solemos llamar 'el ser humano' y 'el objeto' que él está observando.»

común y sólo pueden ser expresadas «matemáticamente».

De hecho, esta abstracción implica la puesta en tela de juicio de uno de los mecanismos que, cuando se ha utilizado de una forma rígida más han perjudicado al desarrollo de la ciencia en determinados momentos: la **identificación** tal y como la formula Korzybski. Proceso éste, contra el que ya intentaba Newton (1687) prevenir a los científicos cuando en sus *Philosophiae Naturales Principia Mathematica* (Principios matemáticos de la filosofía natural) escribía: "De aquí que las cantidades relativas no son las cantidades mismas cuyo nombre llevan, sino aquellas medidas sensibles de ellas (exactas o inexactas) que por lo común se utilizan en lugar de las cantidades que constituyen el objeto de la medida. Y si el significado de las palabras viene determinado por el uso de las mismas, entonces por los nombres del tiempo, espacio, lugar y movimiento habrá que entender, en sentido propio, sus medidas (sensibles); y la expresión será poco usual, a la par que puramente matemática, si lo que se trata de designar son las cantidades mismas objeto de la medida. Por esta razón, quienes interpretan estas palabras como las cantidades medidas violan la exactitud del lenguaje, cuya precisión es necesario mantener. Y en igual medida profanan la pureza de las verdades matemáticas y filosóficas quienes confunden las cantidades reales con sus relaciones y medidas sensibles." (reproducido en Pearce 1968, pg.23 ).

Sin entrar en el modo de expresión de Newton, fruto de su contexto histórico, queda claro que la 'identificación' entre lo que se observa y se mide y la formulación que se le da ya era considerada por este autor como un lastre en el plano científico.

En resumen podemos concluir que los aspectos más innovadores del marco científico del primer cuarto del siglo XX se podrían concretar en:

A) En lugar del principio cuantitativo se busca el concepto de estructura y las relaciones en el seno de lo observado.

B) Se pasa del principio lineal de causa-efecto, a una concepción

probabilística cuyas predicciones siempre están rodeadas de un halo de incertidumbre.

C) La impersonalidad del trabajo científico se ve sustituida por la incorporación de las operaciones efectuadas por el investigador como parte inseparable del experimento.

El científico abandona su trabajo al servicio de una verdad inhumana y sin contacto con el mundo cotidiano, pasando a ser una actividad esencialmente humana y de marcado carácter personal, con la que crea una comprensión del mundo por medio de la proyección de su propia mente. Como apunta Bateson (1991): «Cuando el investigador comienza a indagar una esfera desconocida del universo, el fondo de su tubo de ensayo tiene siempre sus raíces en sus propias partes vitales».

Tenemos pues que considerar el cambio paradigmático que se está produciendo en el campo de la ciencia en esta época. Se vuelve la vista hacia el ser humano con una humildad que no había sido palpable en años anteriores. Como sostiene Cahen (1953, pag. 378): "(El hombre) ha de tomar conciencia de su inexistencia en cuanto a rasero del universo; pero al mismo tiempo ha de admitir que la aprehensión de un mundo físico supone un observador, indefinido si se quiere, impersonal, pero que sirve de sujeto al verbo conocer."

En todo el entramado de la obra de Korzybski es patente la insistencia y el hincapié que hace en la necesidad de tener en cuenta siempre la incorporación del concepto de persona y ambiente como algo indisoluble. Con mayor razón lo hace cuando el terreno sobre el que estamos incidiendo es el de la concepción 'científica' y del papel que el científico juega en ella.



## **1) Panorama de las distintas ciencias.**

Veamos a continuación una exposición más detallada del panorama en algunas de las ciencias más evolucionadas en esta época. El que lo hagamos de este modo se justifica por el intento de hacer más comprensible, y en cierta medida más argumentado, el cambio que en la concepción de la persona y su relación con el mundo supone la Semántica General.

### **1.1. En Física.**

La visión de la naturaleza que aportaron los físicos a partir del 1.900 supuso un enriquecimiento y ampliación que iba mucho más allá de lo que pudieran haber imaginado los científicos del siglo XIX. En modo resumido centraremos los cambios en algunos de los aspectos más destacados.

El primero de ellos fue el descubrimiento de la nueva estructura del átomo. Se comprobó que, el átomo que se suponía como componente último de la materia, y que se consideraba indivisible tenía una estructura formada por componentes agrupados. Partiendo de esto se descubrió el neutrón, lo que daba pie a disponer de una partícula que podía bombardear el núcleo del átomo sin ser rechazada por repulsión eléctrica. Era ya posible pensar en entrar en el núcleo atómico, y así hacerlo inestable, forzándole a liberar la considerable energía que le mantenía unido. Se había pasado de la estructura indivisible del átomo del siglo XIX, a la posibilidad no sólo de estudiar y describir, sino de destruir y descomponer al átomo del siglo XX.

Un descubrimiento que hizo tambalear muchas de las concepciones que habían sido válidas desde la época de Newton fue la relatividad. En pocas palabras, se puede resumir como, el cambio de consideración respecto del espacio y del tiempo. De ser considerados como absolutos, como hizo Newton, pasaron a ser considerados como relativos. Por así decirlo, no existe un aquí y ahora universales, que pueda ser definido de una manera abstracta o impersonal, sino que más bien cada uno posee el suyo propio, y

no podemos referirnos a una 'objetividad' absoluta.

La publicación por parte de Einstein, en 1.905, de sus trabajos acerca de la relatividad, daba paso a una concepción distinta de la realidad que suponía abrir un vasto campo de investigación.

En otro orden de cosas se descubrió que la energía no era, como se había supuesto en el siglo XIX, continua y completamente indivisible, sino que estaba formada por unidades separadas y que no podían ser subdivididas, los cuantos. A esta nueva concepción contribuyó fundamentalmente Max Plank . Esto suponía un nuevo enigma, en la medida que la luz podía entonces ser descrita como compuesta por partículas separadas, ¿cómo es que se conducía como una onda? A esto se encargó de contestar Max Born en la década de los veinte, afirmando que las ondas de luz son ondas de probabilidad. Dichas ondas indican donde tenemos más posibilidades y donde menos de localizar un fotón.

El principio de incertidumbre, de indeterminación (Heisenberg<sup>3</sup> citado por Capra, 1975; 1982. Weinberg, 1959), que por parte de los científicos del siglo XX se fue aceptando, iba mucho más lejos que la imposibilidad de alcanzar un instrumento perfecto de medición. Se hubo de llegar a admitir que era prácticamente imposible elaborar una teoría que describiera con exactitud los acontecimientos a nivel atómico y, que a la vez, hiciera posible que esta teoría se ajustase al molde clásico del pensamiento lineal de causa-efecto. Recordemos la afirmación de Einstein citado por Korzybski (1933. pag. 66): «En mi opinión cuanto más se refieren las leyes de las matemáticas a la realidad menos ciertas son, y cuanto mas ciertas son menos se refieren a la realidad».

En el campo de la Física se plasmó con claridad meridiana el nuevo espíritu que se incorporaba a las ciencias en general.

---

<sup>3</sup> Heisenberg citado en Capra, 1975. pg.57) escribe: «Deseamos hablar de alguna manera sobre la estructura de los átomos...Pero no podemos hablar de los átomos en lenguaje corriente.»



Cada investigación significaba el cuestionamiento de certezas intocables hasta poco tiempo antes. Por otra parte el nuevo modo de ver el mundo implicaba la siembra de amplias dudas, algunas de las cuales tendrían contestación más adelante quedando otras todavía sin resolver en la actualidad.

## 1.2. En Matemáticas.

Como en el campo de las ciencias ningún cambio que afecte a una de las disciplinas deja indiferente al resto de ellas, y como en una gran medida todas están inmersas en un contexto socio-cultural e histórico muy semejante, las matemáticas también fueron sensibles al gran número cambios que se estaban produciendo. En cierto modo las Matemáticas eran el soporte para la investigación en Física, por lo que la 'nueva física' necesitaba de unas 'nuevas matemáticas'. Comenzó entonces a hacerse más patente el interés de los matemáticos por temas como la discontinuidad y la probabilidad. Aunque había diferencias según los países, hubo lugares en los que los matemáticos habían desarrollado, con anterioridad a las necesidades de los físicos, una serie de teorías que resultarían posteriormente de gran utilidad. Las características más destacadas de la matemática del siglo XX en cuanto a sus áreas de interés las podemos encontrar siguiendo a Ware y cols (1966).:

A) *Enfoque estadístico* : Si bien el inicio del estudio de la probabilidad y la estadística cabe ubicarlo en el Renacimiento, es a partir de 1.900 cuando aparecen los principios y conceptos básicos en los que se fundamenta el razonamiento estadístico. Basándose en los trabajos de C.F. Gauss (1.777-1855), los principales protagonistas del desarrollo estadístico, entre los que cabe citar a A.A. Markov (1.856-1922), A. Liapunov (1.857-1918), K. Pearson (1.857-1936), R.A. Fisher, entre otros, profundizaron en el intento de aportar instrumentos de investigación para otras ciencias. Lo fundamental de sus trabajos se refería a fenómenos que pueden ser descritos, y la mayor parte de las veces explicados, de modos

diferentes, lo cual lleva implícito el tener que emitir un juicio y optar por la descripción y/o explicación que parezca ajustarse mejor a los hechos. La aportación de la estadística no es el emitir juicios sino proporcionar técnicas e instrumentos que permitan ir restringiendo el campo del juicio y orientar las decisiones a tomar mediante el suministro de una base cuantitativa sólida.

Así por ejemplo, la estadística tiene su campo de aplicación, principalmente, en aquellas áreas del conocimiento y la investigación en las que los fenómenos y las explicaciones no están bien delimitados, como por ejemplo la eficacia de un tratamiento psicológico, la incidencia de determinadas enfermedades, etc.. (Ware, F. y cols. 1966).

Las técnicas estadísticas suponen un modo de obtener resultados positivos en campos donde existe una gran variabilidad.

B) *Nuevos conceptos de estructura*: Influidos por las ideas de la estadística, y con la incorporación de la flexibilidad de criterios que de aquella se desprendían, los matemáticos comenzaron a mostrar un interés creciente en las conexiones lógicas y las relaciones generales que se podían describir geométricamente. Diversas escuelas hicieron su aparición, cabe destacar entre ellas, la escuela italiana encabezada por Corrado Segre (1.863-1.924), que partiendo de las tesis de H. Grassman (1.809-1.877), efectuó trabajos sobre las propiedades de espacios no-euclidianos, y las funciones algebraicas que sobre ellos se pueden construir. Otros geómetras todavía avanzaron más allá del conjunto de restricciones que hasta entonces había supuesto la concepción euclidiana del espacio. Teniendo como figura más destacada a Henri Poincaré, efectuaron multitud de trabajos en el campo de la topología, la conversión de la superficie de una figura en otra, que se reveló como una de las parcelas de mayor interés en la matemática moderna. Al mismo tiempo fueron estudiadas las propiedades locales y de escala menor de estructuras no-euclidianas partiendo de los trabajos de F.B. Riemann (1.826-1.866). Estos últimos trabajos proporcionaron la base para el desarrollo del cálculo diferencial, el cual fue esencial para la fundamentación matemática de las investigaciones y

teorías sobre la relatividad.

Todo este conjunto de trabajos permitió un cambio en la consideración de las matemáticas. De ser una serie de números unidos por ecuaciones, pasó a ser entendida como una serie de estructuras transformadas unas en otras por medio de operaciones.

C) *Lógica y matemática*: Al igual que en la física se puso en tela de juicio la idea de espacio y tiempo como absolutos, en la matemática se cuestionó la concepción de que los números son cosas en sí mismos. Los matemáticos comenzaron a reconocer los números enteros como descripciones de relaciones entre las cosas. Los números tenían que ser elaborados y definidos como relaciones. Esta tarea la llevó a cabo entre otros G. Peano (1.858-1932). Partiendo de esas concepciones, A.N. Whitehead (1.861-1.947) y B. Russell (1.872-1971) fueron más allá, e intentaron establecer toda la matemática como una nueva expresión formal de relaciones lógicas. Aportaron luz sobre muchas de las presunciones en los cimientos de las matemáticas. Por otra parte mostraron la necesidad de un análisis mucho más profundo de la expresión simbólica del pensamiento, se haga ésta en el lenguaje o por medio de otros símbolos.

Como un elemento significativo del espíritu que estaba presente en las matemáticas de esta época, baste citar los trabajos de K. Gödel, quien contra la postura de la completa axiomatización de la matemática, mostró que dado un sistema lógico, tal sistema es incompleto por no ser decidible en él cuanto menos un enunciado o teorema, con lo que respondió a la pregunta formulada por D. Hilbert (1.862-1943) acerca de la posibilidad de que hayan proposiciones que no puedan ser probadas ni refutadas en un sistema de axiomas como el de Euclides, por ejemplo. La contestación afirmativa que llevó a cabo Gödel en 1.931, supuso eliminar unos de los cimientos básicos de las matemáticas. Ni más ni menos que acabó con la idea de verdad y falsedad basadas en

una mera consistencia formal.

### 1.3. En Biología.

Aunque la espectacularidad de los avances en el campo de la biología fue menor, sus consecuencias, sin embargo, tuvieron un gran alcance y a largo plazo fueron el origen de un cambio de perspectiva de una gran profundidad. La biología comenzó a interesarse en mayor medida por la observación más allá del límite de lo 'visible' (Portmann, 1960). Varias son las áreas de la biología que tomaremos en consideración siguiendo a Ware y cols. (1966):

A) *Genética* : Partiendo de los trabajos de G.Méndel (1.822-1.884), los cuales habían sido ignorados en su momento, comenzó a prestarse atención al modo en que la evolución había podido fijar características y formar nuevas especies. Alrededor del año 1.900 H. de Vries (1.848-1935) continuó en la dirección iniciada por Mendel y demostró que las combinaciones siempre variantes de viejos y nuevos determinantes genéticos tienen repercusión en el éxito reproductor de sus portadores. Se puede afirmar, por tanto, que ese es el material sobre el que la selección natural opera.

B) *La naturaleza de la materia viva*: El estudio de este campo ha sido siempre objetivo interesante para los biólogos.

Una de las ramas que se instauró con mayor influencia fue la bioquímica, cuyo origen cabe situarlo en el estudio de los factores químicos que influyen en el desarrollo de las células.

El descubrimiento de los cromosomas y los genes, los cuales se manifestaron como compuestos químicos, permitió profundizar todavía más en el terreno de la transmisión hereditaria, y en las influencias que sobre estos elementos podían tener factores ambientales del tipo rayos X, gas mostaza, etc...

El estudio sobre los virus dió actualidad a la discusión sobre la transición de materia inerte a ser vivo. Se encontraron muchas pruebas de que la actividad de los virus no residía en su estructura

química.

Los estudios sobre el ADN y su influencia en el campo de la genética humana se llevaron a cabo a partir de la mitad del siglo XX, período que no vamos a considerar en esta somera descripción del panorama científico, por quedar fuera de la época que consideramos que es el primer tercio de siglo.

#### **1.4. En Psicología.**

La reseña acerca del estado de la Psicología en el primer tercio del siglo XX, la vamos a llevar cabo a través de unas pinceladas de cada uno de los enfoques más importantes o de mayor vigencia durante ese periodo. Ni que decir tiene que no va a ser una exposición exhaustiva a nivel histórico, más bien se pretende recoger un conjunto de rasgos y autores de cada escuela, como modo de establecer un marco en el que la aparición de la Semántica General pueda ser vista junto con sus coetáneos.

Puede darse el caso, por tanto, que se observe una cierta parcialidad a la hora de seleccionar tanto autores como escuelas.

El criterio de importancia de las escuelas es absolutamente personal, aunque influido por la consulta de diversas obras de Historia de la Psicología. También se ha sopesado que estuvieran presentes los enfoques de mayor relieve en el panorama actual de la Psicología, que como indica el título de esta tesis recogen, cada uno desde su óptica, diferentes aspectos del pensamiento de Korzybski.

Los conocimientos de psicología/psiquiatría de Korzybski estaban mediatizados, como más adelante se expone, por su incardinación en el contexto sociohistórico en el que desarrolló su obra.

Aunque es bien cierto, como se pretende demostrar en este escrito, que gran cantidad de enfoques han recogido planteamientos suyos, aunque no siempre llegan a hacer una mención clara del autor que propuso esas tesis.

El conjunto de enfoques que vamos a considerar son: Estructuralismo, Funcionalismo, Psicoanálisis, Reflexología, Gestalt, Conductismo Clásico.

Vamos a recurrir a una de las obras más recientes publicadas en nuestro país. Me refiero a la «Historia de la Psicología» del Profesor Luis García Vega, aparecida en 1.989. Del resumen didáctico que aparece en este texto son la mayoría de las referencias y detalles que a continuación se enumeran. Vamos a utilizar la división por escuelas que en dicho texto se recoge, puesto que supone un modo muy útil y claro de exposición.

**A) ESTRUCTURALISMO:** En términos generales, las investigaciones de esta escuela las podemos situar en el terreno de lo puramente teórico y estructural, ya que ése era el terreno en el que, según sus principales autores, debía desenvolverse cualquier disciplina científica, y se pretendía que la Psicología alcanzara esa posición con pleno derecho.

*Representantes:* Las figuras más destacadas de esta escuela son:

- \* Wilhelm Wundt (1.832-1.920).
- \* Edward B. Titchener (1.876-1.929)
- \* Oswald Külpe (1.862-1915) (Creador de la escuela de Wurzburg)

*Método:* En esta corriente, la introspección es el único medio que se considera válido para estudiar la mente, que es, según Wundt, el objeto de la Psicología. Ahora bien, la introspección, para poder ser considerada científica, ha de cumplir los requisitos del método experimental. Debe, por tanto, llevarse a cabo bajo un estricto control de las variables que intervienen en el experimento y un entrenamiento adecuado del sujeto de experimentación, para que aprenda a llevar a cabo las introspecciones y a comunicar de un modo adecuado a los demás los resultados de las mismas. Entre el método inicialmente planteado por Wundt (interrupción del experimento en un momento determinado para saber que es lo que le sucede al sujeto) y el propuesto por la escuela de Wurzburg (realizar el experimento de forma continuada) surgieron

discrepancias.

*Principios.* Esta corriente se desenvuelve, preferentemente, a un nivel exclusivamente teórico, lo cual es congruente con el deseo de alcanzar el status científico para la Psicología. Se consideraba que descender al terreno de la aplicación práctica era una misión de la tecnología y no del quehacer científico.

El punto de partida de esta corriente es la experiencia sensorial, y según qué autores aparece una mayor o menor dosis de asociacionismo. El intento de consagrar a la Psicología como una ciencia independiente de las demás, es uno de los pilares básicos de esta escuela, que mantiene una perspectiva elementalista y estructural.

**B) FUNCIONALISMO:** Como una consecuencia lógica del sistema de vida americano aparece esta escuela, en la que es palpable su interés por el aspecto funcional y pragmático de la Psicología.

La preocupación fundamental es saber cómo adaptarse mejor y dominar el medio, cómo progresar y triunfar.

*Representantes.* Como en toda estructuración de un conjunto de autores, existen algunos más plenamente identificables con los criterios que definen la escuela y otros no tanto. Lo que sí es cierto que reúnen unos rasgos comunes que permiten identificarlos como unidos por un marco teórico. Dentro del enfoque funcionalista los autores más significativos son:

- \* William James (1.842-1910) fundador de la corriente funcionalista.
- \* G. S. Hall (1.84-1.924)
- \* J. Mc Cattell (1.860-1.944)
- \* John Dewey (1.859-1.952)
- \* H. A. Carr (1.873-1.954)

*Método:* El funcionalismo acepta cualquier metodología científica siempre y cuando sus resultados sirvan para algo. Es destacable la incorporación de las diferentes técnicas psicométricas

que habían sido desarrolladas en Europa. Empezaron a utilizarse los animales como sujetos de estudio (laberintos de Thorndike). Incluso algunos de los psicólogos de esta escuela siguen utilizando la metodología de Wundt de autoobservación experimental.

*Principios.* Congruentemente con el nombre que la define, esta escuela centra su interés en la funcionalidad y resultado práctico del acto de conciencia. Sus investigaciones se desarrollan en el terreno del evolucionismo de los procesos psicológicos, en los que el ambiente juega un papel primordial y preponderante. En el seno de esta escuela, un concepto que jugó un papel de especial importancia fue el propuesto por James de 'hábito', en el que propugnaba la posibilidad de que el organismo respondiera con más precisión y rapidez y además liberaba la mente de la mayor parte de las actividades cotidianas automáticas para poder dedicarse a actividades superiores. La adaptación del organismo al ambiente es uno de los propósitos más anhelados por esta escuela.

**C) PSICOANÁLISIS:** Pocas escuelas de pensamiento y de psicología habrán ejercido una influencia mayor que la que el psicoanálisis ha supuesto desde su aparición. A partir de los principios enunciados por su fundador Sigmund Freud la mayor parte de la psicología posterior ha estado influenciada, ya sea por activa ya por pasiva, por sus ideas y planteamientos.

La concepción del ser humano como un ser que evoluciona en su desarrollo biopsicológico a través de una serie de etapas, teniendo cada una de ellas unas exigencias concretas (Erickson, 1950), ha supuesto uno de los marcos más fecundos de pensamiento. El concepto de inconsciente asestó un mazazo, a la hasta entonces casi intocable perspectiva del hombre como ser que controlaba todo su pensamiento. Supuso derribar el último bastión del antropocentrismo que le permitía al hombre considerarse el punto central de toda referencia, al igual que en otros planos habían supuesto el descubrimiento de que la Tierra no era el centro del universo, y de que el hombre provenía de la evolución de otros seres inferiores.



*Representantes:* Si en otras escuelas es difícil el concretar el grado de adhesión de cada uno de los autores, en este caso la labor es casi imposible. Ya desde el mismo momento de sus primeras publicaciones, la obra de Freud, favoreció la aparición de un grupo de seguidores, y un caldo de cultivo para autores que de uno u otro modo iban constituyéndose en disidentes al mismo tiempo que enriquecían y ampliaban el pensamiento inicial de Freud. Aún así es imprescindible señalar a algunos:

\* Alfred Adler (1.870-1.937).

\* Carl G. Jung (1.875-1.961).

*Método:* Tratar de resumir en unas breves líneas la metodología psicoanalítica es una tarea no sólo imposible sino ilusoria, dado que la riqueza, variedad y diversidad de matices incluso dentro de los métodos por cada autor es inabarcable.

Dicho esto convendría no perder de vista que lo que a continuación se expresa no es más que una breve reseña.

El psicoanálisis propugnado por Freud y sus seguidores trata de ayudar al neurótico a que tome conciencia y reviva de un modo no traumático cierto tipo de experiencias pasadas por medio del fomento y la interpretación de la libre narración de los sueños (Jung, 1928, 1964) y por la interpretación de los actos fallidos, chistes, olvidos, etc..

Este presupuesto general es llevado a la práctica por cada uno de los autores incluidos en esta escuela con diferentes matices que les hacen distintivos de la corriente que luego ellos van a crear.

*Principios:* Uno de los cambios que supuso el modo de pensamiento, análisis e intervención propuesto por el psicoanálisis fue el abandono de la creencia de que la actividad del hombre podía ser explicada en términos de la lógica de la razón. No hace falta ser muy agudo para comprobar que, hoy en día, al igual que

en el momento en que Freud comenzó su actividad, las acciones de los seres humanos no parecen responder a un modo de pensamiento demasiado racional. Freud sentó toda su concepción partiendo de la base del inconsciente como punto de apoyo. La energía del aparato psíquico está originada en los instintos. Una vía para el desarrollo y la resolución de los conflictos del ser humano es la interpretación de los fenómenos. Se busca siempre el conflicto primigenio o la génesis de cualquier fenómeno.

**D) LA REFLEXOLOGIA DE PAVLOV:** Aunque incluido dentro del marco de la Psicología soviética, y, no siendo el único que cabe incluir en la escuela reflexológica, Pavlov es por sí mismo la figura que marcó todo el desarrollo en el campo del condicionamiento clásico. De hecho los trabajos de Pavlov aún están presentes en métodos de investigación en la ex-Unión Soviética. De otro lado la influencia de Pavlov en la aparición del conductismo y en el posterior estudio del aprendizaje es de una gran amplitud.

I. P. Pavlov (1.849-1936), recibió el Premio Nobel en 1.904. Sus trabajos en neurofisiología, aparecen reflejados, entre otros escritos, en dos obras de gran interés, y que fueron muy apreciadas en su momento, a saber: *Lecciones sobre el trabajo de los hemisferios cerebrales* (1.924) y *El reflejo condicionado* (1.934).

*Método:* el condicionamiento es una técnica que permite descubrir el proceso para conseguir que a un estímulo se dé una respuesta que no le pertenece. Por medio de la repetición de una secuencia se explica cómo se forman muchas de las conductas.

*Principios:* El modelo que propone Pavlov es científico-objetivo, ya que se centra única y exclusivamente en variables o factores del mundo exterior, huyendo de llevar a cabo cualquier tipo de interpretación idealista o animista del comportamiento.

Otro de los principios es el fisiologismo, ya que explica toda la conducta desde la actividad nerviosa superior. También es reduccionista al afirmar la sumisión del hombre a las leyes de la naturaleza. Es elementalista en la medida que recurre al

condicionamiento como elemento esencial a la hora de explicar el comportamiento de los organismos. También es asociacionista, puesto que el condicionamiento es una de las versiones más depuradas del aprendizaje por contigüidad. Y por último, es marcadamente evolucionista puesto que defiende el valor adaptativo del reflejo condicionado.

**E) PSICOLOGIA DE LA GESTALT:** A consecuencia de las discrepancias que ciertos autores manifiestan con el modelo analítico, atomista y estructural propugnado por Wundt, y con el apoyo que les supone la postura fenomenológica de Husserl, aparece en Alemania esta escuela, encabezada por Max Wertheimer.

Se comienza a considerar al fenómeno psicológico como un todo, que si analizamos en partes podemos llegar a una situación en la que haya perdido su identidad. La labor del psicólogo, según los gestaltistas, es recibir y estudiar los fenómenos psicológicos tal y como aparecen en la experiencia cognitiva sin pretender analizarlos o descomponerlos en sus partes o elementos integrantes.

*Representantes:* La fundación de esta escuela se puede fechar en 1.912, y los autores más representativos son:

- \* Max Wertheimer (1.880-1.943) fundador.
- \* Kurt Koffka (1.886-1941)
- \* Wolfgang Köhler (1.887-1967)
- \* Kurt Lewin (1.890-1947)

*Método:* Se oponen al análisis del todo por medio de sus partes o elementos como proponía Wundt. El principio de totalidad sirve de pauta a todos los experimentos. Partiendo del isomorfismo entre forma y estructura de la realidad física y la estructura de la impresión que se produce en el sistema nervioso, se llevan a cabo experimentos con estructuras físicas para comprender el reflejo necesario que resulta a nivel psicológico.

Esto permite la enumeración de leyes periféricas de la percepción que posteriormente serán útiles en otros muchos campos.

*Principios:* Los componentes de esta escuela mantiene una

postura innatista que podemos encontrar expresada en la idea de isomorfismo de las estructuras físicas-fisiológicas-psicológicas, y sobre todo en la tendencia innata a captar las cosas como un todo. Proponen el conocimiento fenomenológico e ingenuo de la realidad, y le dan un auténtico valor científico.

**F) EL CONDUCTISMO CLASICO:** El obstáculo que les supuso a los funcionalistas para responder en la práctica con muchos de los conceptos que utilizaban, debido a lo subjetivo y difícil de controlar de muchos de ellos, fue la base desde la que arrancó el conductismo encabezado J. Watson. Comenzó el enfoque con la defensa de que la Psicología debía trabajar tan solo con variables objetivas y observables. Teniendo como objetivo el control científico de la conducta de los organismos, toma como modo de llevarlo a cabo el modelo del reflejo condicionado propuesto por Pavlov y Bechterev.

Dentro de esta escuela, que va a ser también, una de las importantes del siglo XX vamos a considerar sólo el trabajo de John Watson y Edward L. Thorndike ya que los avances y evolución del conductismo en toda su intensidad quedan fuera del periodo que aquí reseñamos.

*JOHN B. WATSON* (1.878-1.958). La defensa de sus posiciones la podemos encontrar reflejada en un artículo publicado en 1.913 bajo el título *La psicología tal y como la ve un conductista*, en él propone ya el reflejo condicionado como una forma científica de estudiar la conducta.

*Método.* Para el conductismo el único método válido es la observación sistemática, prolongada y controlada de algún hecho, pero de forma que se puedan controlar objetivamente las variables, tanto estímulos como respuestas. Ya a partir de 1.916, el esquema Estímulo-Respuesta y la concepción del condicionamiento como origen de todas las conductas se reafirma como elemento distintivo del conductismo.

*Principios.* Se pueden distinguir varias características básicas en la obra de Watson, como por ejemplo el objetivismo, puesto que dada la importancia de la precisión en sus trabajos solo se pueden utilizar variables objetivas. También muestra un reduccionismo mecanicista al sostener que todo comportamiento, ya sea el de un animal o el de un hombre, está regido por leyes tan estrictas como las que rigen una máquina. El determinismo ambientalista es otro de los rasgos del conductismo, ya que es el ambiente el que contiene todos los estímulos que ha recibido cada uno a lo largo de su vida. El último principio conductista que recogemos aquí es el evolucionismo pragmatista, que supone a la conducta la cualidad de que sólo es interesante en cuanto que favorece la adaptación al ambiente.

*EDWARD L. THORNDIKE* (1874-1949) Los fundamentos de su teoría, según indica Wolman (1960), fueron fisiológicos y reduccionistas. Thorndike creía firmemente, por lo menos en la etapa inicial de sus estudios, que los descubrimientos psicológicos deben y pueden relacionarse con el sistema nervioso.

La extensa obra de Thorndike partía de la suposición de que las conexiones entre los nervios son las que van a determinar el flujo de la corriente nerviosa, que, en definitiva, es la que controla todas las funciones psicológicas. La concepción de Thorndike sobre los seres vivos era la de que su función vital es la adaptación, y esta sólo se consigue a través del aprendizaje.

En cuanto a su explicación del aprendizaje la lleva a cabo en base a las conexiones nerviosas entre estímulo y respuesta. Este autor enunció diversas leyes del aprendizaje, siendo la más importante en cuanto a la influencia que ejerció sobre los psicólogos de generaciones posteriores, especialmente los conductistas, la Ley del Efecto, en la que se afirmaba, que en el aprendizaje las acciones en las que se ha alcanzado el éxito son recordadas, y las que no han dado fruto se eliminan. Además de la Ley del Efecto, Thorndike formuló otras leyes sobre el aprendizaje, aunque de hecho son una consecuencia de aquella.

Algunas de ellas fueron: Ley de la disposición, Ley de la

preparación, Ley de la mutación asociativa, Ley de la asimilación, Ley de la prepotencia de los elementos, etc...

Aunque muchos de los intentos de Thorndike por efectuar una síntesis entre objetivismo y principio del placer, reduccionismo y mentalismo no le permitieron enunciar una teoría consistente, no cabe la menor duda que su influencia en las generaciones posteriores de psicólogos fue de una gran importancia. Es indiscutible que su figura es una de las que sobresale en la Historia de la Psicología.

#### **1.4.1. Relación de la Psicología con las demás ciencias**

Debido a la diversidad de enfoques que presenta la Psicología del primer tercio del siglo XX, resulta bastante difícil concretar los puntos de coincidencia y discrepancia de la Psicología con las demás ciencias. Aún así podemos elaborar algunas ideas generales, las cuales nos van a permitir entender, en mayor medida la aparición de la Semántica General.

##### **1.4.1.1. Puntos de coincidencia.**

Parece bastante obvio que la coincidencia temporal en la aparición de innovaciones en los planteamientos de las diferentes ciencias supone una inevitable ósmosis entre las diferentes disciplinas. No podía ser menos en el campo de la Psicología. El intento de hacer de la Psicología una disciplina científica no fue ajeno a las claves que configuraban la ciencia en su momento.

Si bien habría que mencionar un cierto retraso a la hora de incorporar los avances epistemológicos provenientes de las otras ciencias. Una de las explicaciones que permiten comprender este retraso nos la propone Seoane (1985), cuando refiriéndose a la intención de la Psicología de alcanzar una posición como ciencia afirma que la obsesión por el método, así como por una aplicación rígida en exceso de la racionalidad científica, parecía estar vacía de contenido. En alguna forma se puede entender que en la

medida en que la Psicología trataba de incorporar métodos que le dieran el espaldarazo como ciencia perdía contacto con su objeto de estudio, y cuando trataba de permanecer en contacto con su objeto de estudio, el ser humano, ella perdía rigor científico.

Tal vez cabría señalar como rasgo distintivo de las coincidencias entre la Psicología y las demás ciencias, la preocupación por objetivar tanto el conocimiento como el método de investigación utilizado. En un principio se intenta, de acuerdo con las corrientes más importantes dominantes en la Física de la época, el estudio de los 'elementos' constitutivos de la mente humana (estructuralismo).

La preocupación por la aplicación en la práctica de los avances de la ciencia también penetra en el campo de la Psicología (funcionalismo). Se pretende que el conocimiento cada vez más profundo del ser humano sirva para una mejora en la comprensión de los problemas que aquejan a las personas. La intención de optimizar el rendimiento de los seres humanos en las diferentes tareas a las que se enfrenta en una sociedad tan cambiante como la de primeros de siglo, hace que la Psicología tenga que incorporar avances tecnológicos de otros campos. Esto conlleva el tener que asimilar presupuestos ajenos a la Psicología, y realizar un esfuerzo para mantener una mínima congruencia.

En Braunstein (1975), encontramos un indicio acerca de esta cuestión cuando escriben: «La postura actualmente dominante en vastos sectores de la enseñanza universitaria, coherente con una concepción epistemológica continuista de la actividad científica, consiste en sostener que una disciplina científica se define como tal según el procedimiento que utiliza. Si el método puede ser calificado de científico se supone, entonces, que sus resultados también deberán serlo.»

La tarea que se le demanda a la Psicología como ciencia, supone un aumento del ritmo de las investigaciones y éstas han de ser objetivas, como sinónimo de 'científicas', lo cual conduce hacia dos direcciones opuestas en su evolución. De un lado la tendencia

a objetivar al máximo posibilita la aparición del conductismo, el cual responde a todas las características de objetivismo, pragmatismo y posibilidad de experimentación. Del otro lado, nos encontramos la tendencia hacia el terreno más 'acientífico', según el paradigma de la época, el estudio del inconsciente, lo no aprehensible con instrumentos 'objetivos', el psicoanálisis, que supone un giro copernicano en cuanto a la consideración del campo de estudio de la Psicología.

Esta situación hace que la Psicología desarrolle, de una parte, un conocimiento parcializado, 'elementalizado', objetivo y 'científico' de su objeto de estudio, y de otra, un conocimiento más focalizado en el interior del ser humano. Podemos observar un claro paralelismo con el desarrollo de la Física, la ciencia por excelencia, una vía se dirige hacia el exterior la astrofísica y el estudio del Universo, y otra hacia el interior, el estudio de las partículas constitutivas del átomo.

Otra de las coincidencias, que en mi opinión son más observables en el proceso y la estructura de las innovaciones que en el contenido de las mismas, es el cambio que se produce a la hora de llevar a cabo lo que Bateson (1972) denominaría la 'puntuación de los hechos', ya no está centrada toda la atención y el interés en lograr el título de 'científica' por la metodología sino por la capacidad de describir y conectar la experiencia humana.

En esta línea, enfoques como la Psicología de la Gestalt, del mismo modo que la Semántica General, incorporan la idea de 'relación' y comienzan sus estudios centrándose más en una visión de conjunto, de la realidad como un 'todo'. Este nuevo enfoque se desarrolla paralelamente con la aparición del nuevo paradigma de la Física, que hoy en día está dando lugar a concepciones mucho más holísticas de la realidad. Esta idea de globalidad también fue uno de los puntos en los que se apoyó la Semántica General como más adelante veremos.

#### **1.4.1.2. Puntos de discrepancia.**

En el terreno de la discrepancia entre la Psicología y las otras



ciencias hay que considerar una de las contradicciones que la Psicología ha tenido que arrastrar a lo largo de su historia, con mayor o menor fortuna según épocas.

La Psicología tiene como objeto de estudio, ya sea parcializada o globalmente, al ser humano. Esto supone la inevitabilidad de ser reflexiva, es decir, el ser humano estudia al ser humano, y esto le conecta con todas las contradicciones que la Humanidad como género ha ido experimentando. A partir de ahí todo intento de estudio, investigación y/o conocimiento supone, de una forma mucho más acusada, que las concepciones del investigador van a condicionar las vías de exploración (Merani, 1976). Un párrafo clarificador respecto de este dilema lo podemos encontrar escrito por C. Ginzburg (1983 pag. 137) cuando afirma : "Llegados a este punto, había dos enfoque posibles: sacrificar la comprensión del elemento individual para alcanzar un nivel más o menos riguroso, mas o menos matemático, de generalización; o bien, desarrollar, aunque sólo fuera de una manera tentativa, un paradigma alternativo basado en la comprensión científica (que aún estaba por definir) de lo individual. El primer enfoque sería el de las ciencias naturales, y sólo más tarde el de las llamadas ciencias humanas o sociales. La razón es obvia. La probabilidad de descartar las características individuales es directamente proporcional a la distancia emocional del observador."

Tal vez podamos afirmar que, la gran discrepancia que la Psicología tuvo, y quizás todavía tiene que afrontar, sea la de aceptar la gran cantidad de limitaciones del conocimiento humano a la hora de investigarse a sí mismo y al hombre como sujeto agente. La imposibilidad de llegar a un conocimiento de la 'totalidad' de los fenómenos que investiga. Esta discrepancia tuvo como fruto una aportación que todas las demás ciencias deben a los psicólogos. La incorporación del investigador como una variable más a tener en cuenta en toda investigación. La consideración como una parte importante de cualquier experimento al ser humano que lo lleva a cabo. Este punto supone devolver la humildad que estaba ausente en muchas ciencias, y que tan necesaria es para poder llevar a cabo una mayor comprensión del mundo en el que vivimos.

### III)

## LA TEORIA DE LA SEMANTICA GENERAL DE ALFRED KORZYBSKI

---

### 1) Evolución de la obra de Alfred Korzybski

Según Caro (1985) históricamente la teoría de Korzybski pasó por las siguientes etapas :

1) Formulación de la capacidad de «enlazar el tiempo» (Time-binding), lo que nos introduce en la noción de la estructura relacional del mundo.

2) Llevó a cabo un análisis de lo que hacía la gente como «enlazadora de tiempo» viendo que lo más perfecto eran las matemáticas, pues al matematizarse hacían patrones estructurales que se aplicaban a los problemas de la vida humana.

El estudio de la estructura nos introduce en los problemas de la relación mundo-lenguaje .

3) Finalmente cristalización del método físico y matemático en los niveles psicológicos de evaluación. Es decir los órdenes de abstracción<sup>4</sup>.

En el 'Anexo A' *Obras de Alfred* se exponen de forma cronológica los diferentes escritos publicados. La fecha que se les atribuye es la fecha de publicación. La de presentación cuando es diferente, va detrás entre paréntesis. No obstante, también se

---

<sup>4</sup> Según Korzybski (1933, pg. 377 ysgtes) "el término abstracción implica estructural y semánticamente las actividades características del sistema nervioso y no tenemos ningún problema cuando lo adoptamos como un término fisiológico funcional. Sin embargo cuando lo utilizamos desde un punto de vista práctico hemos de tener cuidado en no caer en la tentación de considerar que sirve para todo. Tener conciencia de abstracción es tener conciencia, de las diferentes eliminaciones que por medio de la abstracción realizamos las personas, es la clave para prevenir los errores a que pueda dar lugar este término".

indican las obras posteriores para posibilitar una comprensión más amplia del conjunto de su obra.

## **2) Influencias en su pensamiento.**

Ya hemos señalado, y en toda la obra de Korzybski es palpable, que la principal característica de este autor es la de ser un producto integrador del marco socio-histórico en el que se desarrollaron sus trabajos. A continuación y de forma detallada pasamos a reflejar las diferentes fuentes que influyeron en su pensamiento.

Podríamos decir que Korzybski es un exponente genuino y representativo de la gran revolución, del cambio de paradigma, que ocurrió en las primeras décadas del siglo XX, bajo el impacto de la Teoría de la Relatividad y de las más nuevas psicologías, encaminadas al reconocimiento de un campo unificado y la negación de dualismo. El concepto de «no-elementalismo» de Korzybski, como más adelante veremos, es un claro reflejo.

### **2.1. Experiencias vitales.**

Entre las experiencias vitales vamos a destacar, brevemente, algunas de fuerte impacto en Alfred Korzybski y que influyeron en la finalidad de su trabajo, y otras de tipo más académico que quedaran reflejadas en la formulación de su teoría.

Una de las experiencias vitales que más afectaron a Korzybski, según reconocen la práctica totalidad de autores que han estudiado su obra (A. W. Read, 1980), fue su participación en la I Guerra Mundial. En el transcurso de la contienda Korzybski estuvo presente en la caída del frente del Este, durante el cual fueron devastadas Polonia y grandes regiones de Rusia. Esta experiencia y la vivencia de los caóticos años posteriores a la guerra favorecieron que Korzybski comenzara a investigar en los modos en que se podrían prevenir acontecimientos de esta índole. Enviado en 1915 a Canadá y Estados Unidos comenzó a tomar contacto con un marco de mayor libertad creativa que supuso un mayor acicate para su ánimo investigador.

Con su formación, adquirida en Polonia, en Ingeniería y Matemáticas como bagaje, se vió Inmerso en la realidad de Estados Unidos, con una marcada perspectiva pragmática. A nivel filosófico predominaba el enfoque promovido por W. James, que como ya sabemos fué el iniciador del funcionalismo, muy desacreditado en Europa (Boring, 1950. Marx&Hillix, 1980). Una de las consecuencias de esta influencia, que resultó muy del agrado de Korzybski, fué el énfasis que éste puso en el desarrollo del concepto de 'extensionalidad' (extensionality).

En el principio de su época americana, también tuvo reflejo en el avance de su pensamiento, el 'movimiento tecnocrático'. Esto podemos comprobarlo en el subtítulo de su primera obra *Manhood of Humanity* que fué: La Ciencia y el Arte de la Ingeniería Humana (The Science and Art of Human Engineering). Es conveniente resaltar aquí la definición que Korzybski (1921) hace del concepto de Ingeniería Humana (Human Engineering): "Por Ingeniería Humana yo entiendo la ciencia y el arte de dirigir las energías y las capacidades de los seres humanos para el avance del bienestar humano". Esta expresión, no obstante, fué abandonada a partir de mediados de los años veinte debido, fundamentalmente, a la manipulación y devaluación que sufrió.

Es decir, se consideraba como algo excesivamente ligado a la tecnología y al automatismo mecanicista todo lo relacionado con el término 'Ingeniería'. Suponía una cierta referencia a la deshumanización, como si el ser humano pudiera ser manejado como un robot o cualquier otra máquina.

Como ya hemos expresado en la revisión de las ciencias durante el primer tercio del siglo XX, los cambios que se produjeron también tuvieron una influencia profunda en el desarrollo de los trabajos de Korzybski, que reconocía la necesidad de fundir los desarrollos de las diferentes disciplinas dentro de una totalidad unificada, en un sistema coherente. A continuación pasamos a detallar los diversos campos de donde proceden las influencias en el pensamiento de Korzybski.

## 2.2. Influencias procedentes de distintos campos del conocimiento.

Es a todas luces clara la capacidad que Korzybski tuvo para ir tomando lo que le proporcionaban los avances de las ciencias de cara a construir todo su sistema de pensamiento. Debido a su formación y a su interés por hacer de la ciencia un instrumento al servicio de los seres humanos los planteamientos de otras ciencias fueron de una gran importancia en sus elaboraciones teóricas. Veamos en el cuadro 1 tomado de Caro (1990b) los conceptos que incorporó y sintetizó y los autores de procedencia .

**Cuadro 1.**  
**Conceptos de otros autores que Korzybski incorporó en su teoría.**

AUTOR DEL QUE PROCEDE	CONCEPTOS INCORPORADOS POR KORZYBSKI
A. Whitehead	Teoría físico-matemática sobre hechos/objetos. Relatividad espacio-tiempo.
B. Russell	Función Invariante. Variable proposicional. Sujeto-Predicado.
H. Poincaré	Existencia lógica. Relación entre hecho bruto- hecho científico. Leyes como aproximadas y probables.
C.J. Keyser	Concepto de relación. Función doctrinal. Destino y libertad.
A. Einstein	Relatividad espacio-tiempo.
H. Minkowski	Espacio-Tiempo.
W. Polakov	"Enlazar el tiempo"
A.F. Bentley	Análisis lingüístico de las matemáticas.
O. Spengler	Método de la morfología comparativa en la historia mundial.
J. Lukasiewicz y A. Tarski	Lógica de la probabilidad. Lógica de los valores múltiples.
L. Wittgenstein	Preocupación por el lenguaje. Lo 'indecible' (unsayable).
M. Bréal y V. Welby	Terminología sobre la semántica
H. Helsenberg	Principio de Incertidumbre.
J. Loeb	Tropismo.
C.M. Child	Gradientes dinámicos o fisiológicos.
C.K. Ogden y I. A. Richards	Influencia del lenguaje en el pensamiento. Análisis del significado.

En los apartados siguientes vamos a hacer mención de algunos de las influencias que han quedado reflejadas en su obra procedentes de otras disciplinas.

No creo exagerar si digo que en el período previo a la publicación de «Science and Sanity», y coincidiendo con la época de mayor riqueza creativa de Korzybski se dieron la mayoría de los acontecimientos científicos a la sombra de los cuales se efectuaría el desarrollo científico-técnico que ha dado pie a considerar a este siglo como el de un avance más vertiginoso en la historia del saber de la humanidad.

### **2.2.1. Procedentes de la Física.**

En aquella época no se habían valorado en toda su medida la importancia de las teorías de Einstein. Las nociones de la estructura de la 'materia' estaban siendo sometidas a revisión. En «Science and Sanity (S&S)», Korzybski incluyó todo un apartado referente a la implicación que a nivel de pensamiento suponían las aportaciones de la naciente Mecánica Cuántica. Con la enunciación del principio de incertidumbre de Heisenberg Korzybski pudo reafirmar más todavía la idea de que siempre hay una serie de informaciones que no son posibles de ser conocidas con seguridad ni en su totalidad.

### **2.2.2. Procedentes de la Medicina.**

Los avances que se iban produciendo en el campo de la fisiología ejercieron su influencia en el pensamiento y obra de Korzybski, tanto por parte de Pavlov en Rusia, como por su continuación en Estados Unidos realizada por W.H. Gantt. Esto daba lugar a un nuevo marco para analizar las acciones humanas, tomando en cuenta el reflejo condicionado. También había nuevos descubrimientos en el terreno de la neurología y la biología, de hecho la 'química coloidal' fue tomada en consideración por Korzybski y recogida en sus trabajos (Korzybski, 1933, 1937).

### **2.2.3. Procedentes de la la Lógica.**

Una de las fuentes en las que bebió Korzybski en este campo fué Jan Lukasiwicz (1878-1956) que fué conocido, fundamentalmente, por sus investigaciones históricas en lógica relativas al principio de contradicción en la lógica de Aristóteles, por medio de una reevaluación de la lógica estoica. En ella veía este autor una anticipación de la lógica proposicional y una simplificación de los axiomas de los sistemas de Russell y Whitehead. Lukasiwicz elaboró un sistema de cálculo proposicional de tres valores en el que una proposición podía ser verdadera, falsa o posible (Paulson, 1983). A esta lógica la llamo no-aristotélica, y suponía de hecho incorporar una visión estadística.

### **2.2.4. Procedentes de la Matemática y de la Geometría.**

En el campo de la filosofía matemática Korzybski asimiló los trabajos básicos de Russell y Whitehead recogidos en los «Principia Mathematica». Cassius J. Keyser, profesor de Matemáticas en Columbia, fue su colaborador durante las primeras etapas. Asimismo, Korzybski estuvo en contacto con la Escuela Formalista de Polonia. Otra de las fuentes que tuvo impacto en su pensamiento fué la correspondencia que mantuvo con A. F. Bentley. También en Estados Unidos mantuvo contacto con matemáticos como R.D. Carmichel y E. V. Huntington (Caro, 1990b)

Korzybski estuvo intentando integrar las teorías matemáticas dentro de un sistema extensional, y consecuentemente, se encontró a sí mismo enfrentado con otros matemáticos que preferían mantener a las Matemáticas como un campo de su propiedad. Sólo unos pocos como Temple Bell, C.J. Keysser y Leonard Bloomfield estuvieron de su parte.

Las aportaciones en el campo de la Geometría de Gauss, Bolyai, Lobatchevski y Riemann también marcaron su impronta en la obra de Korzybski.

### 2.2.5. Procedentes de la Filosofía.

Otra fuente de inspiración fué la obra de Oscar Spengler el *Declive de Occidente (Decline of West)* que en palabras de Korzybski (1933 pg. 47 y 48) fué definida como: "un trabajo asombroso y único" (..) con "una erudición y amplitud de miras inusuales". De esta obra extrajo el 'método de morfología comparativa en la historia del mundo' destacando la comparación analógica de las relaciones estructurales.

También Wittgenstein con su *Tractatus Logicus-Philosophicus* (1.922) ejerció una profunda influencia, en especial la noción de 'indecible' (unsayable).

Otra de las influencias en el pensamiento de Korzybski las podemos hallar en la década de los años veinte. C. I. Ogden y I. A. Richards con su libro *El significado del significado*.

### 2.2.6. Procedentes de la Psiquiatría.

En el conjunto de su obra, Korzybski demuestra de forma palpable la influencia de los grandes avances que durante el primer tercio del siglo XX experimentaron la psiquiatría y la psicoterapia. La principal incorporación en su bagaje de conocimientos provenía del Dr. William Alanson White, bajo cuya dirección estuvo trabajando Korzybski durante los años 1.925 y 1.926 en el St. Elizabeth's Hospital de Washington D.C. También mantuvo conversaciones que le supusieron fructíferos resultados con Harry Stack Sullivan.

### 2.2.7. Procedentes de la Psicología.

Tal vez la influencia más problemática que experimentó Korzybski fue la del movimiento conductista, con cuyos planteamientos estuvo enfrentado, en especial con los de J. B. Watson. Aún así, del enfoque conductista, Korzybski tomó la aceptación de un campo unificado, el monismo, la negación del dualismo cuerpo-mente.



Este fué uno de los pilares en los que asentó el «no-elementalismo»<sup>5</sup> una de las formulaciones más importantes recogidas en la Semántica General.

La incidencia que en la Psicología tuvieron los postulados de la Teoría de la Relatividad fueron otra influencia que podemos constatar en la obra de Korzybski, en especial las proposiciones de la Psicología de la Gestalt. Una mención de los cambios que implicaba los podemos encontrar en Squires (1968, pgs. 157 y 158) cuando escribe: " Al igual que Einstein comunicó a la física un gran ímpetu exponiendo la naturaleza relativa del espacio y el tiempo, así los campeones de la psicología de la configuración han empeñado asiduamente todo su esfuerzo en el intento de demostrar el carácter relativo de nuestra vida mental, imbuyendo con ello a la psicología de un nuevo vigor."

### 2.3. Visión de la ciencia que propone Korzybski.

La expresión más clara y sintetizada de cuál es el modo de considerar una ciencia de forma 'legítima', según Korzybski, podemos encontrarla en el capítulo XX de Ciencia y Sanidad ( pg. 323 y 324):

"1) Toda ciencia depende del 'conocimiento' humano.

2) Todo 'conocimiento' humano es estructuralmente circular y autorreflexivo, y así depende de ciertas teorías del conocimiento conscientes e Inconscientes y de términos indefinidos.

3) Las palabras no son las cosas de las que hablamos, por tanto

4) La única conexión posible entre los niveles objetivo y no-verbal (unespeakable) y las palabras es la estructura; lo cual introduce

---

<sup>5</sup> La conceptualización que Korzybski (1933) propone del no-elementalismo es la de que si queremos que nuestro lenguaje y nuestro pensamiento sean similares en estructura a la 'realidad' hemos de evitar el aislamiento, siquiera, teórico, de los componentes, a través de la toma en consideración de la relación que les une.

5) El análisis estructural del lenguaje como fundamental; convirtiéndose en

6) Estructural el único contenido posible del conocimiento, y

7) Todas las ciencias se convierten en una búsqueda de la estructura desconocida del mundo empírico en todos los niveles, y el ajuste de esta estructura desconocida con la estructura potencialmente conocida de los lenguajes, y de este modo

8) Todo conocimiento es hipotético, en el cual

9) Los hechos más importantes deben ser negativos. Cuando las estructuras no encajan, entonces aprendemos algo bastante importante acerca de las estructuras científicas

10) Toda predictibilidad se convierte en posible por la semejanza de estructura, y eso definitivamente hace

11) Que todos los propósitos y demandas de la ciencia sean únicamente estructurales, necesitando

12) Métodos únicos de traducción de lo dinámico a lo estático y viceversa, para cubrir la exigencia estructural de ambos, el mundo dinámico y el lenguaje estático.

13) Los únicos métodos de traducción están dados en el cálculo diferencial y en las geometrías tetradimensionales, en las cuales

14) Lo que en un lenguaje de la geometría tetradimensional es estructura se convierte en un lenguaje tridimensional en la función 'tiempo importado' (Importing time), mostrando una vez más que

15) Las consideraciones estructurales no son solo una necesidad moderna, sino también lo más creativo y útil para el futuro desarrollo de la ciencia y del hombre, y justifica las afirmaciones anteriores, con el agravante de que

16) La totalidad del análisis estructural de 1.933, siendo uno de los de más, o quizás el de más, alta abstracción hasta la fecha la maestría del lenguaje puede suponer algunas dificultades."

Esta larga cita nos muestra bien a las claras el profundo dinamismo que Korzybski exige a cualquier disciplina que pretenda ser incorporada en el campo de la Ciencia.

Considera que cada investigador está influido por el 'aquí y ahora' de su investigación como cristalización de la interacción entre el mundo interno del científico y la 'realidad' que está investigando. De ahí que siempre sea un conocimiento parcial y sesgado el que se va a obtener. El papel que juegan los conocimientos previos lo expresa Korzybski (1933 pg. 87) del siguiente modo: "Ningún 'hecho' se ve, por completo, libre de las doctrinas: por ello, cualquiera que se imagine que se puede liberar de las 'doctrinas', tal y como es expresado en la estructura del lenguaje que emplea abriga, simplemente, una ilusión, normalmente con fuertes componentes afectivos." La imposibilidad de llegar a establecer de una forma total cualquier tipo de afirmación acerca de la 'realidad', dió posteriormente paso a diferentes posiciones filosóficas (Bachelard, 1940. Wittgenstein, 1922; etc..) y en ese terreno podemos afirmar que paradójicamente la posición de Korzybski de dudar de forma sistemática de la validez absoluta de los modelos y paradigmas, fue un primer paso de cara a la aparición de un nuevo paradigma.

De este modo, podemos comprobar que la valoración que hace Korzybski de los modelos en la investigación científica es ambivalente. De un lado son válidos como elemento para estructurar el estudio de la 'realidad', y del otro pueden suponer una distorsión del objeto estudiado si se utilizan de forma automática y absoluta. Esta última idea va a ser conveniente que la recordemos, ya que en cierto modo es una referencia dentro del campo de las ciencias de lo que en la vida cotidiana del ser humano se va a concretar como el proceso de **Identificación**.

Esto hace que tengamos que asumir que la única forma de desarrollar una actividad científica es hacerse cargo de las

exigencias epistemológicas de cada área de estudio y valerse de los medios posibles con tal de que sean metódicos, rigurosos y controlables para organizar prácticamente las observaciones que se hagan, (Cencillo, 1973).

El modo de conocer e investigar el mundo es algo que nos permite descubrir cuáles son muchos de los presupuestos de los que parte el investigador y como influyen en él los modelos y supuestos previos. Korzybski (1933) incide directamente en este punto cuando afirma: «La estructura del mundo es, en principio, desconocida; y la única meta del conocimiento y la ciencia es descubrir esta estructura. La estructura de los Idiomas es potencialmente conocida, si le prestamos atención. Nuestro único procedimiento posible para avanzar en nuestro saber es encajar nuestras estructuras verbales, a menudo llamadas teorías, con las estructuras empíricas, y ver si nuestras predicciones verbales son cumplidas empíricamente o no, esto nos indica si las dos estructuras son semejantes o distintas.»

Estas concepciones las integra la Semántica General como expresión de una perspectiva diferente de abordar y evaluar la 'realidad'.

### **3) Algunas definiciones de Semántica General**

En una disciplina como la Semántica General toda definición se pretende como la descripción lo más amplia y completa posible de aquello a lo que nos referimos. De ahí que no deje de ser paradójico, si no ilusorio, intentar definir la Semántica General de una forma breve. Por lo tanto vamos a optar por una recopilación de algunas de las diferentes definiciones que diversos autores han dado.

#### **3.1. Alfred Korzybski (1933).**

Tomaremos en principio la dada en el prefacio a la Segunda edición de *Science and Sanity* (pXXVI): «La Semántica General no es una 'filosofía', o 'psicología', o 'lógica', en el sentido ordinario. Es una nueva disciplina extensional la cual nos explica y entrena en cómo utilizar nuestros sistemas nerviosos más eficientemente. No es

una ciencia médica, pero como la bacteriología, es indispensable para la medicina en general, y para la psiquiatría, la higiene mental y la educación en particular. En pocas palabras, es la formulación de un nuevo sistema no-aristotélico de orientación el cual afecta a todas las ramas de la ciencia y la vida.»

En su libro «Psicología y Semántica General» (Caro, 1990a), la primera obra publicada en castellano respecto de esta disciplina, se recoge dentro del capítulo titulado *Semántica General: definición y marco histórico* (Caro 1990b), una serie de definiciones que a continuación pasamos a reseñar. Comenzaremos por la extraída de *Selecciones de Science and Sanity* y fechada en 1948 en la que citando al propio Korzybski podemos leer: "El término de 'Semántica General' me pareció el más apropiado por su derivación del término griego 'semainein' traducido como 'querer decir' o 'significar'. Una teoría de la evaluación parecía deducirse en un sentido evolutivo de 1) 'significado' a 2) 'significación' a 3) 'evaluación', en el sentido de entender al individuo sin separarlo de sus reacciones, ni de sus ambientes neuro-lingüísticos y neuro-semánticos."

La Semántica General cabe definirla como una nueva disciplina extensional que nos entrena para usar nuestros sistemas nerviosos mas eficientemente.

### 3.2. Johnson (1946).

"La Semántica General no es el 'estudio de las palabras', tal y como se entiende tradicionalmente a estos términos. Es más correcto decir que la Semántica General se interesa por los supuestos que subyacen a los sistemas de símbolos y por los efectos personales y culturales en quienes los usan. Se interesa por el problema continuo de la relación del lenguaje con la 'realidad', de la palabra con el hecho, de la teoría con la descripción, y de la descripción con los datos del observador con lo observado, y del que conoce con lo conocido. Se interesa por el papel del lenguaje en relación a la capacidad de predecir y a la evaluación, y por

tanto, en su influencia en el control de los hechos, la integración social y el ajuste personal" (en Caro, 1990b, pg. 54).

### **3.3. Hayakawa (1953).**

Este autor sostiene que de una parte la Semántica General es el estudio de lo que hace humanos a los humanos, entendiendo por esto el simbolismo y la capacidad humana de manejar los símbolos, por un lado, y por el otro es el estudio, no del significado de las palabras, sino de las reacciones semánticas de las personas.

La Semántica General favorece la sabiduría y la cordura. Como modo de asimilar la nueva información. Como medio para hacer humanos a los seres humanos. Como estudio de la relación entre lenguaje y pensamiento.

### **3.4. Bois (1957).**

La Semántica General se define como una toma de conciencia guiada respecto de lo que sucede en el mundo y en nosotros mismos. Como una epistemología actualizada. Como prevención de que nuestras percepciones sensoriales son burdas aproximaciones y pueden ser fuente de error. Trata de nuestras reacciones a las palabras. También puede considerarse a la Semántica General como una ciencia empírica, basada en una observación sin prejuicios que nos encamina hacia la experimentación en cualquier campo del esfuerzo humano (Bois, 1957).

### **3.5. Lauer (1969).**

La define como: "una epistemología o una ciencia moderna de observar, pensar y comunicar. Es un intento por acabar con la discrepancia entre el avance de la ciencia y el poder del ajuste humano. O también podríamos definirla, como la ciencia que se preocupa de sintonizar el funcionamiento de nuestros sistemas nerviosos con las operaciones o el funcionamiento del resto de la naturaleza." (en Caro, 1990b, pg. 53).

### 3.6. Isabel Caro (1990).

"La Semántica General, partiendo de la posibilidad de conseguir (en condiciones normales) que todos los seres humanos desarrollemos una mentalidad científica, construye una teoría sobre el conocimiento humano que se puede aplicar en una gran variedad de áreas (sobre todo psicológicas), y en donde se nos enseña a evaluar de forma diferencial, el mundo de los hechos frente al mundo de las palabras, resultando con ello la no identificación entre ambos mundos, sino un correcto ajuste estructural entre ellos. La Semántica General, en definitiva, es un sistema que se preocupa por el conocimiento humano, señalando sus limitaciones y sus posibilidades, junto a su estructura, estando todo ello relacionado con el modo principal en el que este conocimiento se vierte o se usa: el lenguaje." (Caro, 1990b, pg. 54)

### 3.7. Rasgos característicos de algunas definiciones de Semántica General.

En definitiva, los rasgos más definatorios de la teoría de la Semántica General que podemos destacar son:

- 1) Una nueva disciplina que afecta a todas las ramas de la ciencia y de la vida favoreciendo la habilidad en la evaluación.
- 2) Interés en la relación entre lenguaje y 'realidad' en la dirección de la integración y el ajuste personal.
- 3) Desarrollo de la capacidad de manejar los símbolos.
- 4) Prevención de las distorsiones y errores que puedan aparecer por la **Identificación** entre percepción y conceptualización.
- 5) Método para poder desarrollar la capacidad de vivir, incorporando los avances del conocimiento científico en la vida cotidiana.

Para completar este punto exponemos algunos rasgos

destacables y los autores que los proponen. Lo hemos tomado de Wanderer (1991) donde encontramos una amplia exposición de definiciones de Semántica General. Reproducimos a continuación, lo que consideramos, a nuestro juicio, como lo más novedoso y característico en cada una de ellas. En el cuadro 2 pueden verse una selección de las reseñadas por este autor.

<b>Cuadro 2.</b> <b>Rasgos que sobresalen en algunas definiciones de Semántica General</b>	
<b>AUTOR</b>	<b>RASGO DESTACABLE</b>
PEMBERTON, William	Como la ciencia y el arte de la comprensión. Como búsqueda del significado del mundo real.
IRVING, J.Lee	Favorece la concordancia entre discurso y mundo.
PULA, Robert	Como estudio de la incidencia de las relaciones entre los sistemas de símbolos y los sistemas nerviosos y su influencia en la conducta.
LARICK, Stuart	Como ayuda a las personas para la obtención de información, favorece la evaluación, el juicio y el razonamiento para actuar de forma más satisfactoria.
RAPOPORT, Anatol	Como la construcción de una ciencia del ser humano.
MAYNARD, Harry	Como el estudio de la reacción total del individuo hacia el mundo.
HUXLEY, Aldous	Como auto-control lingüístico.
LEE, Irving	Como estudio sistemático de: 1) características de los hechos. 2) hábitos de lenguaje. 3) instrumentos de evaluación apropiada.
Un miembro de un Grupo de Semántica General de la prisión de Vacaville, California.	Como herramienta para desenvolvemos en el mundo.
MINTEER, Catherine	Como un método de estudio del papel que desempeña el lenguaje.
MAGEE, John	Como estudio de las más altas abstracciones que se derivan de tal modo que la relación entre el 'aquí dentro' y el 'ahí fuera'. Prevención de la identificación.
BUTLER, Pamela	Como estudio de cómo la gente percibe el mundo y cómo el lenguaje que usamos tiene influencia.
MORAIN, Mary	Como estudio de los procesos que hay detrás de la cortina del lenguaje.
READ, Allan Walker	Como una disciplina diseñada sobre los mejores métodos científicos y promotora de las potencialidades humanas.



### **3.8. Hacia una definición de Semántica General.**

Aún a riesgo de cometer inexactitudes considero oportuno ofrecer una definición propia de la Semántica General. Supone este intento el plasmar en la práctica la seguridad de que el significado de las palabras está marcado por quien las usa y/o quien las escucha o lee.

La Semántica General consiste en:

Una metodología científica a disposición del ser humano que integra el conjunto de las ciencias y que hace hincapié en la incorporación de las capacidades y cualidades de la persona a su modo de estar/experimentar en el mundo. Esto implica que no existe la posibilidad de evitar el sesgo y la impronta personal en todas las opiniones y/o valoraciones que la persona hace de su experiencia. Supone una forma de prevenir la confusión entre el 'vivir' y las 'opiniones acerca del vivir'. Como clave de lo que aporta la Semántica General hay que destacar que siempre hay a disposición de la persona la posibilidad de efectuar un cambio en su evaluación y que el lenguaje como modo de formalizar esa evaluación es fuente de limitaciones y de elaboración de nuevos recursos a la vez.

### **3.9. Conclusiones**

Tras esta serie de definiciones y a modo de resumen de este apartado me gustaría señalar algunas de las cuestiones que pueden servir como ejes de lo expuesto:

1) Congruentemente con la idea del propio Korzybski de que las acciones de cada ser humano son el producto de la interacción entre su aquí y ahora socio-histórico-cultural y su historia individual e irrepetible, la Semántica General como obra de su creador, fue

el fruto de su momento vital e histórico.

2) El Intento de crear una disciplina integradora de los conocimientos que tenía la Humanidad en aquel momento, no es ni más ni menos que una aplicación práctica de una de las capacidades más genuinamente humanas que es lo que Korzybski (1948) denominó 'time-binding'<sup>6</sup> (capacidad de enlazar el tiempo).

3) Los presupuestos de la Semántica General nos ofrecen 'instrumentos' para fomentar el ajuste de la persona con la 'realidad'. El carácter dinámico que sus formulaciones contienen es la demostración práctica de cómo llegar a integrar el constante fluir de la vida con una «concepción teórica» útil para esa vida.

4) El utilizar como vehículo tanto de análisis como de expresión el lenguaje va a suponer incorporar el elemento más ambivalente de que los seres humanos disponemos. De un lado nos permite intercambiar opiniones, abstraernos de la 'realidad' de la experiencia y poder reflexionar sobre ella, que es la forma más habitual de aprendizaje. De otro lado corremos el riesgo de darle más importancia a las palabras que a la 'realidad'<sup>7</sup> que la persona construye, y contra esto es contra lo que quiere prevenirnos la Semántica General.

5) La individualidad de cada ser humano como alguien que vive de forma única e incompartible su vida es algo que no tomamos en

---

<sup>6</sup> Korzybski (1921, pg. 67) define esta capacidad como exclusivamente humana y la expresa en la siguiente forma: "Los seres humanos están caracterizados por su poder creativo, por su poder para hacer que el pasado viva en el presente y el presente influya en el futuro, por su capacidad de enlazar el tiempo" (...) "Nosotros (los seres humanos) podemos transmitir los logros de una persona o de una generación a otra persona o generación posterior". Queremos añadir aquí, que la persona a lo largo de su historia vital (Maturana y Varela, 1990) también dispone de esta capacidad. De ahí que en muchas ocasiones lo que ha aprendido en situaciones lo va utilizar en eventos posteriores. Según el uso que haga esto puede suponer una ventaja o un inconveniente.

<sup>7</sup> Cuando utilicemos el término 'realidad', siempre irá entre comillas, puesto que seguiremos el mismo criterio que Korzybski que lo consideraba un término multiordinal.

consideración en la medida que deberíamos, aunque nos lo demuestran una y otra vez el sentido común y las investigaciones científicas (Korzybski, 1933). Nos permitimos así hacer generalizaciones que, si se efectúan de forma automática, tan nefastos resultados tienen para nosotros en nuestra vida cotidiana. Creer que las situaciones y/o las experiencias de cada uno se repiten de forma idéntica es una de las fuentes de desajuste personal más frecuente. Y de esto nos puede proteger la aplicación de uno de los asertos más significativos de la Semántica General que dice que nunca dos veces es lo mismo y que por tanto, hablando psicológicamente, hemos de poner el énfasis en las diferencias (Korzybski, 1933).

En resumen, como animales parlantes hemos de tener presente que cuando estamos hablando no podemos expresar todos y cada uno de los detalles de nuestra experiencia con las palabras, y esa humildad nos va a garantizar la grandeza de ir avanzando en nuestro desarrollo como seres humanos.

#### **4) Principales Conceptos de la Semántica General.**

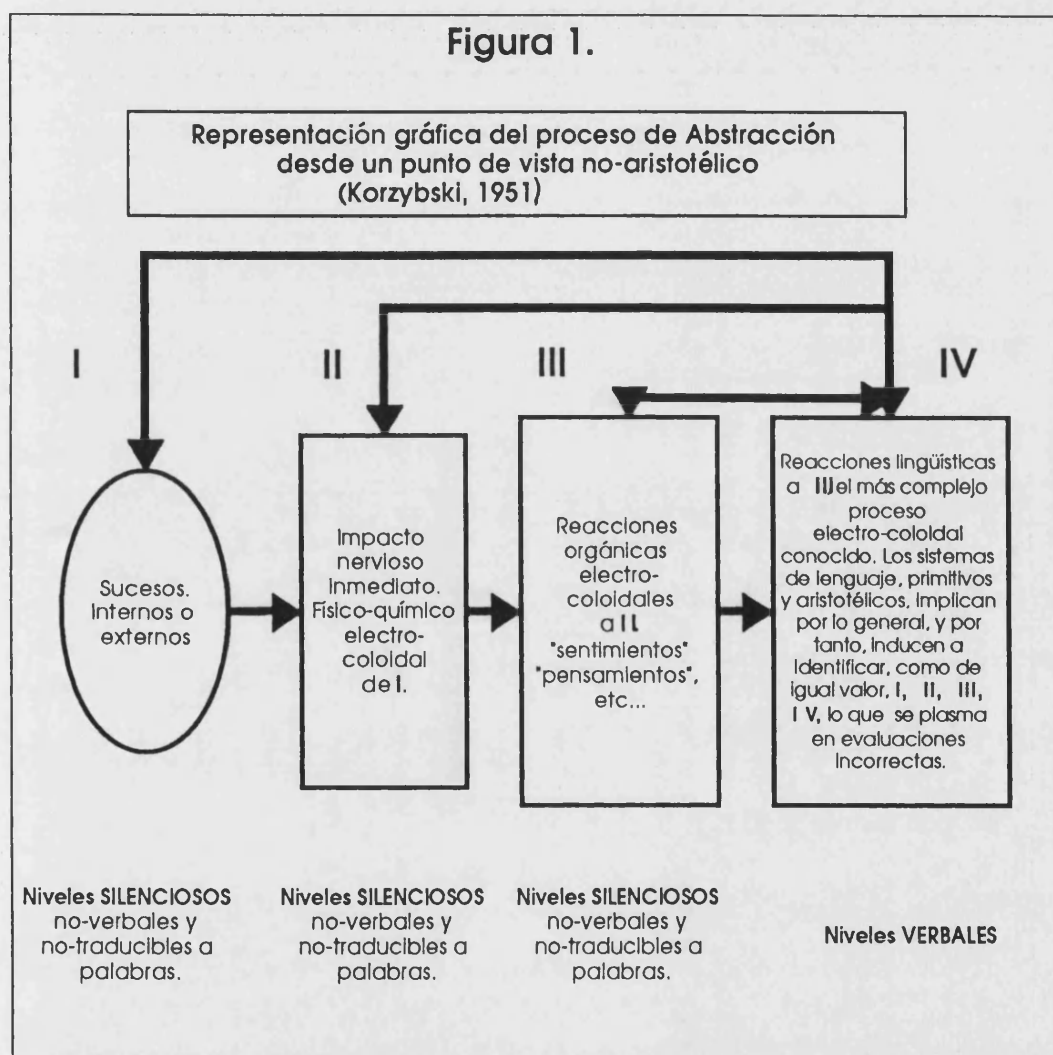
A continuación se ofrecen algunos de los conceptos más destacables que componen el entramado de la Semántica General y que van a aparecer a lo largo de este trabajo. La exposición la vamos a ordenar alfabéticamente, puesto que consideramos que sería difícil y sobre todo discutible el hacerla en base a la importancia de cada concepto en la medida en que estamos ante un 'todo' organizado en el que existe una interdependencia entre los conceptos.

##### **4.1. Concepto de Abstracción**

El proceso de abstracción, tal y como lo denomina Korzybski (1933), es aquel que las personas llevamos a cabo cuando llegamos a enunciar una definición puesta en palabras de una experiencia.

El paso de los niveles no-verbales a los verbales es el camino que la persona recorre mediante el proceso de abstracción. Va dejando fuera características y aspectos que todavía permanecían en la fase anterior.

En la figura 1 lo tenemos representado de modo gráfico y esquematizado:



Este proceso está recogido de forma mucho más pormenorizada en las tres premisas básicas de la Semántica General que más adelante se mencionan.

La diferenciación entre los niveles de abstracción nos ayuda a desarrollar la capacidad de atención concentrada en un nivel concreto, lo cual comporta resultados beneficiosos. Por medio de

la distinción entre niveles no-verbales y verbales podemos desarrollar o incluso recuperar, el sentido de 'actualidad' (nowness) (Weinberg, 1959).

Según podemos leer en Pula (1992), en el sistema de Korzybski, el término 'abstracción' se propone para describir en primer lugar y sobre todo los principales mecanismos por medio de los cuales el cerebro y el sistema nervioso humano responden y organizan su conducta. De esto podemos deducir entonces que la 'abstracción' detalla un proceso, una actividad en la que podemos observar unas fases específicas.

En Korzybski (1933. pag. 379) podemos leer una descripción bastante pormenorizada de esta actividad del ser humano: 'El significado 'estándar' de 'abstraer' o 'abstracción' implica 'seleccionar', 'escoger', 'separar', 'resumir', 'quitar', 'desnudar', y es un adjetivo 'no concreto'. Vemos que el término 'abstracción' implica estructural y semánticamente las actividades características del sistema nervioso, y esto hace que nos sirva como un excelente término *psicológico-funcional*."

Según Pula (1977-78)) el proceso de abstracción implica cinco actividades características del sistema nervioso y que están presentes en el conocimiento complejo de los seres humanos:

- 1) Selección y filtrado estructuralmente determinadas.
- 2) Traducción.
- 3) Integración.
- 4) Proyección.
- 5) Simbolización.

Para Johnson (1946) algunas de las características del proceso de abstracción son :

- 1) Puede ser visto como un proceso de eliminación de detalles.
- 2) Normalmente funciona desde los niveles 'bajos' a los niveles

'altos', es decir, desde los más 'cercaños' a los más 'alejados' de los 'hechos'.

3) Es potencialmente un continuo, ya que los cambios de un nivel, normalmente, generan cambios en el de 'arriba', y también hay continuos cambios en el nivel submicroscópico.

4) Es personal puesto que, una abstracción es efectuada por 'alguien' a partir de 'algo'.

5) Es proyectivo en la medida en que las evaluaciones de uno son proyectadas al exterior del sistema nervioso y son percibidas como 'realidad'. Esta proyección es potencialmente consciente y en ese sentido puede ser útil para la predicción y el control de la realidad. Sin embargo si es un proceso inconsciente es potencial o realmente nociva.

Otro grupo de características que Johnson (1946) aplica al proceso de Abstracción son las de ser: Auto-reflexivo, multiordinal, potencialmente autocorrectivo y posible de comunicar en sus resultados.

En este concepto vemos una buena parte de las claves en las que vamos a asentar lo útil y saludable de prevenir y confrontar el proceso de **Identificación**.

El proceso de abstracción apunta directamente hacia el proceso de **Identificación**. Especial referencia a ello la encontramos en el punto anterior, puesto que una parte de la **Identificación** está recogida en el plano de la proyección inconsciente.

En la cita que hace Hayakawa (1953) de Glanville Williams encontramos más argumentos acerca de la obligada referencia a una actividad personal necesaria para poder cuestionar la 'objetividad': "La opinión del semántico quizá pueda expresarse como sigue: Se llega a todos los universales mediante un proceso de abstracción (..) La abstracción puede definirse como la selección imaginaria de alguna característica de una situación compleja de

manera que se pueda llegar a ella aisladamente... La abstracción es, en resumen, la percepción de semejanzas a pesar de diferencias."

#### 4.1.1. Concepto de ' hecho ' (fact).

El incluir este concepto como un subapartado del concepto de 'abstracción' tiene su base en que pensamos que la mera toma en consideración de un 'hecho' supone ya en sí una 'abstracción'.

Este es uno de esos conceptos que al estar incluido en muchas definiciones y conceptos que sustentan la Semántica General juega un papel de gran importancia. Todo el mundo lo nombra y habla de él, sin embargo a menudo no está claro si existe un mínimo acuerdo sobre a qué se refiere y se alude a él, fruto del pensamiento aristotélico, como algo que existe en sí.

Veamos algunos rasgos que desde la óptica de la Semántica General (Johnson, 1946) caracterizan a este concepto y que conviene que tengamos claros:

1) Un hecho aparece diferente dependiendo del punto de vista de quien lo observa. Los hechos para una persona no son exactamente los mismos que para otra. Un hecho en la mayoría de los casos es producto de un acuerdo social no claramente especificado.

2) Un hecho está necesariamente incompleto, puesto que debido a lo limitado de nuestras capacidades perceptivas toda observación de algo deja fuera de nuestros umbrales detalles de lo que percibimos. Para el conocimiento humano es imposible conocer 'todo' acerca de algo.

3) Un hecho es algo que cambia de momento a momento. el hecho que observamos ayer guarda semejanzas con el de hoy, y a la vez incorpora elementos nuevos (Sastre, 1965).

4) En el sentido básico la observación de un hecho es un acto

individual y por tanto tiene algo de creación del observador.

5) La seguridad y la utilidad de un hecho está en función del número de personas que están de acuerdo sobre él.

Dicho todo esto hemos de concluir que el concepto de 'hecho' ha de ser necesariamente expuesto en términos de aproximación y variabilidad y que en ningún momento es algo constante y unívoco.

Podemos definir un 'hecho' como el conjunto de afirmaciones que sobre una situación espacio-temporal concreta hacen un conjunto de observadores cualificados extrayendo una serie de detalles que ellos consideran constantes e importantes.

En base a esto tendremos que recordar a lo largo de esta tesis que ése es el sentido que le estamos dando a la palabra 'hecho' cada vez que aparezca escrita.

#### 4.2. Concepto de Estructura-Relación-Orden

Una vez más nos encontramos ante conceptos que necesitan ser expuestos conjuntamente en la medida en que su íntima implicación los hace aparecer como un todo inseparable (Caro, 1990c). El propio Korzybski (1933, pag. 58) dice: «Los términos 'relación', 'orden' y 'estructura' están interconectados por implicación.»

**Estructura.** La conceptualización que hace Korzybski de este término parte de la idea de que la estructura última del mundo que nos rodea nos es desconocida, y señala a la ciencia como el camino que puede hacer posible un avance en su conocimiento y descubrimiento. La necesidad de hacer lo más parecidos posibles, en cuanto a su estructura, al lenguaje y al mundo, es lo que dota a la ciencia del papel tan preponderante que Korzybski le atribuye.

En *Science & Sanity* Korzybski (1933) define la estructura como "la clase de todas las relaciones semejantes a la relación dada". Vemos



como aparece aquí involucrado el concepto de relación. Korzybski (1937) afirma que cualquier cosa es siempre en relación a otra. La estructura relacional del mundo es para él algo incuestionable. La incidencia de la idea de 'forma' como algo diferente a la simple mezcla conviene aquí ser tenida en cuenta. Las relaciones están definidas y además juegan un papel determinante en cuanto a lo que va a poder ser conocido.

**Relación.** Congruentemente con las aportaciones que tomó de la Psicología de la Gestalt, Korzybski (1933) defendía el criterio de existencia como el 'estar en relación'. Este criterio es de vital importancia en la medida que va a hacer imposible la separación entre observador y observado. Siempre hay una relación inevitable entre persona y mundo. Esto le permite sostener la idea de ser humano como un todo en relación con un ambiente.

**Orden.** En congruencia con los dos conceptos anteriores y como una consecuencia lógica el concepto de orden que Korzybski propone se centra en la necesidad de orden que se requiere para mantener una relación coherente en una estructura determinada.

Este orden es lo que va a dotar de sentido a las situaciones (Bohm, 1980. Bohm y Peat, 1987). Lo que podemos afirmar, sin ningún género de dudas, es que la aportación de quien percibe y experimenta una situación va a ser clave para la definición que haga de esa experiencia. Korzybski (1933, pg 59) afirma: "El 'orden' parece ser neurológicamente más simple y más fundamental que la relación".

La definición de 'estructura' del diccionario, que Korzybski (1933, pg 56) adopta recoge de forma gráfica la interconexión entre estos tres conceptos y dice: «Modo en que un edificio u organismo u otra totalidad completa es construido, marco que sostiene o el todo o las partes esenciales de una cosa...» Más adelante dice Korzybski: "Para tener 'estructura' hemos de tener un complejo de partes ordenadas e interrelacionadas".

En estos tres conceptos comprobamos, una vez más, el carácter

integrador y de incorporación de conocimientos anteriores que define a la Semántica General.

#### **4.3. Concepto del organismo como un todo en relación con un ambiente.**

Este concepto es una consecuencia lógica de los conceptos de Estructura, Relación y Orden. La imposibilidad de establecer una separación que no suponga una distorsión entre la persona y el ambiente es una idea básica en la Semántica General. La defensa de un lenguaje, que, para estar en consonancia con la estructura del mundo al que se refiere, tenga la característica de ser no-elementalista es una demostración de que no pueden considerarse como 'elementos' separables el ser humano y el ambiente en el que vive. Si las palabras, como comentamos en otras partes de este escrito, cobran todo su significado en un contexto, con mayor motivo podemos afirmar que la persona cobra y vive toda su significación en el contexto ambiental en el que vive.

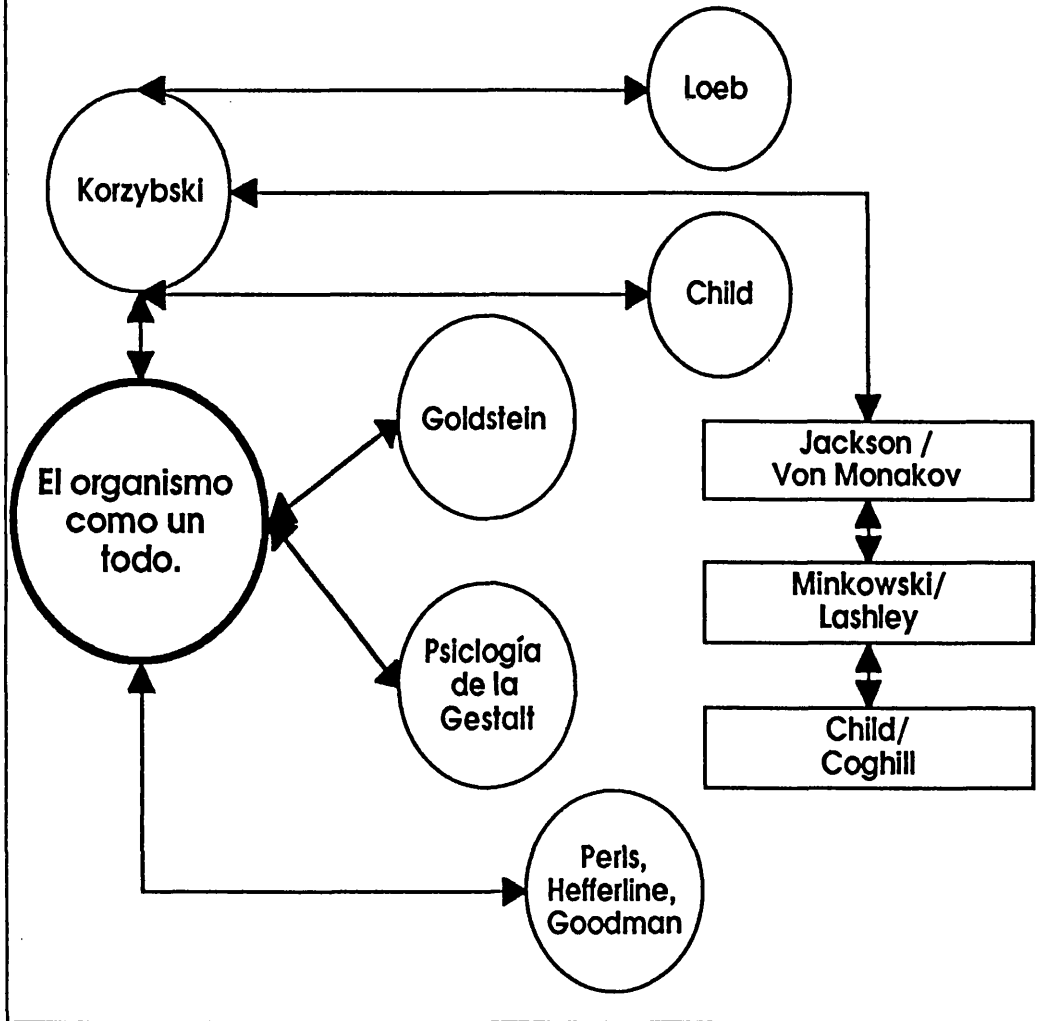
Para Korzybski, (1933, pag. 376): «todas las formas de actividad humana están interconectadas. Es imposible seleccionar una característica especial y mostrarla en un 'fantasioso aislamiento elementalista' como la más importante.»

La base epistemológica de este concepto podemos verla con mayor nitidez si tomamos en consideración el que según Korzybski (1933) todas las lógicas existentes son elementalistas en el sentido de que intentan estudiar la actividad de la «razón» o el «pensamiento» independientemente de la «emoción», cuando en realidad la separación de «intelecto» y «emoción» es tan objetable como la separación «espacio» y «tiempo» o «cuerpo» y «mente» (Reiser, 1989).

Respecto de este concepto, Korzybski hacía especial hincapié en considerarlo como un proceso y esto le ponía relación con otros autores que dotaban a la conducta de propiedades no-sumativas, 'gestálticas' o emergentes. Para Korzybski este tipo de proceso corresponde a una instancia de fenómenos que se pueden representar matemáticamente por las ecuaciones no-lineales.

La importancia de este concepto podemos observarla en la figura 2, en la que, tomado de Caro (1990b), vemos algunos autores influidos por la formulación de dicho concepto.

**Figura 2.**  
**Formulación del concepto del organismo como un todo.**



#### 4.4. Concepto de Time-Binding (Enlazar el tiempo)

La capacidad única y específica de los seres humanos para poder enlazar, unir, diversos momentos es el campo que abarca este concepto que propuso Korzybski (1921) en 'Manhood of Humanity'. La importancia de este concepto viene referida a que nos permite a las personas ir más allá de lo que en un momento dado tenemos. Podemos usar conocimientos anteriores que nos eviten tener que partir de cero y que hagan posible el que usemos los resultados de experiencias de anteriores generaciones, aprendiendo de sus errores y utilizando sus logros (Caro, 1990c).

Según señala Bois (1960) tres son los procesos que permiten llevar a cabo esta capacidad:

a) Un proceso de *cuestionar* el valor de lo que sabemos o hacemos.

b) Un proceso de *inventar* algo con la esperanza que ello constituya una mejora.

c) Un proceso de *criticar* lo que hayamos inventado sometiéndolo a comprobación.

La importancia de esta capacidad de unir el tiempo es calificada por Boulding (citado por Bois, 1972) en dos vertientes una *innovadora*, en el sentido en que crea en la mente de alguien una nueva imagen de un proceso productivo; y otra, *educativa*, porque este proceso creado en una mente es traspasado a otra.

#### 4.5. El papel que desempeña el lenguaje .

En este apartado vamos a hacer referencia al papel que el lenguaje desempeña y a la consideración que de él hacemos en el conjunto de esta tesis.

En primer lugar vamos a dar la definición que de lenguaje hace Bois (1957, pg 16): "El lenguaje puede ser visto como una herramienta que se combina con nuestro cerebro para formar una unidad de pensamiento."

Para Hayakawa (1969) el papel del lenguaje en nuestras vidas se plasma en que constituyen la atmósfera intelectual y moral en la que el ser humano vive y conforma lo que denomina el 'ambiente semántico'.

Según Korzybski (1933) las características básicas del lenguaje serían cuatro:

1) *Estructura*: Esta característica recoge el modo en que el

lenguaje nos condiciona cuando al hacer una descripción utilizamos un determinado tipo de formas lingüísticas, como por ejemplo: oraciones compuestas por sujeto, verbo y predicado, operadores modales de necesidad (Bandler y Grinder, 1976), etc. Con su estructura el lenguaje determina la forma en la que vamos a ser capaces de describir/conceptualizar el mundo.

2) *Necesidad de semejanza con la estructura del mundo al que hacen referencia:* Para que podamos hablar de la utilidad en el uso de un lenguaje, éste ha de ser semejante en estructura a aquello a lo que hace referencia, es decir, ha de incorporar las diferencias que son observables para el hablante, con semejanza de relación y orden.

3) *Diferencia entre las palabras y las cosas que representan:* Esta característica es básica en el conjunto de la Semántica General y es la que hace posible que el lenguaje pueda ser considerado como una forma de transmitir información.

4) *Auto reflexividad:* En la medida en que siempre podemos decir palabras acerca de las palabras, los lenguajes son un camino sin fin. Esta característica se recoge en la tercera premisa básica de la Semántica General, que luego expondremos, y en ella reside la posibilidad de enriquecer nuestra experiencia del mundo al incorporar nuevas expresiones y visiones.

Una clara descripción del uso que podemos hacer del lenguaje la encontramos en Bois (1957) cuando hace referencia al lenguaje como *instrumento*. Para él esto significa que:

1) El lenguaje es un instrumento que usamos para efectuar la mayoría de nuestros pensamientos. En otras palabras podemos describirlo como el medio para 'hablarnos a nosotros mismos'.

2) La calidad del lenguaje determina la calidad del pensamiento. Esto es, un lenguaje flexible y rico hace al pensamiento flexible y rico.

3) El lenguaje y quien lo usa constituyen una unidad de funcionamiento, en el que cada elemento ayuda y limita la actividad del otro.

4) El lenguaje está organizado como un sistema en virtud de sus reglas de sintaxis, lanza fuera de nuestra unidad de pensamiento (esto es, fuera del funcionamiento del cerebro) todas las afirmaciones/expresiones inconsistentes con ese sistema.

5) Si somos capaces de darnos cuenta de las limitaciones de nuestro lenguaje, podemos llegar a reconocer las limitaciones que imponemos a nuestro cerebro.

6) Si excluimos las limitaciones de nuestro lenguaje (mediante la optimización de la gama de variabilidad y del funcionamiento del instrumento) podemos incrementar la capacidad del cerebro humano.

En todas estas características comprobamos que si el pensamiento juega un papel fundamental en la conceptualización que hacemos del mundo y nuestra experiencia de él, y nosotros plasmamos nuestro pensamiento a través de lenguaje y ambos tienen una relación de interdependencia, entonces los cambios en el proceso terapéutico van a ser promovidos y facilitados por cambios en y a través del uso del lenguaje.

La asignación al lenguaje de la condición de herramienta nos permite superar una serie de conclusiones que en cuanto a su uso y modo de empleo han hecho imposible una adecuada consideración de éste. A continuación se señalan algunos ejemplos (Bois, 1957):

1) El lenguaje y el pensamiento son dos cosas diferentes.

2) Cuando no encuentro la expresión 'correcta', siempre puedo buscar una mejor.

3) Si defino los términos que uso cuidadosamente, puedo transmitir

y comunicar mejor.

4) Al incrementar mi vocabulario puedo mejorarlo sin límites.

5) Al ser una herramienta al servicio del pensamiento, no está sometido como en el caso del cuerpo, a las limitaciones físicas.

Estas afirmaciones que parecen ser de sentido común, suponen sin embargo una serie de falacias en la medida en que dan por sentada la existencia del lenguaje como algo independiente y que constituye una entidad propia y estática. Esto es precisamente lo que desde la Semántica General se va a rechazar. Cuando la persona cambia su lenguaje cambia su percepción (Korzybski, 1951).

El papel del lenguaje es el de un filtro que dependiendo de quién, cómo y cuándo lo usa va a favorecer una experiencia más rica o más pobre. Nuestro lenguaje nos proporciona las reglas para combinar y mover las piezas con las que a lo largo del tiempo representamos el flujo de los acontecimientos (Bois, 1957).

#### 4.6. Concepción de las tres premisas básicas.

La obra de Korzybski gira en torno a tres premisas fundamentales a las cuáles denominó 'No-aristotélicas' (véase el punto 5 de esta misma sección) y que son:

##### 1. Primera Premisa No-Aristotélica.

***El mapano es el territorio o la palabra no es el objeto.*** Esta premisa nos previene respecto de lo que en tantas ocasiones podemos constatar: " En todos los campos, personal, humano, nacional, etc., la «locura» (insanity) incluida, todas las viejas orientaciones implicaban el 'es' de la «identidad». Supone la negación de la 'identidad' en cualquier aspecto de la experiencia humana. La vieja orientación aristotélica está basada en la «identidad del ser», que es falso de hecho porque nada es idéntico a otra cosa. Los psicoterapeutas conocen bien las trágicas consecuencias de las

identificaciones en sus pacientes. Lo que se escapa de la atención de la persona son las identificaciones permanentes de la vida cotidiana, que acarrear graves problemas psicósomáticos" (Korzybski, 1933).

## 2. Segunda Premisa No-Aristotélica.

***El mapa no recoge todas las características del territorio o no se pueden conocer todas las características de un objeto.*** La palabra no describe 'todas' las características del objeto. Siempre hay información que podría ser añadida a la descripción hecha con palabras. Por la misma razón siempre hay una pérdida de información al expresar algo con palabras respecto de la experiencia u objeto al que se hace referencia. La verbalística aristotélica acumula confianza en las generalizaciones verbales y es responsable de dogmatismos, categorizaciones y absolutismos, como si algún uso y credo lingüístico fuese válido para todo lo que sucede en el tiempo. Las generalizaciones de algunos casos concretos a todos los casos son muy a menudo inválidas, ocasionando malas evaluaciones comunes en la vida y suelen conducir a desajustes (Korzybski, 1933).

## 3. Tercera Premisa No-Aristotélica.

***El mapa, al igual que el lenguaje es auto-reflexivo.*** Siempre se puede decir algo más sobre lo dicho. Un mapa puede ser visto no sólo como un mapa, sino como un mapa del cartógrafo mismo en interacción con el territorio (Isaacson, 1980). La palabra siempre es un referente de quien la usa. El análisis de las autorreflexiones lleva al descubrimiento de la multiordenación de los términos que usamos sin la cual somos conducidos a la más patética confusión. Los términos multiordinales corresponden a los mecanismos neurosemánticos y neurolingüísticos que operan en ellos. Por ejemplo "nunca dice nunca". Ambas palabras 'nunca' parecen iguales, sin embargo están en diferentes niveles de abstracción y tienen diferentes valores, uno ilimitado y otro limitado, (Caro, 1990d).



### **5) Diferencias entre los sistemas aristotélico y No-aristotélico.**

La valoración que hace Korzybski de su sistema como no-aristotélico viene determinada por su interés en marcar las diferencias respecto del pensamiento de Aristóteles y su influencia en el pensamiento occidental. Es importante, que recordemos, ya lo hemos mencionado, el que la idea de no-aristotélico pretende englobar las posiciones de Aristóteles y convertirlas en un caso particular dentro de una generalización más amplia. La inseparable conexión existente entre la metafísica y la lógica de Aristóteles y el modo en que han influido en el pensamiento occidental es algo que todavía no ha sido lo suficientemente estudiado. De hecho el fundamento en el que se asienta esta doctrina, el que toda proposición puede afirmar o negar el predicado de un sujeto sigue siendo una de las bases en las que se ha asentado durante siglos el modo occidental de pensar.

Korzybski al llamar no-aristotélico a su sistema pretendió evitar las lagunas que se habían desarrollado en el seno de la estructura sujeto-predicado de nuestros lenguajes indo-europeos. Para él eran muy evidentes los peligros que la forma aristotélica acarrearba en todos los campos del conocimiento humano.

Según Bois (1957), la incorporación de las proposiciones Korzybski da lugar a una nueva concepción del ser humano, siendo necesario que en ella incorporemos tanto actitudes como conocimientos científicos procedentes del campo de las artes si queremos llegar a desarrollar un modo de vida saludable y que sea adaptativo a las condiciones siempre cambiantes.

Para podernos hacer una idea más concreta de cuáles han sido las líneas maestras del pensamiento aristotélico reproducimos en el cuadro 3 en el que quedan expuestas las tres leyes fundamentales que Aristóteles proponía desglosadas en dos vertientes, como leyes de realidad (ontología) y como leyes de pensamiento (epistemología). El cuadro 3 está tomado de Caro (1990b) y plasma la aguda observación que sobre este tema efectuó Reiser (1989).

<p align="center"><b>Cuadro 3.</b>  <b>Las leyes aristotélicas como leyes de 'realidad' y de 'pensamiento'.</b></p>		
	Como leyes de realidad	Como leyes de pensamiento
<p>LEY DE LA IDENTIDAD</p>	<p>Lo que es , es.</p> <p>Una cosa es lo que es.</p>	<p>Una palabra significa lo que significa.</p> <p>El significado de un término debe permanecer constante en cualquier discurso.</p>
<p>LEY DE LA CONTRADICCION</p>	<p>Una cosa no es lo que no es.</p>	<p>Una palabra no significa lo que no significa.</p>
<p>LEY DEL TERCERO EXCLUIDO</p>	<p>Una cosa existe o no existe.</p> <p>Una cosa que existe tiene una cierta propiedad o no.</p> <p>Una cosa no puede tener propiedades contradictorias .</p>	<p>Una proposición es verdadera o falsa.</p> <p>Dos proposiciones contradictorias no pueden ser ambas verdad.</p> <p>Una clase (o un término) está incluida en una clase o no.</p>

En el cuadro 3 podemos observar la dificultad de convertir en semejante en estructura el modo de pensar aristotélico y su expresión en palabras con lo que los conocimientos científicos actuales nos muestran.

En el cuadro 4, tomado de Korzybski (1933) se exponen las diferencias entre el pensamiento aristotélico y el propugnado por Korzybski y que se concreta en la Semántica General.

**Cuadro 4**

**Diferencias entre las orientaciones aristotélicas y no-aristotélicas.**

**VIEJAS ORIENTACIONES  
ARISTOTELICAS**

**NUEVAS ORIENTACIONES DE LA  
SEMANTICA GENERAL NO-  
ARISTOTELICAS.**

1. Métodos sujeto-predicado

Métodos relacionales.

2. Reacciones simétricas,  
inadecuadas para una  
evaluación apropiada

Relaciones asimétricas,  
indispensables para una  
evaluación apropiada

3. Orientaciones estáticas,  
'permanentes', 'substancia',  
'sólida' etc...

Orientaciones de proceso  
'objetivas', electrónico,  
dinámico, siempre 'materia  
cambiante'.

4. 'Propiedades' de 'substancia',  
'atributos', 'cualidades' de  
material', etc

Invarianza relativa de función  
estructura dinámica, etc.

5. Dos valores (two-valued),  
forma: 'o uno u otro', inflexible,  
orientaciones dogmáticas.

Flexibilidad, infinitos valores  
Orientaciones de grados.

6. Actitudes características de  
número limitado, estáticas,  
'totalidad' finalista.

No-totalidad dinámica,  
actitudes características  
infinitas en número.

7. Por definición 'absoluta en  
'todos' los 'aspectos' (identidad).

No-identidad empírica, una ley  
igualdad natural tan universal  
como la de la gravitación.

8. Certeza de dos valores.

Probabilidad máxima con  
infinidad de valores.

9. Absolutismo estático.

Relativismo dinámico.

10. Por definición 'vacío absoluto,  
espacio absoluto.

Plenitud empírica de campos  
electromagnéticos,  
gravitacionales, etc...

11. Por definición 'tiempo absoluto'.	Espacio- tiempo empírico.
12. Por definición 'absoluta simultaneidad'.	Simultaneidad relativa empírica.
13. Aditiva ('y'), lineal	Funcional, no-lineal.
14. Dimensiones (3+1), 'espacio' y 'tiempo'.	Dimensiones (4) espacio-tiempo.
15. Sistemas euclidianos.	Sistemas no-euclidianos.
16. Sistemas newtonianos.	Sistemas einstenianos o no-newtonianos.
17. Predominancia de los datos 'sensoriales'.	Datos inferidos como nuevos factores fundamentales.
18. Niveles macroscópico y microscópico.	Niveles sub-microscópicos.
19. Métodos de magia (autodecepción)	Eliminación de la autodecepción.
20. Fibras, neuronas, etc...orientaciones 'objetivas'.	Orientaciones de procesos electro-coloidales.
21. Consideración eventual del organismo-como-un-todo, olvidando los factores del entorno.	Organismo-como-un-todo-en-un-entorno, introduciendo factores nuevos e inevitables.
22. Estructura elementalista del lenguaje y las orientaciones.	Estructura no-elementalista del lenguaje y las orientaciones.
23. "Emoción" e "Intelecto".	Reacciones semánticas.
24. "Cuerpo" y "Mente."	Integración psicosomática.
25. Tendencia a dividir la 'personalidad'.	Integración de la 'personalidad'.

<p align="center"><b>Cuadro 3.</b>  <b>Las leyes aristotélicas como leyes de 'realidad' y de 'pensamiento'.</b></p>		
	Como leyes de realidad	Como leyes de pensamiento
<p>LEY DE LA IDENTIDAD</p>	<p>Lo que es , es.</p> <p>Una cosa es lo que es.</p>	<p>Una palabra significa lo que significa.</p> <p>El significado de un término debe permanecer constante en cualquier discurso.</p>
<p>LEY DE LA CONTRADICCION</p>	<p>Una cosa no es lo que no es.</p>	<p>Una palabra no significa lo que no significa.</p>
<p>LEY DEL TERCERO EXCLUIDO</p>	<p>Una cosa existe o no existe.</p> <p>Una cosa que existe tiene una cierta propiedad o no.</p> <p>Una cosa no puede tener propiedades contradictorias .</p>	<p>Una proposición es verdadera o falsa.</p> <p>Dos proposiciones contradictorias no pueden ser ambas verdad.</p> <p>Una clase (o un término) está incluida en una clase o no.</p>

En el cuadro 3 podemos observar la dificultad de convertir en semejante en estructura el modo de pensar aristotélico y su expresión en palabras con lo que los conocimientos científicos actuales nos muestran.

En el cuadro 4, tomado de Korzybski (1933) se exponen las diferencias entre el pensamiento aristotélico y el propugnado por Korzybski y que se concreta en la Semántica General.

**Cuadro 4**

**Diferencias entre las orientaciones aristotélicas y no-aristotélicas.**

**VIEJAS ORIENTACIONES  
ARISTOTELICAS**

**NUEVAS ORIENTACIONES DE LA  
SEMANTICA GENERAL NO-  
ARISTOTELICAS.**

1. Métodos sujeto-predicado

Métodos relacionales.

2. Reacciones simétricas,  
inadecuadas para una  
evaluación apropiada

Relaciones asimétricas,  
indispensables para una  
evaluación apropiada

3. Orientaciones estáticas,  
'permanentes', 'substancia',  
'sólida' etc...

Orientaciones de proceso  
'objetivas', electrónico,  
dinámico, siempre 'materia  
cambiante'.

4. 'Propiedades' de 'substancia',  
'atributos', 'cualidades' de  
material', etc

Invarianza relativa de función  
estructura dinámica, etc.

5. Dos valores (two-valued),  
forma: 'o uno u otro', inflexible,  
orientaciones dogmáticas.

Flexibilidad, infinitos valores  
Orientaciones de grados.

6. Actitudes características de  
número limitado, estáticas,  
'totalidad' finalista.

No-totalidad dinámica,  
actitudes características  
infinitas en número.

7. Por definición 'absoluta en  
'todos' los 'aspectos' (identidad).

No-identidad empírica, una ley  
igualdad natural tan universal  
como la de la gravitación.

8. Certeza de dos valores.

Probabilidad máxima con  
infinidad de valores.

9. Absolutismo estático.

Relativismo dinámico.

10. Por definición 'vacío absoluto,  
espacio absoluto.

Plenitud empírica de campos  
electromagnéticos,  
gravitacionales, etc...

11. Por definición 'tiempo absoluto'.	Espacio- tiempo empírico.
12. Por definición 'absoluta simultaneidad'.	Simultaneidad relativa empírica.
13. Aditiva ('y'), lineal	Funcional, no-lineal.
14. Dimensiones (3+1), 'espacio' y 'tiempo'.	Dimensiones (4) espacio-tiempo.
15. Sistemas euclidianos.	Sistemas no-euclidianos.
16. Sistemas newtonianos.	Sistemas einstenianos o no-newtonianos.
17. Predominancia de los datos 'sensoriales'.	Datos inferidos como nuevos factores fundamentales.
18. Niveles macroscópico y microscópico.	Niveles sub-microscópicos.
19. Métodos de magia (autodecepción)	Eliminación de la autodecepción.
20. Fibras, neuronas, etc...orientaciones 'objetivas'.	Orientaciones de procesos electro-coloidales.
21. Consideración eventual del organismo-como-un-todo, olvidando los factores del entorno.	Organismo-como-un-todo-en-un-entorno, introduciendo factores nuevos e inevitables.
22. Estructura elementalista del lenguaje y las orientaciones.	Estructura no-elementalista del lenguaje y las orientaciones.
23. "Emoción" e "Intelecto".	Reacciones semánticas.
24. "Cuerpo" y "Mente."	Integración psicósomática.
25. Tendencia a dividir la 'personalidad'.	Integración de la 'personalidad'.

<p>26. Integración nerviosa en desventaja.</p>	<p>Producción automática de la integración tálamo-cortical.</p>
<p>27. Estructura intensional del lenguaje y las orientaciones, perpetuando:</p>	<p>Estructura extensional del lenguaje y las orientaciones produciendo:</p>
<p>28. Identificaciones en la valoración:</p>	<p>Mecanismos extensionales.</p>
<p>a) de estados de proceso electrónicos, electro-coloidales, etc... con los niveles silencioso, no-verbal, 'objetivo', etc...</p>	
<p>b) de individuos, situaciones, etc..</p>	
<p>c) órdenes de abstracción.</p>	
<p>29. Orden de evaluación patológicamente invertido.</p>	<p>Orden de evaluación natural.</p>
<p>30. Conducente a una tensión neuro-semántica.</p>	<p>Productor de relajación neuro-semántica.</p>
<p>31. Efectos psicósomáticos nocivos.</p>	<p>Efectos psicósomáticos beneficiosos.</p>
<p>32. Conducen hacia la no-cordura.</p>	<p>Conducen hacia la cordura.</p>
<p>33. 'Acción a distancia', falsa orientación metafísica de los hechos.</p>	<p>"Acción por contacto", orientación neurofisiológica científica.</p>
<p>34. Causalidad de 'dos valores' y consecuente 'causación final'.</p>	<p>Causalidad de infinitos valores, en la que no se necesita la hipótesis de la 'causación final'.</p>



35. Matemáticas derivadas de la 'lógica' con resultado de paradojas verbales.	'Lógica derivada de las matemáticas eliminación de las paradojas verbales.
36. Evitación de las paradojas empíricas.	Confrontación de las paradojas empíricas.
37. Ajuste de los hechos a las pautas verbales.	Ajuste de las pautas verbales a los hechos.
38. "Ciencias' estáticas primitivas (Religiones).	"Religiones' dinámicas modernas.
39. Antropomórficas.	No-antropomórficas.
40. No- semejanza de estructura entre el lenguaje y los hechos.	Semejanza de estructura entre el lenguaje y los hechos.
41. Evaluaciones impropias que resultan en:	Evaluaciones adecuadas, probadas por:
42. Predictibilidad débil.	Predictibilidad máxima.
43. Descuidado/Indiferenciado.	Términos No-definidos.
44. Descuidado/Indiferenciado.	Autorreflexibilidad del lenguaje.
45. Descuidado/Indiferenciado.	Mecanismos y términos multiordinales.
46. Descuidado/Indiferenciado.	Términos de carácter supra/ infra-definidos.
47. Descuidado/Indiferenciado.	Términos inferenciales como términos.
48. Descuidado/Indiferenciado.	Entornos neuro-lingüísticos considerados como entorno.
49. Descuidado/Indiferenciado.	Entornos neuro-semánticos considerados como entorno.

50. Descuidado/Indiferenciado.	Decisivo, efecto automático de la estructura del lenguaje sobre los tipos de evaluación y así sobre las reacciones semánticas.
51. 'Significado' elementalista, verbal, intensional, o aún peor, 'significado' del 'significado'.	Evaluaciones no-elementalistas, extensionales, por los hechos.
52. Anticuado.	Moderno, 1941.

LAS NUEVAS ORIENTACIONES NO-ARISTOTELICAS DIFIEREN TANTO DE LAS ARISTOTELICAS COMO LAS ARISTOTELICAS DIFIEREN DE LOS TIPOS PRIMITIVOS DE EVALUACION.

#### 6) Innovaciones que aporta el pensamiento de Alfred Korzybski

En muchos casos es observable que algunas de las ideas que aparecieron en el campo de las Ciencias Humanas ya habían sido formuladas por Korzybski con anterioridad. Como ya hemos mencionado anteriormente en la obra de Korzybski aparecen integrados una amplia serie de conocimientos propuestos por autores que le precedieron. Las innovaciones que su pensamiento supone las encontramos plasmadas por medio de la combinación de ideas propias y de otros que al ser planteadas desde su óptica favorecen avances no sólo cuantitativos sino cualitativos.

Voy a destacar algunas de las más relevantes clasificadas en los siguientes dos bloques.

#### 6.1. Principales innovaciones en el campo de la Psicología.

Como primer ejemplo podemos citar los trabajos de Benjamin Lee Whorf, que aparecen a mediados de los años treinta, y en ellos se encuentran recogidos estudios sobre el modo en que el lenguaje de uno determina la percepción que uno tiene del mundo.

En «Science and Sanity» encontramos dos anticipaciones del trabajo de Whorf. En la página 60 y dentro del apartado 'Sobre la estructura' Korzybski escribe: «... nosotros leemos inconscientemente en el mundo la estructura del lenguaje que usamos». Más adelante en la página 90 de la misma obra podemos leer: «No nos damos cuenta del tremendo poder que tiene un lenguaje habitual. No es una exageración decir que éste nos encadena a través del mecanismo de las r(eacciones) s(emánticas)<sup>8</sup> y esa estructura que exhibe un lenguaje, y nos impresiona inconscientemente, es automáticamente proyectada sobre el mundo de nuestro alrededor.»

Según Reiser (1989) hasta que Korzybski defendió la consideración del organismo como un todo no había aparecido, excepto posiblemente Köhler, ningún otro autor que lo planteara, en el sentido de establecer una conexión entre los procesos organísmicos y la no-linealidad. Korzybski defendía, como señala Caro (1990b), que para poder incorporar los avances de la ciencia moderna, hemos de utilizar un lenguaje que no separe artificialmente lo que no se puede separar empíricamente.

La novedad que aporta Korzybski estriba en que incluye este concepto como de vital importancia en psicología y psiquiatría, en el sentido de que no es posible considerar al organismo como una mera suma algebraica de las partes, sino que es algo más y que debe ser considerado como un todo integrado

Desde mi punto de vista un elemento más hay que tener en cuenta dentro de la obra de Korzybski, y es el hecho de que él no consideraba a su sistema como un producto acabado, mas bien al contrario, creía que debería ser ampliado por otros sistemas no-

---

<sup>8</sup> Según Bois, (1957) a la reacción, interpretación y evaluación de cada suceso individual que la persona hace en base a su experiencia individual y sus expectativas es lo que podemos definir como reacción semántica. Se produce en todos los planos de la persona (pensamiento, sentimiento, movimiento, etc...)

aristotélicos.

Este último aspecto es una muestra de congruencia con el sistema que propone. Si como Korzybski (1933) afirma, siempre podemos añadir información sobre cualquiera de las percepciones y conceptualizaciones que hagamos, con mayor motivo habrá de señalar que su sistema puede y necesita ser completado por aportaciones en las que, partiendo de lo propuesto por él, se aplique a los diferentes campos del conocimiento humano. En este sentido es en el que se inscribe esta tesis. Tratamos de incorporar a la psicoterapia las consecuencias de la negación de la 'identidad' por medio de la confrontación del proceso de **Identificación**.

Para la Psicología supone una novedad el incorporar el papel protagonista y determinante del sujeto en cuanto a la percepción y conceptualización del mundo en el que vive. Conceptos de la Psicología de la Gestalt que fueron plasmados en las diferentes leyes de la percepción son congruentes y en algunos casos favorecidos por las propuestas de Korzybski.

La metodología a utilizar por la Psicología, si esta incorpora los planteamientos de Korzybski va a experimentar importantes cambios que podemos concretar en los siguientes:

1) No existe la posibilidad de una certidumbre total cuando el campo de estudio es el ser humano. Esto sucede por dos motivos fundamentales:

a) El ser humano al investigar y concentrar sus análisis sobre cualquier campo va a tener que realizar una abstracción que supone, o puede suponer, una fuente de distorsiones que no han sido tomadas en cuenta.

b) Cuando el campo de estudio es el ser humano, y esto además lo estudia otro ser humano, las posibilidades de un conocimiento exacto y preciso no son más que una mera ilusión.

2) Como el conocimiento es inferencial (Caro, 1990c) toda teoría psicológica deberá ser considerada como una hipótesis parcial

que no llega a abarcar todo el objeto de estudio (Bontrager, 1962), en este caso el ser humano.

3) Al considerar que el cambio es lo único que podemos observar que siempre sucede, toda teoría psicológica ha de ser tomada como algo válido únicamente en un lugar y momento histórico determinado, puesto que siempre puede aparecer otra que suponga una superación. Dicho en otras palabras, toda teoría psicológica ha de incorporar los 'mecanismos de extensionalización', a los cuales hacemos alusión en otra parte de este escrito.

4) Los planteamientos de Korzybski implican, necesariamente, que la Psicología tenga que tomar conocimientos y teorías de otros campos del saber si no quiere ser una ciencia parcial y paralizadora en lo que respecta a su objeto de estudio.

5) Toda teoría psicológica, si asume las conceptualizaciones de Korzybski, se enunciará de forma tentativa y en ningún momento como algo permanente y estático, mas bien al contrario habrá de incorporar la necesaria dosis de relatividad e incertidumbre que haga posible el acercarse al objeto de estudio con la suficiente flexibilidad de planteamientos como para incorporar los cambios con los que se encuentre al ser contrastada en el campo sobre el que teoriza.

6) La puesta en práctica de las proposiciones de Korzybski nos lleva a tener que considerar un modelo en el que la idea de las diferencias 'inter' e 'intrapersonales' esté presente como una manera de acercar la estructura del modelo a la del campo de la Psicología, que es el ser humano en sus diferentes facetas. Puesto que no hay dos personas 'iguales'.

## **6.2. Principales innovaciones en el campo de la Psicoterapia.**

Las innovaciones que en el campo de la Psicoterapia suponen las aportaciones de Korzybski están relacionadas con las expuestas en el apartado anterior. Esto es comprensible en la medida en que todo enfoque psicoterapéutico tiene su base y es consecuencia de una teoría psicológica.

No obstante, en el área de la Psicoterapia también pueden plasmarse algunos cambios en su teoría y práctica si incorpora los planteamientos de Korzybski.

Los expondremos de forma resumida, aunque creemos que no son más que un esbozo inicial, que puede servir de guía para avanzar en el futuro ampliando y profundizando las investigaciones en las diversas direcciones a las que se alude.

Los criterios novedosos más destacables son:

1) La Psicoterapia, en la medida en que es una actividad llevada a cabo por personas en relación con otras está sometida al proceso de (re)creación y (re)construcción de la experiencia que es una característica exclusivamente humana.

2) Lo que se aborda en la terapia es siempre una abstracción de una 'realidad' mucho más rica que es la experiencia del paciente y la del terapeuta.

3) En el transcurso de la Psicoterapia no se puede dejar de lado que el intercambio verbal cobra su sentido en la medida en que paciente y terapeuta tienen algún nivel de estructura lingüística y conceptual compartida que haga posible la comunicación entre ambos.

4) La utilidad del enfoque psicoterapéutico al que pertenezca el terapeuta está siempre modulada por la flexibilidad que éste tenga al ponerlo en práctica en su trabajo con cada paciente específico.

5) Como cada paciente es diferente el terapeuta no puede usar 'automáticamente' técnicas que hayan sido útiles con otros pacientes, y esperar que tengan los 'mismos' resultados.

6) El tener presente que lo que se percibe en el transcurso del proceso terapéutico depende de la posición desde la que se experimenta, hace que siempre exista una actitud de interés y respeto por la experiencia del paciente y el modo que tenga de expresarla por medio de su discurso.

7) El paciente siempre es el que tiene un mayor conocimiento directo del contenido de su experiencia mientras que el terapeuta sólo lo puede tener 'indirecto' e inferencial, por tanto la labor terapéutica habra de contar siempre con esa diferencia en la calidad del conocimiento.

8) El terapeuta, si incorpora los planteamientos de Korzybski, no va a olvidar en ningún momento que es un observador participante en la terapia, y prestará en todo momento atención que a lo que conceptualiza debe valorarlo como una parte del 'todo' más rico que es la sesión en su conjunto.

### 6.3. Algunos de los autores en los que ha influido Korzybski.

En Caro (1990b) encontramos algunas de las influencias del pensamiento y obra de Korzybski, las cuales aparecen reflejadas en el cuadro 5. Los puntos no recogidos por dicha autora que hemos introducido, los incluimos en letra cursiva. Con ello terminamos este apartado.

<b>Cuadro 5.</b> <b>Influencias que ha ejercido el pensamiento de Korzybski.</b>	
<b>AUTORES</b>	<b>Conceptos en los que observamos la influencia de Korzybski</b>
PERLS, HEFFERLINE, GOODMAN	Insistencia en el aquí y ahora. Organismo como un todo.
BANDLER & GRINDER	Extensionalización. Las tres premisas no-aristotélicas.
GUIDANO y LIOTTI	Extensionalización
KELLY	Influencia del lenguaje en la patología
RUESCH y BATESON	Ordenes de abstracción. Multifordinalidad.
ELLIS	Extensionalización. Negación de la Identidad. Abstracciones de orden superior.
TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA	Organismo como un todo en relación con un ambiente.
TERAPIA FAMILIAR BREVE (DE SHAZER, O'HANLON & WIENER-DAVIS.	<i>Diferencias entre mapa y territorio.</i>
FERGUSON (1980)	<i>Limitación que suponen las palabras para conectar con la realidad.</i>

En este cuadro podemos observar con claridad que las influencias de Korzybski se extienden a diferentes enfoques y paradigmas psicológicos. El que pueda darse esta circunstancia se debe, fundamentalmente, a que al centrar sus aportaciones en el plano de la experiencia del ser humano, y referirse más al 'cómo' que al 'qué' de esa experiencia sus propuestas pueden ser asimilados por los diferentes enfoques sin necesidad de cuestionar sus fundamentos sino la puesta en práctica de éstos.

En la medida en que una disciplina eleva el nivel de abstracción sobre el que incide, la amplitud del rango de enfoques que pueden beneficiarse de sus avances es mayor. Avanzar en el estudio del lenguaje, por ejemplo, permite el que estos avances puedan ser empleados por todos aquellos que hablan. Korzybski al enunciar sus propuestas lo hace en un nivel de abstracción bastante elevado, en el de la forma en la que la persona conceptualiza su experiencia del mundo, es por esto por lo que pueden incorporar sus aportaciones autores tan dispares como los mencionados en el cuadro anterior.

La aproximación que cada enfoque hace en su campo de estudio puede enriquecerse de las aportaciones de Korzybski en la medida que sirven como un instrumento que fomenta, entre otras cosas, la semejanza de estructura entre el discurso de cada uno de los enfoques y la realidad a la que hacen referencia.

Es, precisamente, con ejemplos como éste donde podemos llegar a entender el cambio cualitativo que supone la toma en cuenta de las posiciones que la Semántica General, y en especial Korzybski, en cuanto al modo conceptualizar los campos de la Psicología y la Psicoterapia.

## **7) Conclusiones.**

En términos generales la aportación de la obra de Korzybski



supone ni más ni menos que la creación de un modo de pensar distinto. Cabe considerarla como una aportación 'progresista' en el sentido que da a este término M. B. Cohen (citado por Sullivan, 1974), cuando afirma: «El desenvolvimiento progresista de cualquier ciencia requiere la depuración y modificación de viejos conceptos y suposiciones a la luz de los nuevos descubrimientos.»

Como el propio Korzybski reconoce la mayoría de las disciplinas que él incorpora dentro del todo sistematizado que es la Semántica General no son nuevas. Lo novedoso de su obra es la combinación de un modo distinto, y sobre todo, la aplicación de una forma interconectada y no aislada del saber humano, producido hasta el momento de la elaboración de cada una de sus trabajos, en especial *Science and Sanity* (Read, 1980). En esta obra las referencias bibliográficas alcanzan el número de 619, a las que hay que añadir 100 referencias más que se incluyen en la Introducción a la Segunda Edición. En las referencias bibliográficas y en los reconocimientos, encontramos nombres e instituciones que suponen las fuentes más importantes del saber y la cultura de la humanidad en su tiempo.

Considero que el pensamiento de Korzybski es uno de los intentos más serios y sistematizados de establecer un método de pensamiento superador de las limitaciones que en el principio del siglo XX presentaba el modo clásico de pensar (aristotélico, euclidiano y newtoniano).

En el plano de los aspectos básicos de su contribución cabe señalar también que la obra de Korzybski es la plasmación práctica de lo que ya apuntaba en el prefacio a la Primera Edición de *Science and Sanity* acerca del tipo de vida que es la vida 'humana' cuando escribió:» La 'Naturaleza Humana' no es un producto elementalista de la herencia solamente, o del ambiente sólo, sino que representa el resultado final de un organismo-como-un-todo muy complejo de la multiplicidad genético-ambiental. Parece obvio, una vez establecido, que en la clase de vida humana, los

resultados lingüísticos, estructurales y semánticos, representan unos poderosos factores ambientales siempre presentes, los cuales constituyen los componentes más importantes de todos nuestros problemas. La 'Naturaleza Humana' puede ser cambiada, una vez que sabemos cómo.»

Todas y cada una de las aportaciones de Korzybski van encaminadas a favorecer el saber cómo el ser humano se causa los problemas y cómo elaborar un modo de vida alternativo que le permita superarlos. Tal y como acertadamente señala Caro (1990b, pg. 65) citando a Mayper: «Dos fueron las metas fundamentales que se había propuesto Korzybski:

A) Definir lo que era el ser humano, encontrando las actividades que lo distinguían de otras formas de vida.

B) Definir lo que era la 'sanidad' o la 'cordura', buscando las formas básicas que conducían a la supervivencia, y a la resolución y prevención de los conflictos humanos de todo tipo.»

Partiendo de la definición que Korzybski hace del sistema de pensamiento que él propone a través de la Semántica General, la de un 'Sistema No-Aristotélico', lo que a continuación se escribe no es ni más ni menos que una particularización de esta idea general. Se trata de concretar algunos de los aspectos en los que se traduce una concepción del mundo 'no-aristotélica'.

La importancia de las diferencias entre el modo de pensar aristotélico y no-aristotélico, ya reseñadas, van en la dirección de favorecer una mayor amplitud de las perspectivas del ser humano. Korzybski ya lo señalaba en la primera edición de *Science and Sanity* cuando escribía : " El presente trabajo formula un sistema llamado no-aristotélico, el cual está basado sobre la completa negación de la identidad y de sus derivados, y muestra que factores estructurales muy simples y poderosos de sanidad (sanity) pueden encontrarse en la ciencia.»

El hecho de que el ser humano se confunda muy a menudo entre su experiencia del mundo y el mundo mismo es uno de las claves que mejor nos permiten entender la aparición de modos de vida problemáticos, y la prevención contra esta confusión, a la cual Korzybski denomina 'Identificación', es uno de los objetivos que pretende alcanzar la forma de estar en el mundo que propone la Semántica General.

La posibilidad de elaborar modelos mentales acerca de la 'realidad' contribuye a la confusión entre lo que existe y lo que nosotros pensamos que existe. A este respecto conviene recordar la cita de Bruner y cols. en Weinberg, (1959. pg 66-67):

«Lo más característico de la cultura occidental es que las cosas son tratadas como si fueran equivalentes, parece como que las clases no hubieran sido efectuadas por los hombres, sino que fueran productos de la naturaleza.

Nuestra historia intelectual está marcada por una herencia de realismo ingenuo. Para Newton la ciencia fue un viaje de descubrimiento por un mar sin mapas. El objetivo de ese viaje era descubrir islas de verdad. La verdad existía en la naturaleza. La ciencia contemporánea se ha puesto bruscamente a sacudir la unión de este dogma. La ciencia y el sentido común inquiriendo del mismo modo no descubren los modos en los cuales los sucesos están agrupados en el mundo; inventan modos de agruparlos. La prueba de la invención estriba en los beneficios predecibles que resultan del uso de esas categorías inventadas. ¿Existen categorías como tomates, leones, átomos, etc? En la medida en que han sido inventadas y se encuentra una aplicación para ella en las instancias de la naturaleza, existe. Lo que sucede es que olvidamos que existen como invenciones, no como descubrimientos.»

Una de las aportaciones de mayor significación del pensamiento de Korzybski y que suponen uno de los rasgos característicos de la Semántica General es la influencia del lenguaje en el proceso que el ser humano tiene de percibir, entender y evaluar el mundo. La justificación de este criterio lo encontramos en muchos escritos de Semántica General. En palabras del propio Korzybski: « En nuestras reacciones humanas, el habla en general es una característica

innata, pero el lenguaje especial o la estructura especial de lenguaje que nosotros adquirimos es debida al ambiente y a la imitación —demasiado a menudo la inconsciente y, aún más, acrítica imitación.» (S&S p.36).

Otra opinión que abunda en este tema es la de F.P. Chisolm (1945, pg.11) que lo expresa del siguiente modo: "...hemos de recordar, cuando estamos discutiendo situaciones en las que aparecen símbolos, que el símbolo está enraizado en la experiencia personal de quién lo usa. Desde el momento que el símbolo está enraizado en nuestras vidas, el lenguaje que usamos tiene implicaciones vitales." Las consecuencias, de esta consideración del lenguaje, se pueden observar a muy distintos niveles. Con los símbolos, los seres humanos, conformamos nuestras reacciones semánticas dentro de un mundo de nuestra propia creación (Bois, 1957). Los estados mentales y los símbolos son las únicas cosas del universo que tienen propiedades semánticas (Fodor, 1983).

La constante preocupación de Korzybski por acercar al máximo la 'estructura' del lenguaje que utilizamos a la 'estructura' de la 'realidad' es uno de los hilos conductores de su pensamiento.

La ciencia que contenía un lenguaje semejante en estructura a la 'realidad' era, según Korzybski (1933) la Matemática, y lo afirmaba así: «Con el descubrimiento de que todo contenido del conocimiento es estructural, entendido como un complejo de relaciones y un orden multiordeinal y multidimensional, y que la estructura del sistema nervioso es tal que solo en las Matemáticas encontramos un lenguaje semejante en estructura, la importancia de las matemáticas, consideradas como un lenguaje, alcanza una significación fundamental en una teoría de la cordura (sanity)».

Otra idea que la Semántica General incorpora dentro de su sistema de pensamiento y análisis acerca de la 'realidad' es la de 'globalidad' e 'indivisibilidad'. Este planteamiento que tiene gran número de conexiones con muchos de los planteamientos de la Psicología de la Gestalt, tiene como objetivo evitar lo que Korzybski

llamaba 'elementalismo' y que, como ya hemos dicho antes, de forma sencilla podría conceptualizarse como la posibilidad de separar a nivel teórico lo que en la práctica es imposible de dividir sin que pierda sus características. En su artículo «El papel del lenguaje en los procesos perceptivos», Korzybski (1951) nos da una muestra de ello: "...la imposibilidad de separar nítidamente lo 'perceptual', 'ver', 'oir', etc. y 'saber', es una división que no puede hacerse, excepto en niveles superficiales y verbales."

Un rasgo definitorio de su modo de pensar es el de abarcar con su sistema de pensamiento las teorías anteriores e incorporar los conocimientos que se habían ido produciendo. De hecho al llamar no-aristotélico a su método, no lo presentaba como contrapuesto al aristotélico, sino que consideraba a este último como un caso particular de aquel. Al igual que las geometrías no-euclidianas (Riemann, Lobatchewski, etc.) consideran como un caso particular de ellas a la geometría de Euclides. Esta concepción de la expresión en forma negativa del conocimiento fué origen de una línea de pensamiento que ha tenido una gran influencia en el presente siglo, siendo algunos de sus exponentes más importantes K.R. Popper, G. Bachelard, etc...

La síntesis de lo expuesto en la cuestión de cómo puede ser considerada la ciencia en base a las aportaciones de la Semántica General lo podemos encontrar en Balandier (1988, pg. 10): "La ciencia actual ya no intenta llegar a una visión del mundo totalmente explicativa, la visión que produce es parcial y provisoria. Se enfrenta con una realidad incierta, con fronteras imprecisas o móviles, estudia 'el juego de los posibles' explora lo complejo, lo imprevisible y lo inédito. Ya no tiene la obsesión de la armonía, le da un lugar a la entropía y al desorden, y su argumentación, si bien enriquecida con conceptos y metáforas nuevos, descubre progresivamente sus limitaciones."

Visto el sistema No-aristotélico propuesto por Alfred Korzybski, pasaremos a centrarnos en el concepto que articula esta tesis, el concepto de **Identificación**.

## **IV) EL CONCEPTO DE IDENTIFICACION**

---

---

Este apartado lo vamos a comenzar recogiendo algunas de las definiciones que del concepto de **Identificación** han dado diversos autores relevantes en el campo de la Semántica General y que como veremos inciden en las consecuencias negativas de este proceso.

Pasaremos después a exponer los rasgos distintivos y los fundamentos del proceso de **Identificación** y del papel que juega dentro del pensamiento de Alfred Korzybski.

### **1) Definición de Identificación de Alfred Korzybski.**

Korzybski (1933) define la **Identificación** como "el establecimiento de la igualdad absoluta en todos los aspectos" y la considera como algo 'imposible'."

" La **Identificación** es una de las características primitivas las cuales no pueden ser eliminadas de los animales o de los niños, porque no disponemos de medios para comunicarnos con ellos adecuadamente.(...) La **Identificación** está ampliamente difundida entre nosotros incorporada profundamente en la estructura de nuestros lenguajes y sistemas heredados. Para poder cambiar este primitivo estado de cosas, necesitamos simples medios especiales, tales como los que un sistema no-aristotélico nos puede ofrecer, para combatir efectivamente esta seria amenaza a nuestras reacciones semánticas. (...) Si no somos conscientes de estar abstrayendo, caemos en la **Identificación**. (pg. 410) "

Por ejemplo, en Korzybski (1937) encontramos una alusión clara a lo pernicioso del proceso de **Identificación**: "Es fundamental que empecemos con la discriminación entre lo que sentimos directamente y lo que decimos porque lo que sentimos no es lo que decimos. Y aquí es donde identificamos nuestros resultados verbales con nuestros sentimientos. Nosotros mezclamos o identificamos en la evaluación interna esos dos resultados diferentes. Debemos intentar luchar contra esto."

A diferencia de autores como Freud, Korzybski afirma la nocividad del proceso de **Identificación**, tal y como él lo concibe, en su totalidad (Grinberg, 1985; Pula, 1977-78)

Para Korzybski (1933) en la **Identificación** se plasma una forma de adaptación inflexible y rígida, de un bajo nivel de condicionamiento debido a una necesidad neurológica, lo que representa un proceso de adaptación 'animal' inadecuado para el ser humano.

## 2) Otras definiciones de Identificación

### 2.1. Johnson

La definición que aporta este autor está efectuada desde la óptica de cómo lleva la persona a cabo el proceso de **Identificación**. Aparece reflejada en su obra *Gente en problemas* (1946, pg. 176) y dice: "La persona que no reconoce las diferencias y las relaciones entre los diferentes órdenes de abstracción, que no es consciente de la abstracción, tiende a identificar los órdenes de abstracción, las palabras con los objetos, los objetos con los sucesos submicroscópicos, las afirmaciones de niveles elevados de abstracción con las afirmaciones de un nivel más bajo. Para la persona que realiza la **Identificación**, lo que ve se lo cree, lo que lee o lo que le dicen se lo cree, lo que piensa o se dice a sí mismo se lo cree."

Este tipo de conductas y actitudes es lo que según Johnson confirma la validez de la frase de Korzybski (1933) que dice: "El proceso patológico de las enfermedades 'mentales' implica la '**Identificación**' como un síntoma generalizado."

Para Johnson la clave reside en tomar en consideración y aplicar la premisa de 'no-identidad'.

Una reflexión que complementa la definición aportada anteriormente y que es de gran utilidad para entender lo que este autor pretende hacernos comprender dice así: "Una abstracción

dada no es una abstracción de aquello desde donde ha sido abstraído, ni tampoco es una abstracción de sí mismo. (...) La experiencia viene primero y la descripción es una abstracción de ella, la afirmación general es una abstracción de la descripción." (Johnson, 1946, pg.177).

## 2.2. Pula.

Para este autor este concepto es uno de los pilares básicos de la Semántica General.

Lo define como: " un proceso donde los niveles (órdenes) abstracción están confundidos.(...) Como olvidamos que el conocimiento de lo que 'hay fuera' es inferido lo tomamos como algo que existe independientemente de nosotros. (...) Un proceso de selección y transformación de la información que el ser humano toma de su entorno y que la convierte, olvidando que es un producto de su sistema nervioso, en una 'realidad en sí'. (...) La **Identificación** siempre conlleva evaluaciones erróneas (misevaluation) y confusión de órdenes de abstracción."

Recomienda que confrontemos el proceso de **Identificación** como: "una forma de prevenirnos contra el engaño y lo ilusorio (illusion-delusion) y de favorecer la interacción con diferentes focos de energía de nuestro entorno de modo beneficioso para ambas partes.» (...) La característica dinámica de la experiencia que preside la concepción que en la Semántica General se sostiene del ser humano es otro de los criterios que convierten en perjudicial, según este autor, al proceso **Identificación**. Pula (1977-78) dice:»Yo no puedo ser 'yo' si 'yo' significa algo estático, fijo en el espacio-tiempo, siempre verdadero y sin contacto con las influencias del exterior."

## 2.3. Chisholm.

La **Identificación** para este autor es definida como "una forma de conocimiento sin investigación". Se refiere a ella como una forma no científica de abordar la realidad.



Por medio de la **Identificación** igualamos la etiqueta y la cosa etiquetada (Chisholm, 1945). También incluye este autor la idea de la **Identificación** como conducta, al hablar del uso de los símbolos como una forma de conducta no científica, una forma de manejarse con la 'realidad' en la que las afirmaciones sobre ella son consideradas como idénticas a la realidad misma.

#### **2.4. Payne.**

El proceso que seguimos las personas para efectuar una **Identificación** lo plantea Payne (1965/1966) de esta manera: "En el proceso de maduración se desarrolla muy pronto una amplia gama de secuencias 'tipo' representativas de las variedades de su experiencia. Cuando algún nuevo estímulo es recibido por el organismo, éste compara la secuencia codificada con la secuencia 'tipo' representativa. Si encuentra alguna equivalencia parcial entre ambas entonces puede efectuarse la **Identificación**. Es como si el organismo dijera: 'Esto' es 'eso'. Tales identificaciones entrañan riesgos, porque la nueva pauta de estímulos puede no ser equivalente en 'todos' los aspectos a la secuencia tipo y las diferencias pueden ser importantes."

### **3) Rasgos distintivos del concepto de Identificación**

En el ámbito de la Semántica General el concepto de **Identificación** presenta una serie de rasgos distintivos respecto del uso que de este término se hace en otros paradigmas y enfoques psicológicos, como por ejemplo el psicodinámico, humanista, etc...

En este apartado vamos a referirnos exclusivamente a lo que de particular se recoge. Vamos a evitar las comparaciones que serían, aparte de extensas, motivo de un trabajo más específico que el que esta tesis pretende llevar a cabo.

Dicho esto podemos pasar a enumerarlos.

1) La **Identificación** es un concepto que recoge una acción que efectúa el ser humano y que bajo el prisma de la Semántica General siempre conlleva efectos nocivos respecto de la posibilidad de vivir saludablemente (Chisholm, 1945. Pula 1977-78). Se refiere a un proceso, el de evaluar, que en este caso se realiza erróneamente. Por 'erróneamente' hay que entender lo no concordancia entre lo que yo estoy experimentando y lo que yo evalúo que significa lo que siento que estoy experimentando. Recordemos que Korzybski (1937) define a la Semántica General como una ciencia general de los valores y de la evaluación. No se trata aquí de afirmar que hay 'una sola' forma correcta de evaluar, esto sería contradictorio con la filosofía que propone la Semántica General. Se trata más bien de alcanzar el mejor nivel posible en cuanto lo adecuado de nuestras evaluaciones, es en ese sentido cuando calificamos como 'errónea' una evaluación. Nos estamos refiriendo aquí a una inadecuación de la evaluación en cuanto a que sea un instrumento favorecedor de la calidad de vida.

2) Hace referencia a la eliminación, por parte de quien ejecuta la **Identificación**, de las diferencias que existen entre el entorno con el que está más o menos en contacto y la experiencia y evaluación que esa persona elabora a nivel interno (Johnson, 1946). Hay que destacar la asimilación que Korzybski hace entre 'confusión' e **Identificación**. Se confunde lo que sucede en el mundo, o lo que nos sucede en nuestra experiencia del mundo, con la idea o modelo que nos hacemos de ello.

3) Es muestra de una inmadurez en cuanto al uso del sistema nervioso y a la capacidad de establecer una relación adecuada entre individuo y ambiente (Korzybski, 1933). Podemos comprobar que, de una forma u otra, todo aquello que evaluamos o juzgamos como 'idéntico' no es más que una fantasía desconectada en mayor o menor medida de la 'realidad', y por tanto una confusión entre nuestra 'realidad' y nuestra representación de ella.

4) Es fruto de una determinada epistemología, la aristotélica, que es inadecuada para poder elaborar un conocimiento de igual estructura a la del mundo que se pretende conocer y en el cual

vivimos las personas.

5) Es el reflejo de una forma de conceptualizar la realidad basada en aquellos presupuestos en los que aún no están incorporados los avances que han propiciado las diferentes ciencias después de las aportaciones de Aristóteles.

6) Impide que la persona que 'identifica' pueda poner en práctica la flexibilidad necesaria para establecer un comportamiento adecuado con el mundo. Precisamente el hecho de que 'identificar' sea una acción que la persona lleva a cabo, permite extraer la consecuencia de que en lugar de hacer la acción de una manera puede hacerla de otra. Esto implica que, la persona dispone al menos de otra capacidad u otra alternativa de acción, siempre y cuando se dé cuenta de que lo hace.

7) Dota al mundo y la experiencia que tenemos de él de un carácter estático que en nada corresponde a una realidad que siempre es cambiante. Se puede considerar a la **Identificación** como una forma de codificación en la que se eliminan las diferencias. Sería como establecer un código en el que sólo lo invariable sería tomado en cuenta, lo cual es imposible.

De estos siete aspectos son tres los que reflejan lo más característico del proceso al que se refiere el concepto de **Identificación** y que se pueden resumir en que:

- Lo que decimos/pensamos es de distinta estructura de lo que experimentamos/vivimos.

- Dos personas nunca reaccionan a una palabra o símbolo en la misma manera exactamente ('idénticamente').

- Nuestras propias reacciones semánticas nunca se repiten de manera 'idéntica' (J.S. Bois, 1957)

#### **4) Papel que juega el concepto de Identificación en la obra de Alfred Korzybski.**

En el conjunto de la obra de Korzybski, el concepto de **Identificación** juega, según nuestro punto de vista, un papel fundamental.

La base de toda su filosofía respecto de la conveniencia y salubridad de favorecer el desarrollo de la capacidad del ser humano de efectuar evaluaciones 'correctas' reside en que sea capaz de confrontar la 'identidad' en las diferentes facetas de su experiencia.

En este sentido la **Identificación** va a ser considerada por él como la base en la que se asientan la mayoría de las patologías y problemas que vive la persona.

Precisamente esta creencia, que compartimos con Korzybski, en la utilidad de confrontar el proceso de **Identificación** es la que ha sido determinante para abordar el tema en esta tesis.

##### **4.1. Respecto de la primera premisa: *El mapa no es el territorio.***

La gran diferencia que hay entre el pensamiento, como representación de la 'realidad', y la experiencia que la persona vive, de la cual estará siempre distante, desde el momento en que intente conceptualizarla o evaluarlo, es el mensaje de la primera premisa de la Semántica General.

Cuando nos referimos a la cercanía entre mapa y territorio, nos estamos refiriendo a que exista semejanza en la estructura entre los contenidos del mapa y los aspectos del territorio. Cualesquiera que sean las transformaciones de la codificación, la información más significativa se perderá a menos que las relaciones existentes entre los sucesos de la 'realidad' se traduzcan en otras relaciones, sistemáticamente, en los elementos reflejados en el mapa.

Sin embargo, lo que conviene no olvidar nunca es que un mapa

es sólo un mapa. Precisamente, la confusión a la que alude Korzybski en su formulación del proceso de **Identificación**, es la de olvidar que el mapa, que siempre es una elaboración de alguien, y el mundo no son 'idénticos'.

Debido, en gran medida, a la estructura del lenguaje que utilizamos, la construcción sujeto-predicado, y sobre todo a los diferentes niveles de significación del verbo 'ser'<sup>9</sup>, nos encontramos con que construimos una serie de representaciones, verbales o de otro tipo, que nos suponen más una barrera que un camino para estar en contacto con el mundo. En muchas ocasiones el uso automático del verbo 'ser' nos fuerza a proyectar en el mundo exterior cualidades que sólo están en nuestras cabezas (Potter, 1974) lo que constituye el proceso de **Identificación**.

Si usamos un lenguaje de adjetivos y de formas «sujeto-predicado» haciendo referencia a impresiones, estamos usando un lenguaje el cual está relacionando entidades del interior de nuestra piel y características inexistentes en el mundo exterior (Bourland, 1968; Korzybski, 1933). Esto supone la realización en la práctica del proceso de **Identificación**.

Con respecto a la primera premisa, podemos señalar que en la medida en que la persona va tomando conciencia, dándose cuenta, de cómo construye sus evaluaciones, la mayoría de las veces a través de la constatación de las diferencias entre su experiencia-en-el-mundo y la representación de ella, va a aceptar como algo natural e inevitable el cambio constante, como un ingrediente de la vida. Esto va a suponer una medida de enorme

---

<sup>9</sup> Según Bols (1957), el verbo 'ser' es una palabra 'tramposa' (tricky word) que usamos, o podemos usar en cuatro sentidos:

- 1) Como un auxiliar. P. ej. El es observado.
- 2) Como un predicado. P. ej. La hoja es verde. Esto introduce en nuestro lenguaje (mapa) una estructura que no existe en el mundo de los eventos.
- 3) Como una identidad. P. ej. El perro es un animal. Esto supone un indicador 'traicionero' que no nos conduce a ninguna parte. En este sentido el verbo ser se usa sin consciencia de las identificaciones implicadas (Korzybski, 1951).
- 4) Como existencia. P. ej. Yo soy. Esto implica siempre una creencia que un rasgo o característica del territorio corresponde a lo que decimos con nuestro lenguaje (mapa).

valor preventivo en cuanto a la aparición de modos de vida problemáticos. De hecho el cambio es temible sólo para aquellos que no lo esperan, solamente para aquellos quienes, al planear sus vidas, lo dejan fuera (Johnson, 1946).

No deja de ser curioso, que algo tan obvio como es la percepción de las diferencias, tenga que ser recordado a la hora de hablar de formas de vivir saludablemente. Precisamente la concepción del mundo que propone el pensamiento aristotélico, que ha sido el dominante en Occidente, ha supuesto, a la vez que un gran avance, un obstáculo en cuanto a percibir las diferencias, tanto entre distintas situaciones como entre el interior y el exterior del individuo, como la expresión de algo natural y propio de un mundo en constante cambio<sup>10</sup>.

También otro autor, en este caso proveniente de la Psicología de la Gestalt, Kurt Lewin (citado por Hall & Linzey, 1970), alude a los rasgos fijos, hábitos rígidos y otras constantes de la personalidad como característicos del pensamiento aristotélico.

Podemos abordar otro de los aspectos que propone la Semántica General, el de confundir los niveles de 'realidad' en los que aplicamos nuestras concepciones. Lo que a nivel de pensamiento y como una forma de entender la 'realidad', era no sólo congruente, sino muy útil, las leyes aristotélicas, en el mundo de lo cotidiano suponía un riesgo que no fue, no ha sido, de hecho, tomado en cuenta. La consideración de hechos diferentes como 'idénticos' es una de las claves que mejor explican la aparición de modos de vida problemáticos, promovidos por el proceso de **Identificación**.

De sobra es conocido que la información supone un elemento que nos permite experimentar el mundo de una forma más productiva. La cuestión es que para que pueda existir esa información han de ser percibidas o tomadas en cuenta las

---

<sup>10</sup> Como podemos leer en Helsenberg citado por Massuh (1990, pg. 125): "Las vulgares divisiones del universo en sujeto y objeto, mundo interior y mundo exterior, cuerpo y alma, no sirven ya más que para suscitar equívocos".

variaciones entre las distintas situaciones. Nuestros datos sensoriales iniciales son siempre 'primeras aproximaciones', enunciados sobre las «diferencias», que se dan entre los objetos externos o bien enunciados acerca de los cambios que ocurren tanto en ellos como en nuestra interrelación con ellos. Nos interesa oponernos claramente a esa filosofía fácil que se apoya sobre un sensualismo más o menos franco, más o menos novelesco y que pretende recibir directamente sus lecciones de un 'dato' claro, limpio, seguro, constante siempre ofreciéndose a un espíritu siempre abierto (Bachelard, 1948) Los objetos o circunstancias que quedan absolutamente constantes en relación o en la experiencia del observador, sin cambiar ni por sus propios movimientos ni por los hechos externos en general, son de percepción dificultosa o quizás imposible. Lo que percibimos es la diferencia y el cambio (Bateson, 1991; Bateson y Ruesch, 1951 ).

Para que algo sea lo mismo (para tener un modelo o forma invariable) debe sufrir algún cambio, pues de lo contrario no podríamos reconocer que ha permanecido igual. Inversamente, para que algo cambie, tiene que haber una permanencia implícita que actúe como punto de referencia para juzgar que hubo un cambio (Varela y cols. 1992). Esto es lo que permite catalogar al proceso de **Identificación** como algo que realiza la persona para intentar mantener una relación 'idéntica' con el mundo.

En cualquier caso que la persona esté efectuando una representación del mundo ha de tomarse ella misma en consideración como algo diferente del exterior y sin embargo inmerso en él. Para Lewin (1935) dos propiedades de la persona son:

1) Su separación del resto del mundo por medio de un límite continuo, la diferenciación.

2) Su inclusión en un área más amplia, la relación parte-todo. Ahí vamos a encontrar elementos a incorporar al mapa, o bien que van a condicionar la elaboración del mapa.

De hecho lo que se recoge en cualquier mapa son las diferencias

percibidas en el territorio y entre la persona y el territorio (Bateson, 1991).

Coherentemente con la primera premisa hemos de concluir que a la hora de relacionarnos con el mundo, en la medida que dispongamos de un mapa lo más cercano a la 'realidad' posible más útil nos va a ser.

La clave que propone la Semántica General está en comprender que el mundo y nosotros con él, fluye y que afirmar que algo 'es' supone ignorar que el cambio, a uno u otro nivel, está ocurriendo. A nivel de sensaciones y sentimientos el cambio es constante, en la medida que son el resultado del contacto entre el individuo y un mundo en constante cambio. Pero en la medida en que nos alejamos de ese nivel y nos vamos elevando en abstracciones comenzamos a centrarnos más y más en lo estático independientemente del entorno (Weinberg, 1959). Cuando esto sucede pasamos a creer en una 'seguridad' que la 'realidad' del mundo y nuestra experiencia de él se encargan de hacer desaparecer.

Comprobamos una y otra vez que cada vez que decimos que algo 'es' ya 'no es'. (Korzybski, 1933)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup>El corazón de la argumentación de Korzybski por medio de la negación podemos resumirlo en (Paulson, 1983):

1) Si la metafísica tradicional de Aristóteles dice que algo (una palabra) es algo más (una cosa), entonces yo digo que algo (una palabra) «es nada» (que es una no-cosa).

2) Si la gramática aristotélica dice que una palabra tiene un significado definido, (esto es significa lo que significa como un término definido), entonces yo digo que una palabra tiene un rango indefinido (esto es, significa lo que significa un término indefinido en un contexto o estructura).

3) Si la lógica de Aristóteles afirma que algo no puede ser y no ser al mismo tiempo (esto es que ha de ser una de las dos o ser una cosa o no ser una cosa, entonces yo digo que de acuerdo con la moderna física cuántica y la teoría de la relatividad, algo (la luz por ejemplo) puede ser una cosa (materia) y no ser una cosa (quantum de energía) al mismo tiempo).



Ejemplos de esta afirmación los podemos encontrar cuando la persona trata de exponer que han vivido una experiencia siempre ha de hacerlo con referencia a hechos anteriormente acaecidos. Dado que vivimos en un mundo en proceso de permanente cambio al usar el 'es' en presente ya hacemos alusión a algo que ya ha cambiado. La tendencia característica que encontramos en el lenguaje a ser estático se contrapone con lo dinámico del mundo (Johnson, 1972). Como el significado de las palabras depende del contexto (Chisholm, 1945) al hablar 'acerca de' lo hacemos en otro contexto y esto convierte a lo que decimos que 'es' en otra cosa.

El uso del verbo 'ser' de forma indiscriminada, como ya hemos mencionado anteriormente, nos conduce a atribuir, a colocar en los objetos, características que no son de esos objetos. La estructura de nuestro lenguaje nos impulsa a hablar como si (y a pensar como si) las «cualidades» estuvieran «en» las cosas (Johnson, 1946). Esto nos permite que al hablar acerca de esos objetos caigamos en una especie de 'animismo' por medio del cual nos convencemos que las cosas o las personas 'son' en lugar de darnos cuenta que es así como las 'vemos' o 'evaluamos'.

La gran aportación de la visión no-aristotélica, que hace la Semántica General, es el cuestionamiento de la validez del continuo que los seres humanos hemos ido estableciendo, desde que comenzamos a usar el lenguaje<sup>12</sup>, entre representación de la 'realidad' y nuestra experiencia de esa 'realidad'. La estructura de nuestro lenguaje nos conduce a confundir los hechos con las inferencias y suposiciones que efectuamos, y, paradójicamente con ese lenguaje podemos incorporar nuevas alternativas en la medida en que suponen un nuevo 'mapa'.

Veamos a continuación con qué otras características humanas está relacionado el proceso de **Identificación**.

---

<sup>12</sup> Como afirma Penrose (1989, pg 475): "Es el lenguaje el que nos permite filosofar y describir cómo nos sentimos, de modo que podamos convencer a los demás de que nosotros tenemos consciencia del mundo exterior y también consciencia de nosotros mismos".

#### 4.1.1. La simbología un producto de la Humanidad

Toda la conducta humana consiste en, o es dependiente de, el uso de símbolos. Al ser humano una de las características que le distinguen es la de ser generador y usuario de símbolos. El símbolo, la representación, es el universo de la humanidad. Es útil señalar aquí una de las diferencias que existen entre signos y símbolos. Puesto que mientras que los signos pueden ser utilizados incluso en el nivel animal, la comunicación entre animales existe como algo diferenciado de la de los seres humanos. En las personas tiene un significado cualitativamente distinto.

En el cuadro 6 , tomado de Caro (1990 b) reflejamos de modo sintetizado las diferencias mas esenciales entre 'símbolo' y 'signo'. En la mencionada obra podemos encontrar una exposición mucho más amplia.

<b>Cuadro 6</b>	
<b>Principales diferencias entre 'Signo' y 'Símbolo'.</b>	
<b>SIGNO</b>	<b>SIMBOLO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Conexión necesaria con un referente.</li> <li>&gt; No es autónomo ni convencional.</li> <li>&gt; Significa, por lo general, siempre lo mismo.</li> <li>&gt; Sirve como indicio de algo.</li> <li>&gt; Parte circunscrita de una acción o de un acontecimiento.</li> <li>&gt; Puede convertirse en símbolo.</li> <li>&gt; Anuncia la presencia de una cosa o persona.</li> <li>&gt; Representa una acción automática de valor absoluto.</li> <li>&gt; Subclase de símbolos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Conexión arbitraria con un referente.</li> <li>&gt; Es autónomo y convencional.</li> <li>&gt; Cada cultura lo dota de un significado distinto.</li> <li>&gt; Sirve para transmitir mensajes.</li> <li>&gt; Artificio que resume una serie acciones o hechos.</li> <li>&gt; Incluye a los signos, aunque culturalmente modificados.</li> <li>&gt; Evoca una imagen sonido o sensación.</li> <li>&gt; Reacciones no absolutas ni automáticas.</li> <li>&gt; Signo con significado característico.</li> </ul>

El signo, tarde o temprano, pierde su significado apartado de su contexto, mientras que el símbolo no. El signo no es sustituto del acto original de la experiencia, mientras que el símbolo puede serlo (Morris, 1946). Esto lo que hace posible que se transmita la cultura de generación en generación y lo que dota a los símbolos de tanta influencia en la vida de las personas.

Se hace palpable cómo la utilización de símbolos, característica exclusivamente humana, permite no sólo el enlazamiento del tiempo (time-binding), sino que va a ser una de las bases del proceso de **Identificación**, y también, paradójicamente de la efectividad de la psicoterapia.

En la 'evaluación que cada uno hacemos de los símbolos reside, una gran parte de los modos de vida que adoptamos. Un símbolo es una cosa, el valor o el significado del cual le es conferido o atribuido por quienes lo usan (White, 1964).

Como afirma Von Foerster (citado por Murray, 1974), se hace imposible separar un símbolo de su simbolizador, su motor y capacidades mentales. Además, se hace imposible separar símbolo y simbolizador de sus ambiente, en el que tenemos que movernos con otros simbolizadores con el fin de que la simbolización adquiera algún sentido.

Un símbolo es un signo producido por la persona que lo interpreta y actúa como un sustituto de alguna otra señal de la cual es sinónimo (Morris, 1946). En este caso la aparición de las actitudes no saludables podríamos verla favorecida por la confusión entre 'sinónimos' e 'idénticos'. No obstante esto puede tener su aspecto positivo cuando observamos que la ventaja de tales símbolos se encuentra en el hecho de que pueden ocurrir en ausencia de otras señales provistas por el entorno; una acción o estado de la persona que lo interpreta se convierte o produce una señal guiando la conducta con respecto del entorno (Morris, 1946).

Como ya ha sido expresado en la definición antes reseñada, la

**Identificación**, no es ni mas ni menos que evaluar 'idénticamente' lo 'obvio' y lo 'imaginado'. Este proceso, a menudo, conduce a las personas en busca de atención psicoterapéutica, cuando comienzan a comprobar lo profundas y significativas, cuando no dramáticas, que son las consecuencias de confundir ambos planos.

Otro de los planos en los que el proceso de **Identificación** puede ser pernicioso, es cuando olvidamos las diferencias interpersonales. Tomamos entonces como cierto e indiscutible, que el significado que algo tiene para la persona que habla es idéntico que el que tendría para nosotros si dijéramos esa mismas palabras (W. Johnson, 1984). Olvidamos que el significado de una palabra no está en la palabra sino en la persona que la usa.

Esto hace que cuando analizamos la intervención terapéutica consideremos que el terapeuta está implicado en la labor de hacer posible a sus pacientes que vean el significado de lo obvio. En percibir las diferencias como una característica unida al proceso de maduración como ser humano (Weinberg, 1959).

#### **4.1.2. El proceso de Identificación en relación a la Morfofostasis y a la Morfogénesis.**

Si el proceso de **Identificación** supone, a menudo, más problemas que soluciones, ¿cómo es que las personas tendemos a llevarlo a cabo tan a menudo?

Hay bastantes respuestas a estas preguntas, pero antes de aventurarnos a alguna de ellas quisiera reflejar algunas consideraciones que abundan en lo habitual de este proceso. Cuando uno intenta hallar un fundamento último dentro o fuera de la mente, la motivación básica y el modelo de pensamiento es el mismo, a saber, la tendencia al apego, a la fijación (Varela y otros, 1992).

Maturana y Varela (1990) se refieren a la tendencia de los seres humanos a vivir en un mundo de certidumbre, de solidez incuestionable, en el que nuestras concepciones 'demuestran' que las cosas son como las vemos. Esta sería, en cierto modo una

característica que configura nuestras actitudes cotidianas. Estos autores describen su obra como "una invitación a suspender nuestro hábito de caer en la tentación de la certidumbre".

La mayor parte de la filosofía occidental se ha interesado en el hallazgo de un fundamento último, sin cuestionarse esta tendencia a aferrarse a un cimiento o ser consciente de ella. Ni que decir tiene que si la tendencia de los paradigmas dominantes ha sido ésta, con mayor motivo habrá sido ese el camino habitual por el que ha transitado el saber popular.

Admitir que la falta de fundamento es la condición misma para el complejo e interdependiente mundo de la experiencia humana, hubiera supuesto incluir entre los modelos de pensamiento el de la 'incertidumbre' (Pula, 1979) y la 'no-identidad', lo cual habría proporcionado un hábito de incalculable valor para la salud mental de las personas. Porque no hay que olvidar que la falta de un fundamento fijo y constante es algo palpable en todas las facetas de la experiencia humana.

En otro plano, a la hora de considerar otra respuesta podemos encontrarla en que entre las tendencias básicas de cualquier organismo está la encaminada hacia la supervivencia, y que ésta depende de dos importantes procesos, (Feixas y Villegas, 1.990):

**Morfostasis:** Proceso por el que el organismo debe mantener su continuidad frente a las variaciones del ambiente.

**Morfogénesis:** Proceso por el que el sistema cambia su estructura básica con el objetivo de adaptarse al cambio de condiciones en el ambiente.

Tenemos así que habría que encuadrar al proceso de **Identificación** a caballo entre la Morfostasis, en cuanto que supone el intento de mantener 'idénticos' los modos de relación con el mundo, y la Morfogénesis, en la medida que el ser humano puede llegar a 'identificarse' tanto con las condiciones ambientales, que llega a olvidar su propia identidad.

La peculiaridad que para la persona tienen estos dos procesos, Morfofostasis y Morfogénesis, es, como hemos dicho anteriormente, que al desenvolverse a nivel simbólico en muchas de las facetas de su vida su significación es distinta y a menudo desconectada del ambiente.

La persona consigue alcanzar una sensación de seguridad en base a estos dos procesos, el estático (morfofostasis) y el dinámico (morfogénesis). Mientras que con el primero su principal objetivo es construir barreras protectoras y quedarse quieto dentro de ellas, en el segundo caso su seguridad depende de recursos internos con los cuales siente que puede hacer frente al mundo (Hayakawa, 1953). La tendencia a evitar las situaciones de cambio está tan presente en la vida de los seres humanos que puede llegar a considerarse como una característica de la naturaleza humana, lo cual no la hace más beneficiosa (Scott Peck, 1978).

La constancia de un símbolo o de una idea es fruto de una actividad mental, o de una interpretación. Entonces estamos manejándonos siempre en una actividad o una acción de la cual la persona tomará conciencia o no. Lo que es innegable es el papel activo del ser humano en la búsqueda de la Morfofostasis. En cuanto al proceso de Morfogénesis, la utilización de símbolos puede suponer la expresión práctica del proceso de **Identificación**, al confundir el símbolo con el objeto que representa, sin olvidar que a menudo consideramos 'idéntica' la significación de un símbolo a lo largo del tiempo, o para diferentes personas.

#### **4.1.3. El organismo como un todo en relación con un ambiente, una forma de ver el ser humano.**

Esta proposición, como anteriormente hemos visto, plasma uno de los rasgos más distintivos y característicos del pensamiento de Korzybski (1933) en lo relativo a la perspectiva desde la que consideraba a la persona. Ser humano, estar vivo, es estar siempre en una situación, un contexto, un mundo (Varela y cols. 1992). La persona se desenvuelve en su espacio vital (Lewin, 1935), que es el

todo de su realidad psíquica: contiene la totalidad de los hechos 'posibles' capaces de determinar la conducta de una persona, incluye todo cuanto es necesario conocer para comprender a un individuo concreto en un ambiente psicológico y en un momento determinado (Von Bertalanffy, 1968).

El que la persona viva inmersa en un entorno del que lo que puede llegar a percibir ha de sufrir un cambio cualitativo para poder hacer manejable esa información es el nexo que une la concepción del organismo como un todo en un ambiente y lo que postula la primera premisa. Veamos algunas características que resumen el cambio al que acabamos de aludir:

*1) El conocimiento humano siempre es hipotético.*

Necesitamos, para poder tener fe en nuestra capacidad de conocer, llegar a la conclusión de que las cosas 'son' de una determinada manera, de modo que podamos afirmar qué causa qué. Conviene recordar que el conocimiento humano, plasmado en afirmaciones de ese tipo, puede caer en el error de olvidar que siempre es hipotético. Que toda expresión es una hipótesis sobre la realidad (Ellerbroek, 1980).

La inteligencia humana no puede estar segura de sí misma; no es una herramienta capaz de una perfectibilidad ilimitada, aunque a menudo se acaricie esa idea. Todo lo que podemos afirmar es que, hasta el presente, no hemos encontrado inconsistencias en lo que hemos visto (Bridgman, 1927).

Utilizamos el planteamiento causa-efecto para explicar la 'realidad' (Berman, 1981), llegando a través de la **Identificación** a creer que es una característica de esa 'realidad'.

*2) Las cualidades o características no están en las cosas.*

Como consecuencia del carácter hipotético del conocimiento humano ha habido una tendencia 'proyectiva' muy marcada en cuanto a la forma de conceptualizar lo que se conoce. Este tipo de

pensamiento es típico de la filosofía aristotélica, que afirma que *las cualidades o características están en las cosas*, que son su esencia, invariable e independiente del observador. La refutación y el rechazo de este modo de pensar son un 'leit motiv' en la obra de Korzybski.

Las categorías no están en la «naturaleza»; están en nuestra cabeza y en nuestro lenguaje (Weinberg, 1959).

Precursores de la ciencia moderna, como Galileo, aportaron también elementos para ir sentando las bases de esa concepción que colocaba 'en' las cosas las características. Galileo hizo una distinción entre cualidades 'primarias' (forma, movimiento, dureza y número) y 'secundarias' (color, temperatura, tono, sabor). Mientras que las primeras pertenecían al mundo real, las secundarias representan reacciones del receptor respecto del mundo externo y son derivadas, por tanto, de las 'primarias'. (Castilla del Pino, 1969.; Gorman, 1978; Koyre, 1966).

*3) El determinismo, un intento de hacer que el territorio se acople al mapa.*

Esta es una de las formas de pensamiento que se ha derivado de la interpretación de los puntos de vista aristotélicos, y que ha dominado, en términos generales, la visión científica del mundo hasta el primer tercio del siglo XX, está todavía presente en los actos más cotidianos de los seres humanos. Uno de los axiomas que subyacen al determinismo estricto es que podemos conocer todos los sucesos que preceden a un fenómeno y podemos luego, lógicamente verificar esos sucesos (Weinberg, 1959).

Una de las consecuencias que los descubrimientos científicos de la física moderna, los cuales que superan la estrechez de miras del determinismo estricto, y que pueden tener una incidencia beneficiosa en las personas es que nos permitiría entender nuestras relaciones psicológicas con la naturaleza (Bridgman, 1927). En la medida en que no aplicamos una visión de causa-efecto a la experiencia humana podemos incorporar el suficiente grado de



incertidumbre y flexibilidad como para tomar en cuenta cómo influyen las diferencias entre mapa y territorio al elaborar nuestras evaluaciones.

Esta integración de los avances científicos en las hábitos cotidianos, defendida por Korzybski desde sus primeros escritos, permitiría desarrollar un mecanismo preventivo respecto de la aparición de modos de vida problemáticos de las personas. Este va a ser como veremos más adelante, uno de los planos en los que se va a centrar la intervención terapéutica.

*4) La incertidumbre siempre está presente en el conocimiento humano.*

La incertidumbre, la imposibilidad de afirmar con un mínimo de garantías que "A" es " A" de una forma permanente, ha sido un criterio que han tenido que incorporar los investigadores y los científicos de cara a mantener la congruencia entre los avances que han ido realizando y las teorías que como consecuencia han ido elaborando.

Esto hace que ,en una u otra medida, los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, etc..) tengamos que incorporar esos planteamientos si pretendemos llegar a una comprensión más profunda de los modos de vida problemáticos que desarrollan las personas y en qué dirección se pueden elaborar alternativas saludables. Que en última instancia las personas habrán de ir integrando, si quieren que los avances de la humanidad sirvan para la vida cotidiana, el modo no aristotélico de pensar.

En base a todo esto habremos de asumir que los modelos que adoptemos para el estudio del mundo natural, en el que los seres humanos estamos inmersos, deben necesariamente presentar un carácter pluralista que refleje la variedad de fenómenos que observamos (Prigogine, 1972-1982).

*5) La relación observador-observado, una muestra de la dinámica interna de un conjunto indivisible.*

En la raíz del fenómeno explicativo de causa-efecto está la concepción de un mundo en el que observador y observado son dos entidades separadas sin otra conexión que la que el observador establece con lo que observa (Berman, 1987).

Este hábito de separar y desconectar los dos universos, el del observador y el de lo observado, parte de dos suposiciones, básicas en el pensamiento aristotélico, que la ciencia actual ha demostrado que no se corresponden con la 'realidad':

A) El ser humano funciona, o puede ser estudiado de un modo separado del mundo en el que vive.

B) Al ser dos entidades diferentes e inconexas, y al haber una relación de un solo sentido, desde el observador a lo observado, el 'isomorfismo' es condición imprescindible para que las explicaciones tengan validez práctica.

Esto hace que tengamos tendencia a partir del criterio de que es 'idéntico' el mundo y nuestro conocimiento de él. No olvidemos, y esta es una forma más de expresión del proceso de **Identificación**, que la repetición de fenómenos de forma 'idéntica' es algo que solo es posible cuando el nivel de análisis se queda en los aspectos semejantes. (Bridgman, 1927).

*6) La teorización, una actividad necesaria para poder elaborar mapas que nos sean útiles para transitar por los diferentes territorios.*

De cara a que el conocimiento humano sea comprensible y sistemático se hace imprescindible la elaboración de teorías que cartografíen el campo investigado.

Como los avances en los diferentes campos son constantes vamos a tomar como punto de partida la afirmación de los científicos que nos dicen que no hay dos cosas idénticas:

A) Vemos las semejanzas a base de ignorar las diferencias.

B) Podemos ver las semejanzas entre diferentes cosas, tanto como podemos ver las diferencias entre cosas semejantes.

No puede evitarse, si mantenemos intacto el 'es' de identidad, el que las personas 'introyecten textualmente' lo que perciben sin cuestionarse los cambios que esa incorporación requiere para poder llevarla a cabo.

Cuando confundimos las palabras con los objetos o hechos a los que hacen referencia somos capaces de establecer relaciones inexistentes. Establecemos un punto de origen y otro de llegada en nuestro pensamiento y a ese recorrido le llamamos 'proceso' (Castanedo, 1983). Hay multitud de procesos que al tener que efectuar un cambio cualitativo de la información que tomamos de nuestro entorno conllevan unos cambios de profunda significación para las personas.

Veamos algunos de los procesos que, según Johnson (1972) se pueden llevar a cabo a través de la elaboración teórica y su posterior expresión en palabras:

a.- No hay cosas en el Universo que no puedan ser puestas juntas verbalmente. (Por ej: Tú y tu reloj)

b.- Toda cosa que existe en el universo puede ser incluida en más de una categoría. (Por ej: Tú mismo)

c.- Las cosas no son lo mismo por el hecho llevar la misma etiqueta. (Por ej: Hitler y Bach pueden ser definidos como «germanoparlantes».)

d.- Lo que nosotros llamamos un hombre dependerá de nuestro propósito, nuestras proyecciones y nuestra evaluación; ya que el hombre no cambia cuando le cambiamos la etiqueta.

e.- Cada clasificación nos dice algo acerca de como un objeto es considerado (por alguien) semejante a ciertos otros objetos; cada una nos dice algo acerca de las formas en las que un objeto es considerado diferente de otros objetos.

f.- Problema: tenemos un mundo de totalidades que está cartografiado/teorizado por un lenguaje de categorías (Johnson, 1946).

Una de las aportaciones que la confrontación del proceso de **Identificación** supone para el campo de la psicoterapia es precisamente la de cambiar la forma de teorizar. Hasta no hace mucho la psicología académica ha tomado el lenguaje de la teoría como un detalle mas o menos incidental. Precisamente, como un reflejo de las antiguas concepciones de la física, considera que el lenguaje es un medio pasivo para comunicar conceptos y no toma en consideración la influencia sobre los conceptos comunicados (Erdelyi, 1985).

*7) La hipótesis de circularidad, una teoría más cercana a la estructura de los hechos que la que propone la relación causa efecto.*

Como consecuencia de ello podemos acceder a formas distintas de conceptualizar la 'realidad'. Los planteamientos de la ciencia a lo largo de este siglo han ido comprobando que la hipótesis de circularidad era más adaptada a la 'realidad' que la linealidad propuesta por la visión aristotélica. Uno de los criterios del 'sentido común', versión 'abstraída' y 'light' del pensamiento aristotélico para 'uso diario', es la convicción de que hay una y sólo una filosofía social o visión del mundo 'correcta' o 'adecuada', o una línea de conducta que 'debemos' seguir (Bridgman, 1927).

Para poder elaborar un mapa de la 'realidad' mínimamente útil no tenemos más alternativa que tomar como paradigma el propuesto por la física cuántica, muchos de cuyos principios son una consecuencia lógica de la visión no-aristotélica que propone la Semántica General. Hay que dejar claro, en este aspecto que lo

que la Psicología incorpora de otras disciplinas científicas como la física, es el método de representación de la 'realidad' y no los conceptos y hechos físicos en sí (Deutsch, 1968).

No se pueden comprender determinados procesos si no nos hemos entrenado para efectuar una evaluación flexible e individualizada. La supervivencia de una civilización o de un individuo depende de su habilidad para adaptarse al cambio.

*8) La tendencia a la repetición, una consecuencia de la aplicación rígida en la práctica de un modelo teórico.*

Precisamente puede decirse que un gran número de dificultades sociales provienen de la utilización acrítica de los tradicionales hábitos de pensamiento (Bridgman, 1927). La tendencia de las personas a convertir las actividades mentales en automatizadas o a percibir las por sus resultados como externas al sujeto es lo que conduce a la convicción de que hay una realidad independiente del pensamiento (Segal, 1986).

Muchas de las actitudes calificadas como neuróticas o infantiles pueden ser consideradas como la aplicación constante y repetida de una misma solución frente a circunstancias dramáticamente diferentes. Se trata de reaccionar 'idénticamente' ante situaciones 'totalmente' diferentes (Watzlawick y cols. 1974).

Estos procesos suelen estar basados en que no tomamos en cuenta la diferencia, cuando no la total oposición, entre nuestra experiencia de la realidad y la evaluación o significado que le atribuimos.

Las diferencias entre observación y experiencia han de ser un elemento más a tener en cuenta, si queremos vernos afectados lo menos posible por la tendencia tan humana de eliminar las diferencias que desembocan en el proceso de **Identificación**.

#### 4.1.4. A modo de conclusión.

La concepción de la persona como un todo en relación con un ambiente y del mundo como un proceso, que propone la Semántica General, es lo opuesto de lo que persigue la persona a través de la **Identificación**. Admitir que el cambio es lo único permanente, supone dar carta de naturaleza a una concepción de la 'realidad' como algo probabilístico, en donde no habría espacio para la seguridad que se persigue con la **Identificación**. No hay que perder de vista que el mapa lo mantenemos estático, mientras que el territorio está en cambio constante.

Si dos cosas, sucesos o situaciones, no pueden ser 'idénticas' y sí son más que la suma de los acontecimientos que les preceden, entonces el determinismo estricto es imposible (Weinberg, 1959). Desde otra perspectiva volvemos a toparnos con la imposibilidad de repetir 'idénticamente', ni tan siquiera un experimento en el marco de estricto control de un laboratorio. La consideración de que dos situaciones son susceptibles de ser comparadas, paso previo para poder llevar a cabo la **Identificación** de una forma consciente, requiere de la evaluación de elementos comunes entre ambas, como 'iguales'. Para que algo sea 'lo mismo' (para que tenga un modelo o forma invariable) debe sufrir algún cambio, pues de lo contrario no podríamos reconocer que ha permanecido igual. Inversamente para que algo cambie, tiene que haber alguna permanencia implícita que actúe como punto de referencia para juzgar que hubo cambios. (Varela y cols. 1992).

Esta paradoja de que cambio y continuidad están presentes en la experiencia humana es, como más adelante veremos, lo que hace que el proceso de **Identificación** tenga una significación ambivalente.

Esto, mientras estamos centrando nuestra atención al nivel de hechos físicos observables, es relativamente fácil de entender, pero ¿qué no sucederá cuando nos centramos en el plano de las emociones y sentimientos personales? En este punto, pretender la **Identificación** entre lo que sentimos y la explicación o demostración que hacemos de ello raya el plano de la alucinación.

Como resumen de esta serie de comentarios acerca de la relación entre la primera premisa de la Semántica General y el proceso de **Identificación**, podemos decir que ambas son las dos polaridades opuestas de un continuo en el que los extremos son la percepción de diferencias o la eliminación de todas ellas.

El principio de No-identidad como base de una estructura de pensamiento que 'ha de ser' semejante en estructuras a la 'realidad' que pretende conocer, (Read, 1968), supone una de las bases en las que descansa el entramado teórico de la Semántica General.

#### **4.2. Respecto de la segunda premisa: «El mapa no recoge todas las características del territorio»**

Respecto de la segunda premisa, la que sostiene que la palabra no recoge todas las características del objeto o experiencia a la que hace referencia, nos encontramos en la obra de Korzybski con toda una serie de referencias a un proceso fundamental para él, y que también tiene una gran implicación de cara a comprender el concepto de **Identificación**. Puesto que en la medida que abstraemos estamos dejando fuera una serie de características.

Tratamos de obtener la seguridad que buscamos en la 'identidad' de las experiencias. Para ello hemos de aferrarnos a la fantasía, de que somos capaces de conocer 'todo' lo que hay en la realidad para así poder 'adivinar' lo que en el futuro nos aguarda. Cuando hablamos o escribimos, tendemos a actuar como si conociéramos «todo» sobre el tema, como si hubiéramos dicho todo sobre ello, (Ellerbroek, 1980).

El proceso de abstracción (véase figura 1 en pag. 49), tal y como lo denomina Korzybski (1933), supone dejar fuera una serie de características que dan lugar a las diferencias entre la experiencia y la conceptualización que hacemos de ella. Podemos volver a decir que es aquello que las personas llevamos a cabo cuando llegamos a enunciar una definición puesta en palabras de una

experiencia.

Aunque el proceso de abstracción es característico de todo ser vivo, y es observable, en mayor o menor medida, en toda la escala evolutiva, solamente el ser humano puede tomar conciencia de su proceso de abstracción lo que significa que , puede ser consciente de su conciencia.

En la medida que una persona va adentrándose en el proceso de abstracción va dejando en el camino una cantidad muy importante de información de detalles, así como cambiando el significado de otros, que hacen que al final lo que fue una experiencia de enorme riqueza y complejidad quede reducida a una palabra. No hay que olvidar que supone la transformación de una clase información (sensorial) en información de otra clase (verbal) (Weinberg, 1959).

El hecho de que exista una pérdida de información implica, además, un cambio cualitativo en cuanto al significado de esa información para la persona.

El ser humano vive su existencia mediatizado por su concepción del mundo, que es otra de las modalidades del proceso de abstracción. Puesto que para concretar esa concepción ha de hacer necesariamente una transformación que le permita estructurar y almacenar la historia de su vida y la valoración que hace de ella. Nosotros hacemos pedazos la naturaleza, la organizamos en conceptos y le asignamos unos significados (Bateson, 1972. Worth citado por Sini, 1981). En este caso, temas como el de la autoimagen, el autoconcepto, evaluación del mundo, etc... son una expresión práctica del proceso de abstracción.

Hay una gran cantidad de ejemplos, en el mundo de la psicología y la psicoterapia, en cuanto a la realización del proceso de abstracción. Baste citar los trabajos que los psicólogos de la Gestalt llevaron acabo en el terreno de la percepción, hasta las interpretaciones más ortodoxas del psicoanálisis. En todos ellos podemos observar cómo se han tomado en cuenta unos detalles



y se han obviado otros. Para la elaboración de cualquier modelo psicológico o psicoterapéutico se ha tenido que hacer hincapié en unas facetas determinadas del ser humano y/o de su experiencia y ésto necesita de una abstracción, nos demos cuenta de ello o no (Bontrager, 1962).

#### 4.2.1. El Diferencial Estructural un modelo particular para representar el proceso de abstracción.

En Semántica General la formulación del proceso de abstracción, como elemento inevitable a la hora de representarse internamente la experiencia humana, se concreta en el Diferencial Estructural propuesto Korzybski.

Korzybski (1933) (véase Fig. 3). Propone cinco niveles de abstracción partiendo desde la experiencia, en la que la persona está inmersa, como el plano desde el cuál comenzará su elevación por los diferentes niveles de abstracción.

La experiencia de lo que está sucediendo es previa a cada uno de los niveles que describimos seguidamente.

Nivel 1º: Corresponde a la experiencia de primer orden. Es un nivel no traducible a palabras. Consiste en lo externo, lo 'objetivo'. Nivel en el que podemos ver con nuestros ojos. En este nivel, podríamos hacer una imagen en movimiento, incluyendo acciones.

Nivel 2º: Es el denominado de las *etiquetas*. En el se recogen ya expresiones lingüísticas. Con una palabra se engloba toda la experiencia.

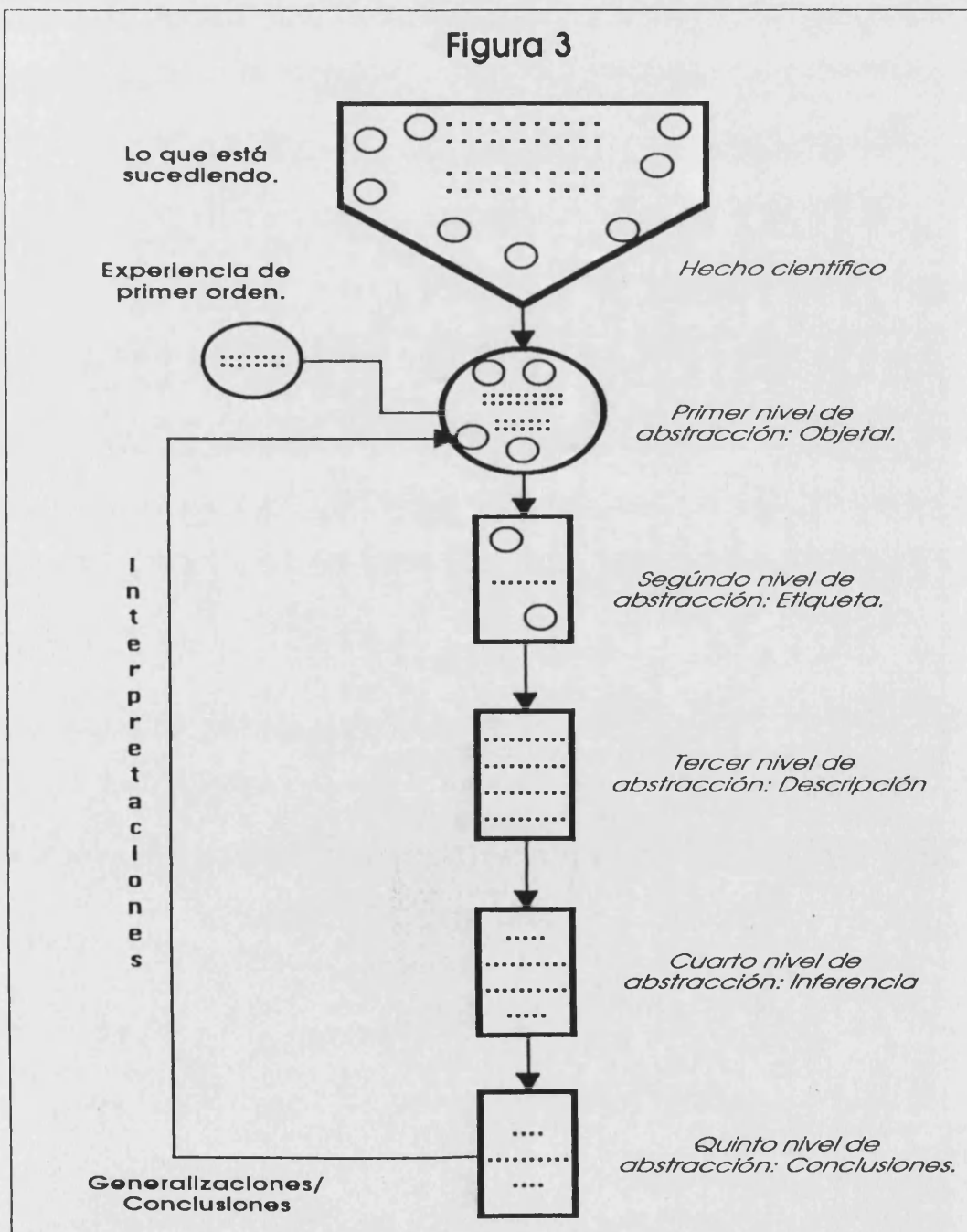
Nivel 3º: Muy unido al anterior pero con algunos rasgos diferenciadores tenemos el nivel de las *descripciones*. En el que hay una exposición más pormenorizado a través de expresiones descriptivas referidas a la experiencia inicial.'

Nivel 4º: En este nivel se recogen las *interpretaciones* y las *inferencias* que se pueden hacer partiendo de las descripciones anteriores. Ya hay una incorporación por parte del sujeto respecto de

las *relaciones* entre las diferentes descripciones.

Nivel 5º: En este nivel, el más elevado dentro del proceso por medio de abstracción, la persona llega a unas *conclusiones* y *generalizaciones* respecto de lo que ha supuesto la experiencia. Es desde aquí desde donde el individuo pasa a la acción si la evaluación ha sido correcta.

A continuación, en la figura 3 incluimos la representación gráfica de este modelo tomada de Caro, (1990 d ).



#### 4.2.2. Relación entre la ausencia de conciencia de abstracción y algunas 'psicopatologías' mencionadas en los manuales.

Esta idea de la abstracción entendida como un proceso, va a tener una importancia capital para poder entender la labor psicoterapéutica. Va a permitir explicar una gran cantidad de modos de vida problemáticos, muchos de los cuales, son recogidos como síndromes en diferentes epígrafes de los manuales de psicopatología. Tomado de Salama (1992) reseñamos algunas de las denominaciones de trastornos que él utiliza procedentes del DSM IV, y señalamos algunos rasgos que indican la presencia no consciente del proceso de abstracción esto es lo que exponemos en el cuadro 7.

<b>Cuadro 7. Relación entre trastornos y rasgos el proceso de abstracción.</b>	
<b>Nombre del trastorno</b>	<b>Rasgos que indican el proceso de abstracción.</b>
Trastorno Esquizoide.	Inexistencia en su discurso de referencias al contacto con su entorno.
Trastorno Esquizotípico.	Presencia de expresiones que muestran un pensamiento mágico.
Trastorno Paranoide.	Conclusiones propias sobre el significado de la conducta de los otros.
Trastorno Narcisista.	Expresiones que comportan fantasías de grandiosidad.
Trastorno Obsesivo-Compulsivo.	Lenguaje plagado de términos que implican rigidez y estaticidad.
Trastorno Pasivo-Agresivo.	En cada una de las polaridades el discurso muestra un alto nivel de abstracción. Mientras que en la Pasiva es la infravaloración la que todo lo cubre, en la Agresiva, es la crítica constante la que lo caracteriza.
Trastorno por evitación.	El discurso del paciente no va más allá de la expresión de frases hechas en las que es muy escasa la implicación personal y emocional.
Trastorno Límite.	La dispersión que presenta en su discurso se convierte en un cúmulo de referencias ambiguas a experiencias con las que no llega a tomar contacto.
Trastorno por dependencia.	En su discurso no se refleja de forma clara a quien corresponde la responsabilidad del evento que narra.
Trastorno Histriónico.	La necesidad de conseguir atención transforma el discurso en una especie de llamada constante de la que está ausente la referencia a una experiencia propia.

#### **4.2.3. Rasgos más destacables del modelo/mapa que la persona elabora de su experiencia problemática.**

Las características de la experiencia de las personas problematizadas (maladjusted) están marcadas por tres aspectos (Johnson, 1946):

1) Es de un nivel muy elevado de abstracción, es decir, contienen muchas vaguedades.

2) Al ser de tanta vaguedad son muy difíciles de reconocer.

3) Al ser difíciles de reconocer se le muestran esquivas y difíciles de concretar.

Esto es lo que hace que no puedan abordarse como algo concreto para modificar y/o asumir. Por medio de esta forma de exponer su problemática se produce un proceso de retroalimentación que tiende a impulsar el proceso a un círculo vicioso en el que la no resolución refuerza la sensación de no saber qué resolver y simultáneamente el no saber qué resolver refuerza la sensación de que no hay solución posible.

En la medida en que se toma conciencia de las abstracciones y de las grandes diferencias cuantitativas y cualitativas a que dan lugar respecto de las experiencias en sí podemos empezar a elaborar pautas y patrones para el cambio.

Uno de los modelos desde el que se plantean teorías que explican el paso de la experiencia a la palabra que la representa, la Programación Neurolingüística, sostiene que la principal característica que presentan las personas que buscan ayuda psicoterapéutica es la de tener unos mapas (modelos del mundo) empobrecidos. (Bandler y Grinder, 1976). En términos de la Semántica General podemos decir que con niveles de abstracción muy elevados y con un escaso grado de conciencia.

Según estos autores para poder construir un mapa se han de seguir tres procesos, los cuáles aparecen reseñados en el cuadro 8 que presentamos a continuación.

Cuadro 8.

## Procesos que seguimos en la construcción de mapas.

Proceso	Descripción
GENERALIZACION	Es el proceso mediante el cual algunos elementos o piezas del modelo de la persona se desprenden de la experiencia original y llegan a representar la categoría total de la cual la experiencia es solo un caso particular.
ELIMINACION	Proceso mediante el cual prestamos atención selectivamente a ciertas dimensiones de nuestra experiencia, al mismo tiempo que excluimos otras. Reduce el mundo a dimensiones en las que podamos manejarlo.
DISTORSION	Proceso que nos permite hacer cambios en nuestra experiencia de los datos sensoriales que recibimos.

El discurso y las descripciones de los pacientes muestran frases y expresiones en las que existe un marcado carácter de indefinición y de ausencia de detalles en los que se pueda concretar la riqueza de una experiencia y simultáneamente muestran una acentuada tendencia a usar expresiones que denotan estaticidad. Baste citar como ejemplos: «Siempre me ocurre lo mismo», «No puedo hacer nada para cambiar», «Me tratan como alguien inferior», «El carácter que tengo es la causa de mis problemas», etc...

Cuando partimos de la lógica propuesta por la segunda premisa vemos que la consecuencia inmediata es que siempre existe la posibilidad de enriquecer la expresión y por tanto las alternativas para la persona. Una de las características más destacables de cualquier forma de evaluación errónea es la restricción y el empobrecimiento de las elecciones y alternativas que se evalúan y de las que se dispone (Weinberg, 1959).

Las posibilidades para una mayor calidad de vida pasan por representarnos siempre nuestras experiencias de manera que nos capaciten para producir mejores resultados (Robbins, 1986). De hecho no sabemos qué 'es' la vida, sólo sabemos qué 'significa' para nosotros. Aquí volvemos a encontrarnos con las diferencias cualitativas que implica el proceso de abstracción.

Las características de la experiencia o el hecho que se van perdiendo a lo largo del proceso de abstracción están íntimamente relacionadas con los niveles no-traducibles-a-palabras. Parece no haber alternativa para el ser humano, si quiere llegar a representarse, de alguna manera, una experiencia, si quiere recordar algo, tiene que llevar a cabo una abstracción.

La riqueza neurológica que poseen los humanos supone la capacidad de rememorar el pasado o imaginar el futuro. Esto conlleva la vía para poder adoptar una posición disociada de la experiencia del aquí y ahora. Sin embargo esa posición privilegiada para el análisis y el aprendizaje, implica a la vez el tener que apartarse del aquí y ahora como experiencia no traducible a palabras y trasladarse a otro espacio-tiempo que sólo es posible crear a nivel de representación interna, ya sea verbal, visual, auditiva o kinestésica, pero representación al fin y al cabo.

Esta capacidad de enlazar el tiempo (time binding) a nivel de experiencia interna es exclusiva del ser humano. En otro plano, la cultura, como creación de la humanidad, es también la expresión de la capacidad de enlazar a unas generaciones con las siguientes. Tiene carácter acumulativo, en la medida que generación tras generación van teniendo a su disposición los avances y conocimientos de las anteriores.

Para poder llevar a cabo esta transmisión de información y conocimientos a sus sucesores, las sociedades han de disponer de un sistema de codificación de los hechos. Estamos, de nuevo, ante la necesidad de abstraer para poder comunicar.

El hombre no dispone a menudo de los medios suficientes para

corregir y completar sistemáticamente las informaciones que puede recoger (Bulla de Villaret, 1973), de ahí que tenga que ser consciente de los elementos o características abstraídas.

Dado que al desenvolverse como un todo en interacción con un ambiente el hombre se convierte en parte inseparable del ambiente (Bois, 1957), ha de disponer de recursos para ir haciendo manejable, para sí y para otros la información que llega a captar. La abstracción es inevitable. Si no hubiera esa abstracción no habría posibilidad de captar las diferencias y no sería posible el aprendizaje, ni en última instancia la vida humana tal y como hoy la contemplamos.

#### **4.2.4. La conciencia de abstracción.**

Desde la Semántica General la cuestión no es que haya que negar la abstracción, como hacen aquellos que están encadenados al proceso de **Identificación**. La cuestión estriba en cómo tener conciencia de esa abstracción.

El objetivo de la segunda premisa, al menos desde mi punto de vista, es que no olvidemos nunca la necesidad de permanecer atentos a las diferencias entre los distintos pasos del proceso de abstracción. Esta disminución de conciencia, tan a menudo favorecida por los hábitos (Sartre, 1965) y la rutina, contribuye a la creencia de que hay dos hechos iguales, o de que son 'idénticos' el hecho y la palabra que lo define.

La conciencia de abstracción elimina 'automáticamente' la **Identificación** o 'confusión de órdenes de abstracción' (Korzybski, 1933) en la medida en que se percata la persona de las detalles y diferencias que no tomaba en consideración.

En el mismo sentido hay que considerar que la falta de esa 'conciencia de abstracción' nos lleva a 'identificar' confundir palabras con objetos, y sentimientos o memorias e 'ideas' con las experiencias, cuando éstas últimas pertenecen a un nivel no traducible a palabras (Korzybski, 1933).

Para que el aprendizaje se pueda llevar a cabo se requiere de una codificación y estructuración de la información en forma asimilable para el ser humano. Eso supone ya una abstracción. Si no tenemos conciencia de la diferencia entre la información y la experiencia, podemos llegar a afirmaciones totalmente desconectadas de la 'realidad', y que las tomamos como ciertas sólo porque están escritas en un libro.

Como se desprende de todo lo dicho hasta ahora, el proceso de abstracción es comparable a la respiración. Puede que nos 'demos cuenta', que seamos conscientes o que no, lo que es cierto es que lo llevamos a cabo.

Las diferencias entre la riqueza de matices que podemos encontrar en el mundo en el que vivimos y lo que nosotros llegamos a poder decir de cómo vivimos en el mundo son el campo que abarca la segunda premisa. Esas diferencias son, básicamente, establecidas por el ser humano, en cierto sentido podemos afirmar que el medio ambiente, tal como nosotros decimos que lo percibimos, es invención nuestra ( Von Foerster, 1981; Weinberg, 1959).

Nosotros vemos a través de un espejo que parcialmente transmite y parcialmente refleja. Vemos cosas que están en nuestro exterior, pero las vemos bañadas en 'reflexiones' de nuestras mentes (Keyes, 1979). La noción de elección como punto de partida de una posición activa, nos permite recuperar el papel protagonista en la configuración del curso de nuestra vida.

#### **4.2.5. Relaciones entre las dos primeras premisas.**

Aparece entonces otro aspecto que nos vuelve a presentar las profundas conexiones entre las dos premisas que estamos abordando aquí y la **Identificación** como un proceso que única y exclusivamente se puede desarrollar a nivel mental. Es imprescindible olvidarse o 'aislarse' del mundo o el contexto en el que se vive para poder 'identificar' situaciones y/o experiencias. Sólo podemos 'identificar' cuando nos restringimos a representaciones internas,



desconectadas del flujo vital en el que estamos inmersos y las proyectamos en el mundo exterior.

Nos estamos desarrollando, a lo largo de este trabajo, en el camino que va desde la experiencia a la representación, desde el territorio hasta el mapa.

Ya hemos dicho anteriormente que en este recorrido se producía no sólo una pérdida sino un cambio en la modalidad de la información. Para Bandler y Grinder (1976) las diferencias entre ambos extremos obedecen a tres tipos de limitantes:

\* **Fisiológicas:** Imposibilidad de los receptores de nuestro Sistema Nervioso para captar 'todos' los estímulos procedentes de el entorno en el que vivimos. Los umbrales de percepción son un claro ejemplo de ello.

\* **Sociales:** El ambiente y el grupo social en los que cada persona vive es otra de las fuentes de diferencias. El lenguaje, en la medida que es el vehículo de comunicación interpersonal por excelencia, pertenece a este tipo de limitantes.

\* **Individuales:** Producto de la historia personal, el modo en que cada uno ha vivido su vida y la evaluación que hace de ella, cada uno elaboramos nuestra propia visión del mundo. En este grupo cabe incluir el mecanismo del 'Time-binding' (enlace del tiempo) en un nivel que podríamos catalogar de experiencia/historia 'personal'.

Una vez más, estas limitantes demuestran la imposibilidad de llevar a la experiencia práctica comportamientos saludables y que a la vez sean acordes con el proceso de **Identificación**. Si la persona persiste en llevar a cabo esas conductas van a aparecer problemas, más o menos profundos de adaptación y supervivencia en el mundo.

La toma de conciencia del proceso de abstracción, o dicho de otro modo, la evitación de la **Identificación**, supone una prueba de

madurez en el ser humano. En la medida en que una persona no lleva a cabo respuestas 'automáticas' a las interpretaciones que hace del entorno en el que vive, está dándose tiempo para utilizar el cerebro, su cerebro, como un instrumento de análisis en vez de un simple 'contestador automático'.

Para autores como Weinberg (1959), la toma de conciencia del proceso de abstracción supone la puesta en acción de forma integrada de nuestro sistema nervioso.

Cuando el ser humano en los inicios de su historia como ser diferenciado cualitativamente de los primates, empezó su trayectoria, lo hizo transportando un significado o una información de una diferencia a través del tiempo y del espacio. Para hacer esto tuvo que elaborar un símbolo. Desde las primeras muestras de comunicación entre primates podemos encontrar una 'abstracción' de la experiencia que se quería comunicar a los demás.

El símbolo, como ya hemos dicho, es la unidad básica de toda la conducta y civilización humanas (White, 1964).

Para poder comunicarse entre sí, los seres humanos han de utilizar la abstracción, ha de haber una simbolización, comprensible para ambas partes.

Cuando una persona 'identifica' 'realidad' y 'símbolo', como ya hemos señalado antes, se está desconectando del mundo en el que se desenvuelve. Más aún, 'recrea' una 'realidad' interna en la que la congruencia con el mundo exterior puede estar en peligro, cuando no ausente.

En este punto conviene señalar una cuestión que desde el punto de vista del enfoque cognitivista ha sido necesario asumir y que sin embargo es, como mínimo, discutible. La creación de símbolos es utilizada por el cognitivismo para satisfacer la necesidad de que haya un nivel semántico o representacional de naturaleza física, (Varela y cols. 1992).

Casi sin darnos cuenta tenemos así aceptada la idea de que existe un mundo externo que puede ser objetivado y objetivable, dando lugar a que un símbolo pueda ser evaluado como 'Idéntico' por dos personas diferentes. Esto iría en contra de lo que ya hemos sostenido en cuanto la unicidad y diferencia de la experiencia del ser humano.

Esto significa, en cierto sentido, un ir más allá, en la línea que propone la Semántica General, del punto de vista de que la persona puede experimentar, sin modificar nada, una 'realidad' externa pre-existente.

Recordemos que una de las características que Korzybski(1933) atribuía al proceso de **Identificación** era la de confundir, o no diferenciar lo que existe en el interior de la persona y lo que existe en el exterior. Si tenemos en cuenta que la manifestación de una forma siempre involucra alguna predisposición por parte de nuestra estructura (Varela y cols.1992), vamos a encontrarnos que va a haber una variación intrapersonal en el proceso de cómo adquieren sentido los símbolos.

Como conclusión podemos extraer que en la medida que que la persona toma conciencia de su proceso de abstracción va a hacer frente a los peligros que supone la **Identificación**.

#### **4.3. Respecto de la tercera premisa: «el mapa es auto-reflexivo»**

En sintonía con la tercera premisa podemos adentrarnos en una de las actividades específicamente humana, la capacidad de 'autorreferencia'. En diversos autores (Caro, 1990a; Gergen. 1991; Johnson, 1946; Korzybski, 1933. etc...) encontramos referencias a esta posibilidad de utilizar el lenguaje para hablar sobre el lenguaje.

De hecho da lugar a una de las paradojas más profundas de la capacidad humana de elaborar símbolos. La de hacer comentarios «acerca de» puesto que en ellos siempre hay una referencia o aportación personal por parte de quien elabora el mapa.

Frecuentemente las personas no podemos darnos cuenta de la tragedia de esta paradoja. Podemos comprobar que ha sido totalmente olvidada en el pasado de la Psicología, y que no se le ha prestado la atención suficiente. El discurso siempre puede ser enriquecido y, tal y como aquí pretendemos rectificar, a menudo se le considera como algo definitivo, estático y 'verdadero'.

Puede ser una fuente de dificultades e identificaciones, porque con el lenguaje nosotros podemos hablar sobre el lenguaje (Korzybski, 1937).

En el terreno del lenguaje hablado, la posibilidad siempre existente de decir algo más acerca de lo ya dicho, convierte en un laberinto sin final el intento de añadir información acerca de algo. Al igual que siempre podemos añadir un número más a cualquier número pensado, siempre podemos añadir un nivel explicativo superior a lo ya dicho. Siempre podemos hacer un 'mapa' que contenga al 'mapa' que representa a un territorio y a la representación hecha.

El camino para que sea de utilidad el mensaje de esta tercera premisa se dirige hacia la toma de conciencia del diferente significado de cada uno de los 'mapas' que contienen los 'mapas' anteriores, los cuáles han sido creados por la persona que habla.

Hay que tener presente que nada es acerca de otra cosa a menos que la interpretemos como siendo de cierta manera. La forma de 'puntuar' una secuencia de hechos es fruto de la epistemología de quien la realiza (Bateson, 1991), de modo que la relación de reflexividad entre los diferentes mapas también es un proceso que descansa sobre una actividad que lleva a cabo la persona.

#### **4.3.1. Siempre es posible establecer una nueva relación para incorporar al mapa una nueva diferencia .**

Si no tomamos en cuenta el presupuesto de que la persona es la que establece las relaciones (Weinberg, 1959) vemos que es perfectamente aceptable decir que un mapa representa el territorio

sin molestarnos en averiguar cómo obtienen significado los mapas (Varela y cols. 1992). No obstante es aquí donde el rechazo al proceso de **Identificación** nos vuelve a remitir a la necesidad de tomar en cuenta las diferencias. Más aún, el hecho de evaluar como idénticos dos mapas es dar por hecho que entendemos que el mundo está establecido de antemano, es decir, que sus rasgos se pueden especificar antes de toda actividad cognitiva. Esto implicaría tener que admitir la existencia de algún tipo de 'identidad' que se correspondiera con una 'realidad objetiva'.

Podemos observar así que si admitimos esta premisa como otra de las fuentes de explicación de la forma de evaluar saludable de los seres humanos, tenemos que la **Identificación** aparece como imposible. Siempre hay posibilidad de incluir referencias acerca de referencias.

El elaborar un mapa de forma más compleja nos podría llevar a un proceso sin fin, que implicaría una pérdida de utilidad del mapa debido a la saturación por exceso de la cantidad de información que en él incorporamos.

#### **4.3.2. Significación de esta premisa en el marco de la Psicoterapia.**

La incidencia de la incorporación en el ámbito de la Psicoterapia de lo que esta premisa plantea va a ser de capital importancia en dos sentidos:

**A)** Todo lo que el paciente expresa hace referencia a él mismo, por lo que podemos afirmar que no hay comentarios 'objetivos'.

**B)** En la línea de que siempre puede darse una vuelta de tuerca más a la hora de descubrir y describir los mecanismos y los modos con los que cada persona se problematiza.

Cuando tomamos en cuenta el proceso de autorreflexividad no podemos evitar adentrarnos en el modo que hacemos más compleja

nuestra experiencia. El que el desarrollo de esta complejidad se dé a nivel teórico y de experiencia interna no es óbice, mas bien al contrario, para que suponga una influencia en la forma de vivir.

No existe una posibilidad clara de delimitar cuándo comienza una experiencia. Lo que sí es posible es que la persona se «dé cuenta» del momento en que toma conciencia de esa experiencia. No parece factible delimitar cuál fue el primer 'mapa'. Esto hace una vez más necesario recordar que la toma de conciencia requiere de una percepción de diferencias que suponen la interrupción del proceso de **Identificación**. Cada vez que intentamos rastrear los orígenes de una percepción o una idea nos encontramos con que se trata de una percepción de una percepción de una percepción, etc... o la descripción de una descripción de una descripción, etc.. (Varela, 1981).

Como cada persona va a llevar de forma única e intransferible el proceso de vivir la vida, con la idea de autorreferencia estamos dando pie a la aparición del concepto de 'responsabilidad' como una capacidad de evaluar y experimentar el mundo de forma diferente.

Si los 'mapas' que cada uno elabora son diferentes y además es responsabilidad propia el hacerlo de una u otra manera, nos encontramos con que esta va a ser la vía en la que el proceso terapéutico, entendido como la búsqueda, el descubrimiento y la puesta en práctica de modos alternativos, cobra todo su sentido.

#### **4.4. Aspectos más característicos y relación entre las tres premisas.**

En el cuadro 9 que presentamos a continuación exponemos de forma reducida y esquemática los aspectos más destacables de las tres premisas y la relación de interdependencia que existe entre ellas. Hemos de tener en cuenta que estas tres premisas son el punto de partida del esquema de la Semántica General y por medio de ellas Korzybski trato de expresar el conjunto de su sistema. Tener claras cuáles son las implicaciones que comportan nos va a permitir, de aquí en adelante, el que cada concepto que exponamos

tenga un referente concreto y preciso respecto del marco conceptual del que partimos, ésto es lo que reflejamos en el cuadro 9.

**Cuadro 9.**  
**Aspectos más destacables de las premisas y relación entre ellas.**

PREMISA	ASPECTOS PRINCIPALES	RELACION ENTRE ELLAS
<p><b>Primera:</b> <i>El mapa no es el territorio.</i></p>	<p>Negación de la identidad.</p> <p>Palabra y experiencia no son lo mismo.</p> <p>Hablar 'acerca de algo' no es hacer ese 'algo'.</p>	<p>La relación entre las tres premisas es de Interdependencia.</p> <p>Cada una de ellas dota de significado a las otras dos.</p> <p>Al negar la Identidad entre palabra y hecho, <i>la primera premisa</i> da pie a que podamos centrarnos en la base de la segunda, la abstracción, como muestra del cambio cualitativo que existe entre discurso y experiencia. Permite que no tengamos ningún problema, en admitir la posibilidad de incorporar más términos a un discurso que hagan más corta la distancia entre palabra y hecho.</p>
<p><b>Segunda:</b> <i>El mapa no recoge todas las características del territorio.</i></p>	<p>La palabra es un reflejo abstraido del objeto o la experiencia a la que se refiere.</p> <p>Siempre hay una pérdida de información al poner en palabras una experiencia.</p> <p>El lenguaje requiere de la abstracción para poder elaborarlo.</p>	<p>La <i>segunda</i> permite aceptar sin ningún género de dudas la obviedad que supone afirmar que palabra y hecho no son 'lo mismo'. Al mismo tiempo al hacer referencia a la pérdida de información que supone la abstracción deja el camino libre para la comprensión y asunción de la tercera.</p>
<p><b>Tercera:</b> <i>El mapa es autorreflexivo</i></p>	<p>Siempre puede añadirse una palabra acerca de lo dicho.</p> <p>Nunca podemos estar seguros de que lo hemos dicho 'todo' sobre una experiencia.</p> <p>La posibilidad de aumentar la riqueza de lo expresado implica a la persona tener una certeza 'total' respecto de la 'calidad' de su discurso.</p>	<p>La <i>tercera</i> sostiene a la primera, señalándola como indiscutible, al defender la posición de que siempre es posible ampliar el discurso que se refiere a un hecho, que palabra y hecho no son 'lo mismo'. En cuanto al soporte que da a la segunda premisa, lo vemos plasmado en que siempre hay más detalles que son susceptibles de ser incorporados, lo cual va a hacer menos intensa la incidencia del proceso de abstracción.</p>

#### 4.5. En el conjunto de su obra.

El papel que la prevención del proceso de **Identificación** juega en el conjunto de la obra de Korzybski es capital.

En la medida en que lo que persigue, como 'leit motiv' de sus trabajos, es el favorecer el desarrollo de la capacidad de las personas para desenvolverse en el mundo haciendo un uso óptimo de sus capacidades, el disponer de la habilidad de distinguir y ser consciente de las diferencias entre lo que experimentamos y lo que conceptualizamos es de vital importancia.

A lo largo de su obra, casi con machaconería, repite y una y otra vez que no existe la 'identidad' que nunca dos veces es lo mismo.

El carácter nocivo de la **Identificación** es algo que puede ser tomado como uno de los ejes sobre los que una y otra vez insiste.

Los aspectos más notorios de la influencia del concepto de **Identificación** en el esquema conceptual de Korzybski podemos resumirlos en los siguientes puntos:

A) Como idea omnipresente en todos sus trabajos está la negación del concepto aristotélico de Identidad. Es inaceptable, si queremos mantener una base teórica y epistemológica de similar estructura que los hechos, el dar por válido que algo 'es' permanentemente.

B) La imposibilidad de eludir el cambio que supone la representación y/o conceptualización de una experiencia u objeto es la base desde la que Korzybski parte para reclamar la necesidad de una nueva forma de 'ver'/'vivir' el mundo.

C) Para Korzybski no es posible evitar una evaluación errónea y, como consecuencia de ella, los modos problemáticos de vivir si no nos deshacemos de la idea de que el conocimiento y lo conocido son la 'misma' cosa.

D) Todas sus propuestas para desarrollar hábitos y posiciones



vitales saludables pasan por tomar conciencia de la abstracción que supone el mero hecho de pensar 'acerca de algo'.

E) Como consecuencia de lo profundas y complejas que son las diferencias entre la experiencia interna y el entorno en el que nos desenvolvemos, del cual somos inseparables, Korzybski propone la conveniencia de poner en funcionamiento una pausa, 'talamo-cortical' la llama él, que nos permita desprendernos de la falsa seguridad que siempre conlleva el caer en el proceso de **Identificación**.

F) La articulación que Korzybski hace de su pensamiento en torno al rechazo del proceso de **Identificación** podemos observarla en sus diferentes obras como un referente constante y una llamada de atención respecto de un proceso el cual, salvo que seamos conscientes de estar llevándolo a cabo, va a ser fuente de modos de vida rígidos y dogmáticos.

G) La característica de acción de la que Korzybski dota al proceso de **Identificación** es la que nos conduce a la posibilidad de eludirlo, o como mínimo, hacerlo consciente para evitar su perniciosa influencia.

Estas serían a grandes rasgos las líneas que configura el papel que desempeña el concepto de **Identificación** en el conjunto de la obra de Korzybski, y es partiendo de aquí desde donde, posteriormente abordaremos el interés de incorporar la confrontación de este proceso como un instrumento útil para la labor psicoterapéutica.

### **5) Fundamentos de la confrontación del proceso de Identificación.**

La confrontación del proceso de **Identificación** es una consecuencia lógica e inevitable de las posiciones que sostiene la Semántica General como disciplina no-aristotélica.

### 5.1. Teóricos.

Los fundamentos teóricos en los que se basa el concepto de **Identificación** hemos de buscarlos, como bien señalan muchos de los autores que han hecho aportaciones importantes en Semántica General (Korzybski, Reiser, Bois, Johnson, Hayakawa, Pula, etc...) en los planteamientos de la filosofía no aristotélica.

Anteriormente ya hemos expuesto las diferencias entre las posiciones aristotélicas y no-aristotélicas.

La posición de definir negativamente las cualidades de un pensamiento, en este caso el pensamiento aristotélico, hacen que nos tengamos que referir a lo que no se hace.

La base teórica la encontramos en que se rechaza la posibilidad de hablar de situaciones, experiencias o hechos idénticos. Es imposible que dos veces 'sea lo mismo' (Korzybski, 1933).

En el pensamiento aristotélico lo estable y lo permanente son algo básico en cuanto a la posibilidad de los seres humanos de llegar a hacer una afirmación permanente y sobre todo segura de como las cosas son.

### 5.2. Epistemológicos

El punto de partida de la epistemología que subyace a la confrontación del proceso de **Identificación** podemos situarlo en una concepción científica en la que se consideran inseparables las diferentes disciplinas científicas (Berman, citado por Reiser, 1989).

Esto conlleva una serie de consecuencias, siendo la más fundamental de ellas la de que siempre es posible obtener un mayor conocimiento y un mejor contacto con el mundo en el que nos desenvolvemos. También se deriva de esa afirmación que la total certeza es inalcanzable y por tanto nuestro conocimiento y la

epistemología que lo condiciona y que de él se desprende siempre es de índole hipotética y probabilística.

De ahí que los fundamentos epistemológicos de la confrontación del concepto de **Identificación** puedan ser catalogados como pertenecientes a los postulados más avanzados de la ciencia en nuestros días.

La superación de la noción de la 'antigua semántica' como conectada con una teoría del significado por medio de una teoría o ciencia de la evaluación es otro de los referentes epistemológicos de importancia vital. Puesto que, en la medida en que somos capaces de ir más allá de la idea de 'una palabra=un significado' estamos devolviendo a la persona en contacto con el ambiente un carácter 'polisémico' que le confiere un nivel de flexibilidad suficiente para poder experimentar el cambio constante.

El entramado epistemológico que estamos defendiendo en esta tesis se articula en torno a un modo de ver/vivir el mundo en el que no es posible evitar el papel protagonista y determinante de la persona, pero indivisiblemente unida a su entorno con el que forma un todo significativo (Ravagnan, 1969).

Los avances del conjunto de las ciencias que anteriormente hemos reseñado conforman el marco en el que se encuadra una forma de entender las acciones del ser humano como una forma de 'co-responder' a lo que capta del ambiente. Esta unión dota de responsabilidad a la persona y a la vez impide que podamos hablar de ella como un ente siempre constante y por tanto da pie a la realización de cambios en sus acciones y evaluaciones de modo que pueda alcanzar un vivir más saludable.

**6) Postulados 'ideales' en los que habría de asentarse el proceso de Identificación para no favorecer los modos de vida problemáticos.**

Para que la **Identificación** pudiera llevarse a cabo de una forma congruente con la 'realidad', es decir, que no implicara una

'distorsión' o cambio de significado, habría que aceptar una serie de postulados. Se trata de dar por buenos los criterios que se derivan de uno de los principios básicos del pensamiento de Aristóteles, el de Identidad. Tomado como Ley de Realidad, el principio de Identidad implica que «todo lo que es, es», «una cosa es lo que es». Si lo consideramos como Ley de Pensamiento, el mencionado principio supone que «una palabra significa lo que significa», «el significado de cada palabra debe permanecer constante (idéntico) en cualquier discurso.

Aún a pesar de no ser exhaustiva, la relación que a continuación se propone, pretende señalar cómo el proceso de **Identificación** implica dar por válidas una serie de 'presuposiciones, las cuales se recogen en los siguientes puntos:

\* Que el ser humano no efectúa ningún cambio entre la 'realidad' que experimenta y la representación que de ella se hace. Podríamos decir que es factible una 'inmaculada percepción', (Huneus, 1984, Maturana y Varela, 1990), que no hay diferencia entre mi experiencia de la 'realidad' y la evaluación o significación que hago de ella.

\* Que el ser humano, el cual tiene la capacidad de enlazar en el tiempo dos situaciones ocurridas en momentos diferentes, puede, sin incurrir en una evaluación errónea, valorar ambas con el 'mismo' nivel de 'realidad'.

\* Que existen, al menos para la persona que las experimenta, tal número de elementos comunes en situaciones diferentes que permiten efectuar una comparación entre ambas. Solo se puede convertir en 'idénticas' dos situaciones con elementos 'totalmente' comunes.

\* Que a pesar del carácter dinámico de la experiencia y del proceso de vivir, es posible mantener una experiencia 'idéntica' de la persona en su entorno.

Estas 'presuposiciones' nos conducen a mantener una serie de

critérios en cuanto a nuestra forma de desenvolvernos en el mundo en el que vivimos. Si tomamos al pie de la letra los puntos que hemos señalado nos encontramos con que sería imposible la vida. Puesto que una de las principales características de la existencia es la constancia del cambio en el curso de la duración (Rueff, 1967).

Cuando mantenemos que es saludable confrontar el proceso de **Identificación** lo hacemos partiendo de la base de que el cambio es lo 'único' constante en los seres vivos. Si no tomamos conciencia de ese cambio no podemos desenvolvernos en el mundo, puesto que entonces no podemos ni asumir ni responder a aquello que de diferente se nos presenta. Si, tal y como proponemos en esta tesis, el ser humano tiene la capacidad de utilizar aquello que aprende en una situación en situaciones posteriores, y no es capaz de llegar a tomar conciencia de los cambios que van sucediendo, parece garantizada la repetición tanto de conductas como de evaluaciones. Es precisamente esa repetición la fuente de los problemas de las personas (Watzlawick, 1977).

Saber qué ha permanecido constante y qué ha variado es lo que nos permite adaptarnos a las circunstancias, y de paso poner en funcionamiento recursos que anteriormente o no habíamos considerado o creíamos que no eran necesarios. La neurosis se produce cuando el individuo se estanca en una pauta rígida de sus técnicas de manipulación (Latner, 1973; Perls y cols. 1951). Podemos decir que la neurosis va emparejada con el intento de mantener de manera 'idéntica' la interacción entre persona y ambiente.

# Segunda parte

---

---

## INTRODUCCION

La división en fases del proceso terapéutico no deja de ser una división meramente teórica en la medida en que se refiere a un continuo. No obstante lo que se sostiene en esta tesis es que el proceso de **Identificación**, como algo que puede estar presente en cualquier experiencia humana, puede darse en cualquier fase de la terapia.

Feixas y Miró (1993) citando a Carkhuff, señalan la división que este autor hace del proceso terapéutico en tres fases: *Exploración* de objetivos, *comprensión* de la situación en relación con los objetivos y *actuación* para conseguirlos objetivos. Partiendo de esto Carkhuff señala que la terapia centrada en el paciente focaliza en la primera, el psicoanálisis en la segunda y la modificación de conducta en la tercera. Esto en cierto modo nos confirma que la posibilidad de llevar a cabo una psicoterapia efectiva va a requerir de una flexibilidad y sobre todo de una reevaluación constante de la marcha del proceso terapéutico.

Hemos dividido, para poderlo exponer de forma más comprensible, el conjunto del proceso terapéutico en fases. En la figura 4 que se expone al final de esta Introducción presentamos de forma gráfica y esquematizada el proceso terapéutico en su conjunto.

Resulta difícil, si no imposible, determinar el número de sesiones que corresponden a cada fase. De hecho, y congruentemente con lo que nosotros pensamos que caracteriza el proceso terapéutico, cada relación terapéutica tiene una serie de características específicas y particulares que hacen imposible la concreción más allá de un conjunto de rasgos muy genéricos y poco concretos.

Abordaremos en primer lugar la *etapa previa al comienzo de la relación terapéutica*. En esta fase vamos a centrarnos en *cómo llega la persona a la conclusión de que necesita terapia*. Para ello estudiaremos los aspectos que caracterizan el alcanzar la

*conciencia del conflicto*. También vamos a entrar en los detalles que configuran las *vías de solución que para el paciente aparecen como accesibles*. Como consecuencia de estos primeros pasos entraremos en los *presupuestos bajo los que el paciente solicita la terapia*, concluyendo la exposición sobre esta fase en las *consideraciones que se pueden hacer desde la óptica que nos aporta la confrontación del proceso de Identificación*.

En un apartado específico entraremos a exponer la importancia y significación de la *Primera entrevista*. En este punto analizaremos los múltiples planos de significación que en ella inciden. De un parte *la existencia de dos 'mundos', el del Terapeuta y el del Paciente*. En cada uno de esos mundos nos centraremos en las *expectativas* que cada cual lleva al encuentro terapéutico, así como la *búsqueda de contacto* que ha de presidir el inicio de una terapia que se pretenda fructífera y útil. El modo en que el terapeuta sea capaz de *'oir'/'escuchar' el discurso del paciente* va a ser de vital importancia de cara a la marcha de la relación terapéutica, por lo que aparecerá la incidencia que en este plano va a tener la *presencia del proceso de Identificación*.

Posteriormente vamos a ir entrando en la *fase inicial del proceso terapéutico*, el cual ha arrancando de la primera entrevista, va a conducirnos hacia el *conocimiento de la problemática que el paciente quiere abordar, y los modos que éste tiene de formularla*. Veremos *las expresiones del paciente como una clave* que va a permitir la comprensión, por parte del terapeuta, de sus modos de vida problemáticos. También nos centraremos en *lo que el terapeuta es capaz de percibir y lo que no como fruto del paradigma psicoterapéutico al que pertenece*. Focalizando por último nuestra atención en las *dificultades que van a aparecer en el plano comunicacional si no se confronta el proceso de Identificación*.

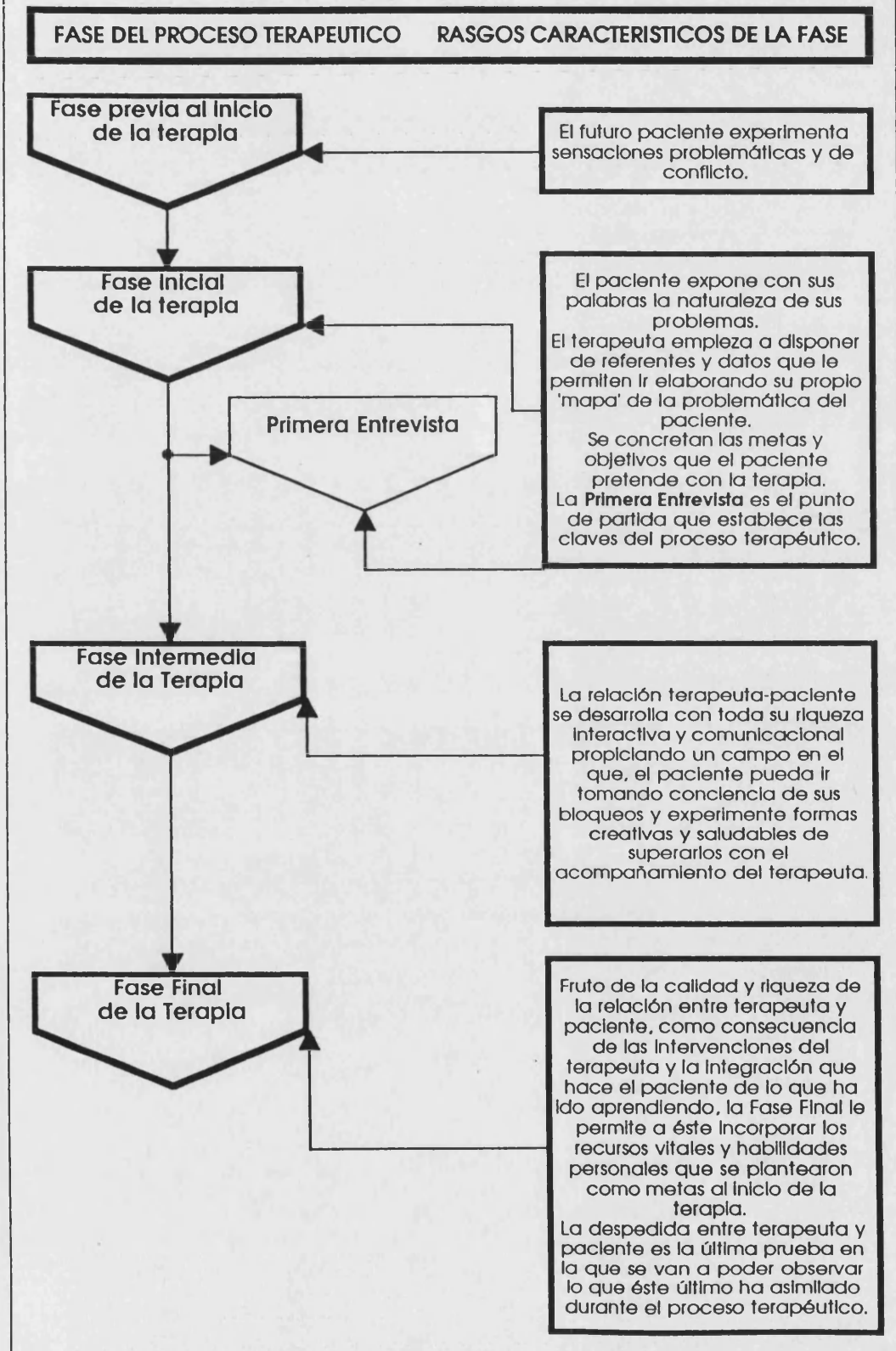
Como complemento del estudio de esta primera fase vamos poner el énfasis en los *objetivos que se persiguen en la terapia*. Incidiremos en la *concreción de las metas terapéuticas* y el modo en que la *confrontación del proceso de Identificación puede de ser de utilidad* a este respecto.



Avanzaremos a lo largo del proceso terapéutico a través de la *fase intermedia* de dicho proceso, en la que nos ocuparemos inicialmente del *carácter demostrativo* que en el transcurso de la terapia tiene la *relación entre terapeuta y paciente*, de cara a la constatación de que es posible el *cambio*. Para ello haremos hincapié en las *características de la comunicación* entre ambos. Los *aspectos semejantes y diferentes entre la relación que el paciente mantiene con el terapeuta y otras relaciones que mantiene en su vida cotidiana* van a ser estudiados como fuente de recursos para el cambio. Las *repeticiones y las variaciones* que dentro y fuera de la terapia efectúa el paciente también van a ser analizadas en este apartado. Partiendo de este análisis podemos utilizar la *conceptualización del proceso de Identificación* como referente para entender y hacer más ostensibles los *bloqueos que el paciente experimenta*. Llegando por último a utilizar la *confrontación de dicho proceso como instrumento para favorecer la superación de los bloqueos*.

La *fase final del proceso terapéutico* vamos a abordarla a través de la *valoración y significación de las metas alcanzadas*, tanto por parte del paciente como del terapeuta. En este periodo final *los temores del paciente* van a ser *la muestra última* del efecto de su modo de poner en práctica el *proceso de Identificación* y observando cómo los *efectos de la terapia* van a incidir de forma determinante en el significado de esos temores. También mencionaremos cómo se puede ir comprobando el *alcance de los cambios integrados por el paciente* que van más allá de las metas inicialmente concretadas. Siendo en el último punto de esta segunda parte en el que nos ocupamos de *la despedida como último ejemplo de los beneficios de de la confrontación del proceso Identificación*.

**Figura 4.**  
**Fases del Proceso terapéutico y rasgos característicos de cada fase.**



## **V) LA PSICOTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROCESO DE IDENTIFICACION.**

La visión de la psicoterapia que vamos a tener si tenemos en cuenta el proceso de **Identificación** desde la actitud de confrontarlo y hacerlo consciente en aras a superar lo nocivo de sus efectos, va a experimentar algunos cambios tanto en el modo de relación entre terapeuta y paciente, como en la valoración/evaluación que se vaya a hacer del contenido de las sesiones.

Lo que aquí proponemos es que la toma en consideración del proceso de **Identificación** puede ser útil en cualquiera de las fases y que por tanto, como ya hemos dicho anteriormente, va más allá de la división de los enfoques terapéuticos.

No considerar idénticas experiencia y la expresión de ella necesariamente nos lleva a un terreno en el que la incertidumbre está presente. En todo momento los participantes en la sesión, serán, o al menos eso convendría, conscientes que lo que están experimentando es algo que la otra parte no conocerá en su totalidad con lo que será útil mantener una actitud de flexibilidad en cuanto a actuar en base a la conducta o expresiones de la otra persona.

El significado de esta actitud en cada momento de la sesión psicoterapéutica y en el conjunto del proceso terapéutico en general va a suponer que no se puede tener la certeza nunca, ni por parte del paciente ni del terapeuta de lo que va a suponer cualquier comentario para la otra persona (Dawes, 1986).

Tanto paciente como terapeuta van a tener siempre que hacer frente a la duda de qué aspecto será más útil y fructífero expresar en palabras y sobre el que centrar el diálogo dentro de la amplia gama de matices que configuran la experiencia de la situación terapéutica.

Respecto de la faceta de la valoración/evaluación que se vaya

a hacer de los contenidos de la sesión hemos de tener en claro que toda mapa está retrasado respecto de la experiencia que se refiere. Esto supone que las palabras que se van a decir expresan algo ya sucedido, es decir que ya no 'es' (Dawes, 1986). Lo mismo sucede cuando estamos dando un determinado valor a momentos o situaciones durante la sesión o el proceso terapéutico.

Este pretende ser el campo de reflexión de lo que a continuación se escribe. Quisiera dejar un poco más claro, por medio de la toma en consideración y la confrontación del proceso de **Identificación**, que la psicoterapia debe asumir ese carácter de flujo de forma y constitución variable si quiere servir de ayuda eficaz a los pacientes que acuden a ella en busca de soluciones y de modos de vida alternativos.

### 1) Un concepto de psicoterapia desde esta perspectiva.

Tomando como punto de partida las sugerencias de Caro<sup>13</sup> (1990c) y antes de entrar en aspectos más concretos quisiera dejar constancia de la concepción de la Psicoterapia a que da lugar la toma en consideración del proceso de **Identificación**.

Podemos entenderla como: La interacción entre dos o más personas que por medio del intercambio de comunicación (verbal y no-verbal) persiguen alcanzar, en la(s) persona(s) que solicita(n) la terapia, un estado de mayor capacidad para poder desarrollar actitudes y llevar a cabo acciones que le permitan desenvolverse saludablemente en el entorno en el que vive(n).

Queremos hacer aquí un especial énfasis respecto de lo irrepetible, particular y específico de cada proceso terapéutico, es la

---

<sup>13</sup> Según esta autora los progresos a que espera dar lugar la psicoterapia son:

1) Una mentalidad más abierta.

2) Una forma de ver las cosas más flexible.

3) Posibilidades de mejora de la persona teniendo en cuenta las limitaciones y características del conocimiento humano.

concreción de la afirmación, que procedente de Heráclito, asumió Korzybski de «nunca dos veces es lo mismo».

Esto nos lleva a tener que estar teniendo siempre presente que no es posible que lo que fué útil y práctico en un contexto terapéutico con un paciente determinado puede serlo 'idénticamente' con otros.

Desde esta óptica la concepción de la psicoterapia como proceso no lleva implícita la idea de linealidad espacio-temporal. Si bien es cierto que cada experiencia vivida en una interacción condiciona las siguientes (Bateson, 1972), son habituales los momentos dentro del proceso terapéutico en los que se retoman aspectos anteriormente abordados. Es precisamente la asunción de que no existen dos momentos ni experiencias iguales lo que va a dotar de una nueva significación en el contexto terapéutico el retomar temas o reelaborar experiencias anteriormente vividas o comentadas.

## **2) Un acercamiento cualitativo al proceso terapéutico.**

La confusión que a menudo ha afectado a la investigación y estudio en el campo de la Psicología y la Psicoterapia podemos centrarla en que se han utilizado metodologías y enfoques incorporados literalmente de otras ciencias (Braunstein, 1975). Hemos querido captar por medio de instrumentos que no son sensibles a lo que pretenden medir. Recordemos que el hombre concreto, cada paciente como persona, es algo mucho más denso y complejo que lo que dan de sí los parámetros y los paradigmas de cualquier sistema científico (Cencillo, 1973).

Cuando desde la Psicología hemos querido elaborar cualquier forma concebible de clasificación hemos elaborado teorías, sistemas y enfoques independientes y separados, sin embargo no hemos sido capaces de elaborar un marco en el que estuvieran incorporados todas las leyes y principios (Botranger, 1962)

Los campos en los que se han aplicado la metodología de las

ciencias naturales siempre han tenido el denominador común de la posibilidad de observar en la práctica los fenómenos. Se han estudiado, al menos hasta la aparición de las teorías en las que se apoya la física cuántica y relativista, objetos que no interaccionaban con el observador. No existía por parte de lo observado ninguna actividad que no pudiera ser percibida por el investigador si éste disponía de instrumentos adecuados y de suficiente sensibilidad. Incluso en el seno de la Psicología enfoques como el conductismo en sus inicios se centraban exclusivamente en el comportamiento observable.

Es más bien en una dirección de mayor complejidad en la que hemos de avanzar. Puesto que en el estudio, análisis y teorización de los seres humanos no podemos obviar la existencia de una experiencia interna que no es observable directamente desde el exterior Laing (1982). Como bien sostiene Korzybski (1937) (véase *Diferencial Estructural*, en pg. 65) ni tan siquiera esta experiencia es transmisible en palabras para quien la vive.

Esta dificultad para la observación no podemos olvidarla sin llegar a caer en una 'identificación' entre lo que la persona expresa y dice que siente y la complejidad y riqueza de matices que realmente siente.

Este punto debemos tenerlo en mente en todos los pasos y sesiones a lo largo del proceso terapéutico para no caer en modos de trabajar alejados de lo que el paciente necesita que mermarían en gran manera la efectividad y validez de la psicoterapia.

Volviendo al tema de este apartado conviene que recordemos que la 'realidad' del ser humano consiste en una trama dinámica de posibles significados, funciones y valores que le demandan una capacidad de respuesta desde su repertorio polivalente de enfoques (Cencillo, 1973). En esta dirección cobra sentido aquello que afirmaban los filósofos existencialistas de que «las personas somos lo que hacemos». Es decir que la persona llega a la conclusión de iniciar una Psicoterapia cuando la inicia, pero para llegar a este punto han habido muchas consideraciones previas y también demandas desde el entorno.

Esto nos permite distinguir entre lo que supone el mundo interno de la persona en cuanto a que pretende iniciar la psicoterapia y la acción de comenzarla. El cambio lo realiza el futuro paciente cuando se convierte en paciente. De hecho la experiencia personal sólo puede transformarse mediante la acción (Laing, 1967).

Lo que el individuo ha ido experimentando hasta decidirse a comenzar es algo que no es accesible en su totalidad ni tan siquiera para él. Entraríamos en un terreno muy delicado y sobre todo de difícil comprobación si quisiéramos conocer cual ha sido el camino recorrido. Sin embargo la narración que el paciente haga de este proceso, va a ser de un valor inestimable para que el terapeuta llegue a conocer con mayor exactitud y proximidad el modo que tiene el paciente de experimentar su vida y sus conflictos.

## **VI) LA FASE PREVIA A LA INICIACION DEL PROCESO TERAPEUTICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROCESO DE IDENTIFICACION**

El referirnos a una fase previa supone una generalización considerable, en la medida que su desarrollo es variable, tanto en tiempo como en intensidad. Es un ejemplo de aquéllo a lo que hace referencia Wilden (1979) cuando dice que es necesario algún límite epistemológico, puesto que los límites son condiciones del pensamiento, pero siempre son arbitrarios, en el sentido de que son más metodológicos que reales. De hecho a lo que queremos aludir con la expresión 'fase previa' es al período que culmina con el comienzo de un proceso terapéutico, y al cual se refiere el paciente, en los casos en los que lo menciona, como la fase en la cuál tomó la decisión de iniciarlo.

Lo que vamos a exponer dentro de este apartado es el fruto de las conclusiones que el terapeuta puede extraer de las referencias del paciente. Conviene pues que sepamos que lo que a continuación se menciona es una aproximación a algo mucho más complejo que fueron las experiencias a las que el paciente alude. En aras a una mayor inteligibilidad y comprensión de cada una de las fases, vamos a incluir una muestra (emarcada) de los diálogos que se produjeron durante el proceso terapéutico en el caso que hemos seleccionado como ejemplo.

Comencemos por una breve descripción del caso

El caso que vamos a exponer es un trabajo real del que se han extraído los fragmentos correspondientes a cada uno de los apartados de la segunda parte de la tesis. La reproducción de los diálogos es fidedigna aunque no textual en la medida en que no han habido grabaciones magnetofónicas de las sesiones. No se han reseñado detalles o datos que pudieran quebrantar el secreto profesional y en algunos extractos se han modificado los detalles que pudieran proporcionar esa información. La reproducción de diálogos aparece siempre entre comillas.



**Datos de la paciente**

**Sexo:** Mujer.

**Edad:** 29 años.

**Estado civil:** Soltera. Vive con sus padres y dos hermanos (un chico y una chica menores que ella)

**Estudios:** Finalizada la carrera universitaria.

**Profesión:** Administrativa.

**Datos sobre el tratamiento**

**Modelo terapéutico utilizado:** Enfoque Gestalt, técnicas de Programación Neurolingüística y confrontación del proceso de Identificación.

**Duración del tratamiento:** 18 sesiones. Con la siguiente distribución entre fases:

**Fase inicial:** 4 sesiones. **Fase Intermedia:** 11 sesiones. **Fase Final:** 3 sesiones.

**Diagnóstico:** El instrumento utilizado para tal fin fue el Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (1993). En los resultados aparecían altamente bloqueadas las fases de Formación de Figura y Movilización de la Energía, lo cual indica un alto nivel de Proyección e Introyección respectivamente.

La diferencia entre los resultados del Test antes y después del proceso terapéutico se concretó en:

**Test inicial:** Proyección : 8 ( Formación de Figura totalmente bloqueada)

Introyección: 8 (Movilización de la Energía totalmente bloqueada)

**Test final:** Proyección: 0 (Formación de Figura totalmente desbloqueada)

Introyección: 2 (Movilización de la energía ligeramente bloqueada)

Las puntuaciones en el Test van desde 0 (ausencia de bloqueo)

### **1) Algunas experiencias a las que el paciente alude en referencia a esta fase.**

Las experiencias a las que el paciente hace referencia, aún a riesgo de ser esquemáticos, las vamos a agrupar bajo una serie de epígrafes que pretenden responder a lo más característico de cada experiencia.

#### **1) Algunas experiencias a las que la paciente alude en referencia a esta fase.**

El factor desencadenante que la paciente menciona para plantearse acudir a terapia lo sitúa en unos 2 años antes del comienzo de la terapia, en los que un fracaso amoroso en una relación que ella esperaba finalizara en boda, la dejó según sus propias palabras "deprimida" y "con miedo a que le volviera suceder".

El acudir a consulta se debe, según la paciente, a que se lo recomendó una amiga.

#### **1.1. Percepción de diferencias.**

La clave para comprender la experiencia que el futuro paciente vive y en la que se basa su decisión de comenzar la terapia es la *percepción de la diferencia*. Las dificultades con las que la persona se encuentra son una faceta más de las dificultades que tiene para establecer distinciones, lo cual es la raíz misma del acto de vivir (Efran y cols. 1990). De hecho la base para iniciar un cambio importante es un cambio en la percepción de la situación (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Podemos afirmar sin ninguna duda que el inicio y el fin de una psicoterapia, suponen cerrar un círculo que partiendo de un cambio en la percepción conduce a la percepción de un cambio (Guillaume, 1971).

Cualquier experiencia humana en el momento de ser calificada necesita de una comparación. Para poder calificar lo que experimentamos hemos de tener una medida, un patrón con el cual compararlo.

La diferencia que percibe el futuro paciente entre el patrón, teórico y fantaseado, y la experiencia que experimenta es lo que permite considerar la búsqueda de alternativas. Tanto en el terreno de la mera percepción física como en el de llegar a desarrollar una conciencia clara de lo que experimentamos hemos de llegar a captar los rasgos más destacados (Arnheim, 1957) y esto sólo es posible por medio de la percepción de las diferencias.

Hemos de tener en cuenta que al percibir le vamos a dar significado a un estímulo (Marina, 1993). Así podemos concluir que al percibir las diferencias el futuro paciente las dota de un significado que le plantea una necesidad de cambio.

El paciente comenta, cuando se refiere a las diferencias que percibe, que en otros momentos se ha encontrado mejor, que no se encuentra en el estado que el ha experimentado otras veces en los que tenía a su disposición muchos más recursos personales para desenvolverse.

En el plano de las diferencias que percibe podemos reseñar las siguientes expresiones recogidas como respuesta a la petición, plasmada en un cuestionario (Modificación propia del Cuestionario Multimodal de Historia Vital de Lazarus, 1974): "Dé una breve explicación de la historia y desarrollo de sus problemas". Las respuestas permiten además hacerse una idea de cómo se había sentido en esta fase:

**P > "Al abandonarme dejé de ser yo misma"**

En esta afirmación podemos ver la incidencia del proceso de Identificación en varios sentidos:

**1) Al hacer responsable a una conducta de otra persona del estado en el que se encuentra.**



2) La confusión entre lo que experimenta y lo que expresa podemos detectarla en que la sensación de conflicto que está viviendo la traduce a palabras por medio de una expresión que de ser cierta implicaría ser otra persona.

P > "No puedo quitarme de la cabeza el que me dejara."

En esta expresión la incidencia del proceso de Identificación podemos situarla en el intento de hacer algo que ella siente como imposible en ese momento. Aquí la paciente se está metiendo en un bucle en el que cuanto más se dice la frase menos puede hacer lo que parece pretender.

P > "No parezco la misma."

La comparación respecto de un estado o sensación de sí misma anterior, que aparece aquí como la muestra del proceso de Identificación le permite hacer una aseveración la cual no es comprobable para quien la escucha y ni tan siquiera para ella puesto que no puede experimentarse de dos maneras con el mismo nivel de experiencia. Mientras que el estado presente lo está experimentando el estado con el que se compara lo está recordando.

P > "Pienso que soy un asco y que no valgo nada."

La sensación de desagrado que está sintiendo la conceptualiza como una prueba de la validez como persona. El valor que piensa que tiene lo está colocando al mismo nivel que lo que siente. Confunde pues pensamiento con sentimiento.

En la línea de lo propuesto en esta tesis podemos comprobar cómo la paciente se percibe a sí misma de modo diferente a como se encontraba anteriormente a la ruptura. El percibir que no puede dejar de pensar en el problema hace que le sea palpable que no es un estado habitual hasta ese momento y que además le causa molestias. Los cambios que experimenta y percibe en este momento de crisis le alejan de la experiencia que ella recuerda que tenía de sí misma en épocas anteriores. La baja autoestima puede verse también como una diferencia en el autoconcepto respecto de otros momentos.



## 1.2. Toma de conciencia.

Esto podemos considerarlo como un requisito imprescindible a la hora de decidir comenzar un proceso psicoterapéutico. Para que esto suceda necesariamente ha de haber una toma de conciencia respecto de la forma en que está viviendo, una valoración, basada en la percepción de diferencias, de los conflictos que padece o los modos problemáticos de vida que lleva a cabo. Es, precisamente, esa nueva valoración la que le permite tomar en consideración una forma diferente de abordar aquellas percepciones del mundo y de sí mismo en el marco de una nueva relación entre esas dos vertientes.

La fase previa a la iniciación de una Psicoterapia está siempre marcada por la toma de conciencia, el prestarle atención, darse cuenta, etc..., de algún tipo de sensación desagradable y/o de incomodidad respecto de la calidad de su modo de experimentar la vida. La toma de conciencia implica un aumento de la complejidad (Atkins, 1981).

Esta experiencia de desagrado suele estar caracterizada por aspectos típicos a los que se hace referencia y están presentes en el discurso del paciente en las sesiones iniciales:

a) El origen, cuando lo concreta, que la persona atribuye a esa sensación suele ser denominado como psicológico. Es decir relativo al carácter o personalidad propias. Presenta un componente, mas o menos acentuado, de experiencia interna<sup>14</sup>.

b) No suele ser manejable desde la voluntad. Suelen haber habido una serie de intentos de cambio que han desembocado en

---

<sup>14</sup> Según Laing (1967): «El mundo interno es nuestro modo personal de experimentar nuestro propio cuerpo, los demás, el mundo animado e inanimado: la imaginación, los sueños, la fantasía, y detrás de todo eso, cualquier alcance de nuestra experiencia.»

una no resolución, y en muchos casos la acentuación, de el o los conflictos<sup>15</sup> que le molestan.

c) En la mayoría de las ocasiones aunque la 'causa' del conflicto la ponga en el entorno, la persona siente que depende en parte de ella hacer algún tipo de cambio, si esto no fuera así no acudiría en busca de ayuda psicoterapéutica.

d) Una creencia firme en cuanto a que no son 'normales' y que la situación 'tendría' que ser de otra manera, por lo que es conveniente buscar un cambio.

**En lo relativo a la toma de conciencia, el contenido del siguiente diálogo puede darnos algunos detalles bastante gráficos:**

**T > "¿Cómo ha sido el decidirte a comenzar una terapia?"**

**P > "Llevo una temporada, desde que me dejó mi novio, que estoy como deprimida y no tengo ganas de salir de casa, me quedo encerrada y me aísto de mis amigas."**

**La expresión en palabras del estado en el que se encuentra deja fuera una cantidad de detalles que le permiten experimentar su estado actual como constante en el periodo transcurrido entre el abandono de su novio y la conversación con el terapeuta. El proceso de Identificación aparece en esta ocasión en forma de eliminación de las diferencias que ha experimentado en el periodo de tiempo a que hace referencia.**

**T > "¿Ha sido así desde hace dos años?"**

<sup>15</sup> Al hacer referencia a los conflictos queremos señalar que en esta expresión va implícita la idea de algo dinámico y cuyo significado es variable en todo momento para quien lo experimenta.

P > "Ultimamente he empeorado en el sentido en que he empezado a notar problemas intestinales, palpitaciones y además he empezado a tener problemas de relación en mi trabajo y con mi familia y me paso el día llorando."

Esta respuesta confirma el comentario que hemos efectuado anteriormente. Si no hubiera percibido diferencias no hubiera decidido iniciar la terapia. Y si, como es el caso, percibe que han habido cambios parece que en otros momentos ha estado mejor y esto no aparece en su discurso dejándolos fuera de su foco de atención y de su conciencia.

T > "¿Puedes contarme qué piensas de lo que te está pasando?"

P > "Me doy cuenta que no puedo seguir así, tratando de no sufrir y esperando que el tiempo haga desaparecer el sufrimiento que experimento."

La demanda de un estado al que no puede acceder es en esta ocasión la muestra del proceso de Identificación. La fantasía de un estado alternativo puede ser fuente de desarrollo en la medida en que sea tomada como una meta hacia la que dirigirse sin embargo la desaparición de una sensación desagradable muestra la fantasía de que es posible no sentir, lo cual sólo es imaginable pero nunca posible. La idea de no sentir no puede nunca traducirse a la experiencia porque si uno no siente no percibe que no siente.

En estas respuestas vemos la referencia a una mayor conciencia respecto del estado en el que se encuentra la paciente. El que los síntomas se hayan agudizado y la conciencia de lo que le está sucediendo le permiten haber dado el paso de acudir a terapia. También estas respuestas nos permiten observar cómo se configura el proceso de Identificación en la línea de imaginar otra cosa distinta a lo que se está experimentando.

### 1.3. Lo 'normal' vs. lo 'anormal'.

En muchas ocasiones no es sólo el terapeuta el que diagnostica, también el paciente 'juega' a terapeuta y establece su diagnóstico

en cuanto a lo que le pasa (Bandler y Grinder, 1980; Bandler, Grinder y Satir, 1976). Refiriéndose a su experiencia y a su concepción de los síntomas hace alusión a lo 'anormal' de su situación.

Ya hemos dicho anteriormente que los seres humanos percibimos las diferencias y son estas las que incorporamos a nuestro modelo. El paciente va a establecer diferencias entre lo que para él es normal y lo que no. Sin embargo muy frecuentemente no va ser consciente que está efectuando este proceso. sólo puede llegar a firmar que desearía ser una 'persona normal'. Esto ya supone una forma concreta y determinada de enfocar su situación, como muy bien señala Haley, (1966) cuando decimos que una persona con síntomas tiene una conducta anormal estamos suponiendo implícitamente que existe una conducta normal.

**La creencia de que si llega a pensar iniciar una terapia se debe a que está en un estado de 'anormalidad' sinónimo de patología podemos observarla en la expresión relativa a lo dilatado del periodo entre el fracaso amoroso y el inicio de la terapia.**

**Respecto de este punto la paciente habla de:**

**P > "Estoy deprimida".**

**Si bien en este caso el verbo 'estar' nos muestra que no es algo permanente, también apunta a la incorporación de un estado 'deprimida' que no existe como algo concreto. La sensación de estar deprimida es algo diferente, tal y como defiende la Semántica General y nosotros en esta tesis, a la expresión "estoy deprimida". El significado es algo que solamente la paciente sabe y el terapeuta puede imaginar.**

**P > "Pensaba que podía resolverlo yo sola y creía que para acudir a un psicólogo había que tener algún tipo de enfermedad más grave".**

**El concepto de qué es lo que ha de atender un psicólogo muestra cómo la paciente hace una distinción entre los problemas. En esta ocasión la idea de lo que padecen las personas que acuden al psicólogo que procede de lo que ella ha observado en su entorno es incorporada como medida de su experiencia.**



Tenemos un ejemplo claro de cómo 'identifica' lo que observa en su entorno y lo traspone literalmente a su experiencia.

P > "No creo que me lo esté tomando como se lo tomarían otras personas"

La idea de que lo que observa en otras personas es 'idéntico' a la experiencia que esas personas están viviendo es una muestra más de la confusión que da lugar al proceso de Identificación.

T > "¿Cómo crees que se lo tomaría otra persona?"

P > "Con más tranquilidad y sabría quitárselo de la cabeza."

Al confrontar la afirmación la paciente nos da una clave más de cómo lleva a cabo la Identificación, da por sentada y cierta su presuposición de lo que los otros están experimentando y de lo que serían capaces de hacer.

Vemos que en muchas ocasiones la clave de la creencia de que su estado es 'anormal' la sitúa el paciente en su bajo autoconcepto. En algunos casos, en este sólo parcialmente, el temor a ser catalogado de 'anormal' pospone el comienzo de la terapia.

## 2) La incertidumbre y la ambigüedad como camino hacia la terapia.

En un mundo como el nuestro, en el que las situaciones de una gran complejidad son frecuentes, la persona se encuentra a menudo inmersa en un entramado de sentimientos ambivalentes y contradictorios los cuáles le resulta difícil de afrontar, comprender y asimilar. Esto puede ser vivido por la persona, en muchas ocasiones, como una cortina de humo que le dificulta alcanzar la claridad suficiente como para poder llegar a tomar conciencia de que lo que experimenta es un conflicto que puede llegar a resolver.

Las personas existimos en un mundo en el cual nuestra experiencia de él es la de una construcción y reconstrucción permanentes (Gergen, 1991), con toda la carga de constante cambio que lleva consigo.

Las dificultades de la persona en esta etapa a la hora de tener claro cómo desenvolverse se sustentan en que como no hay una correspondencia directa entre lo que ocurre 'fuera' de nosotros y nuestra experiencia 'interior' de ello (Keeney,1983), y aún más, como no podemos llegar a saber de forma cierta y permanente el grado de correspondencia entre ambas, toda elección o actuación supone un riesgo. Uno de los intentos para conseguir esa correspondencia lo encontramos plasmado en el proceso de **Identificación**.

Como sucede, la mayoría de las veces, que no somos conscientes de ese proceso, llegamos a establecer una especie de 'isomorfismo' entre nuestra experiencia interior y el entorno, de modo que la ausencia de diferencia nos impide alcanzar una conciencia nítida (Maturana y Varela, 1990). Nos olvidamos que mientras el 'darnos cuenta', tomar conciencia, es una experiencia de primer orden el pensamiento es una experiencia de segundo orden.

Esto nunca podemos llegar a tenerlo del todo cierto. Puesto que lo que favorece la sensación de conflicto tiene su base en la dificultad de establecer el equilibrio con las acciones que la persona lleva a cabo (Bontrager, 1962).

## **2.1 La falta de fundamento de la experiencia.**

La constatación de ausencia de elementos estables es la condición básica que define el mundo de la experiencia humana. La imposibilidad de encontrar un conjunto invariable de elementos se halla en la experiencia cotidiana. La falta de fundamento se revela en la cognición como sentido común, es decir, en saber cómo abrimos paso en un mundo que no es fijo ni pre-dado, sino que se modela continuamente a través de los actos que efectuamos (Maturana y Varela, 1990. Varela y cols. 1992).

Tal y como afirma Wertheimer (citado por Katz,1945, pg. 33): "el sistema nervioso se ha formado condicionado por el mundo biológico circundante; las tendencias a la forma, que se han

desarrollado al mismo tiempo, no corresponden, aunque parezca extraño, a las condiciones regulares del ambiente. Pero no es sólo la experiencia en el sentido biológico la que reconoce la Psicología de la Forma, puesto que también la experiencia 'individual' modela nuestras vivencias<sup>16</sup>.

La impresión, tengamos conciencia de ella o no, de que lo que vamos experimentando a cada momento tiene mucho de creación nuestra, contribuye a una sensación de inestabilidad e incertidumbre la cual se vive a menudo con grandes dosis de angustia. La angustia no es más que la conciencia de posibilidad (Marina, 1993), sin la seguridad de que así sea (Perls, 1973).

Esta es una clave para entender en gran medida la fantasía en la que se basa el efecto 'beneficioso' que la persona trata de obtener del proceso de **Identificación** y que estriba en el intento de evitar esta sensación de angustia.

Ni siquiera a nivel fisiológico disponemos de una forma de comprobar la concordancia de nuestras sensaciones con el entorno, no podemos tener la seguridad de que lo que sentimos es idéntico con lo que existe en el entorno. El sistema nervioso no puede salir de sí mismo para hacer ningún tipo de observaciones, sin embargo con las palabras y los símbolos, las personas llegamos a creer que sí podemos (Efran y cols. 1990).

Aún más, como el sistema nervioso carece de referencias a las que remitirse, es incapaz de distinguir entre percepción e ilusión. No se puede llegar a conocer cuáles son las contribuciones exactas del medio a los cambios internos (Efran y cols. 1990).

En última instancia no existe una posibilidad de comprobar que

---

<sup>16</sup> Cuando utilizamos en esta tesis este término y sus derivados lo hacemos, dada su congruencia con la orientación que mantenemos, en el sentido en el que lo plantea Castilla del Pino (1963, pg. 49) cuando escribe: «Lo vivenciado es más que lo pensado, porque incluye elementos -y compone una estructura- procedentes de sectores o estratos de la persona no propiamente intelectuales. (...) La vivencia es, pues, una totalidad, la síntesis instantánea de la expresión de una persona.»

nuestra experiencia es igual de válida que la de nuestros semejantes. No tenemos un punto de referencia seguro en cuanto a la validez de nuestra experiencia más allá de nosotros mismos<sup>17</sup>.

Nos encontramos frente a situaciones en las que hemos de poner en práctica recursos de nosotros mismos que, en muchos casos, creemos no tener y que la única referencia que podemos buscar la tenemos en un pasado en el que las circunstancias, salvo que nosotros nos convenzamos de lo contrario, eran tan diferentes que no nos sirven de mucho como soporte.

La dificultad de encontrar una explicación al agravamiento de su estado, así como la aparición simultánea de trastornos físicos favorecen que no llegue a poder encontrar una base sobre la que establecer qué le ocurre. Durante las primeras sesiones no tenía mucha facilidad para poder expresar con claridad cual era su estado.

A preguntas del estilo "¿Cómo eras antes de que te sucediera ésto?" las respuestas eran del tipo "No sé, era 'normal'." A la pregunta "¿Qué dirías que ha cambiado de tí para llegar a encontrarte como te encuentras?" La respuesta era "No lo sé, ...todo".

Esta dificultad para situar el plano en el que se experimentan los cambios y los problemas dotan de una sensación de ambigüedad las expresiones del paciente que hacen que trate de encontrar a un profesional que le ayude en la resolución de su problema. La abstracción la encontramos reflejada en términos como 'normal', 'todo' y aquí confunde, 'identifica' palabra con experiencia.

## 2.2. La búsqueda de la certidumbre como obstáculo para iniciar la terapia.

Ese intento de sentirnos seguros es una de las explicaciones más

---

<sup>17</sup> Como afirmaba Laing(1967) "tu experiencia de mí es invisible para mí y mi experiencia de tí es invisible para tí."

plausibles de cara a entender lo frecuente del proceso de **Identificación**. Tratamos de mantener algún tipo de seguridad a la que aferrarnos frente al temor a una 'realidad' que experimentamos en continuo cambio. Esta nos muestra, una y otra vez, que la experiencia vivida sólo es un espejo deformante en el que al mirarnos observamos una caricatura que aparece descontextualizada e insatisfactoria en el presente que estamos experimentando.

Maturana y Varela (1990) se refieren, como ya hemos mencionado antes, a la tendencia de los seres humanos a vivir en un mundo de certidumbre, de solidez incuestionable, en el que nuestras concepciones 'demuestran' que las cosas son como las vemos. Esta sería, en cierto modo, una característica que configura nuestras actitudes cotidianas, cuando estas están regidas por el proceso de **Identificación**.

Las expectativas que cada uno tiene juegan un papel importante en este aspecto puesto que, de hecho, el camino hacia el cambio puede ser fantaseado como inquietante o peligroso y sin embargo la experiencia desagradable que el paciente experimenta en su vivir le supone una demanda de un cambio.

Podemos afirmar que en cierta medida tratamos de mantener permanente y estable nuestro 'exterior' por medio de inmovilizar y hacer permanente nuestro 'interior'. De hecho la **Identificación**, según Korzybski (1933), como ya hemos expresado anteriormente, es la muestra de la confusión entre la conclusión a la que llegamos de lo que experimentamos de nuestra piel hacia dentro la cual es 'proyectada' sobre lo que sucede de nuestra piel hacia fuera. Como si esta posibilidad fuese alcanzable más allá de la fantasía y del pensamiento abstracto.



Cuando a lo largo de las sesiones iniciales salía el tema de hacia dónde debería dirigirse la terapia y especialmente cuando a preguntas del terapeuta se le demandaba que concretara qué era lo que le daría la clave de que había mejorado, las respuestas permitían inferir una necesidad de seguridad que había estado muy presente en la fase previa al inicio de la terapia. Veamos algunas respuestas que nos confirman esto.

P > "Tengo que ser capaz de estar siempre bien."

El estado ideal 'bien' es algo que al no estar concretado, ni ser posible el hacerlo, aumenta la sensación de que está peor de lo que está. El término que favorece la Identificación, y aquí tenemos la prueba, está siempre en un nivel muy elevado de abstracción.

P > "Tengo que ser una persona como 'Dios manda' y yo sola poder resolver mis problemas."

Las exigencias siempre nos muestran como la paciente confunde lo que es una meta hacia la que tender pero que nunca se alcanza plenamente con lo que sería ser una persona con capacidad de vivir la vida desde una óptica realista.

P > "Si no lo hago yo no va a haber nadie que me pueda ayudar."

Una vez más la diferencia entre lo que dice y lo que hace muestra lo alejado y erróneo del discurso respecto de la experiencia. Si nadie le puede ayudar no parece congruente solicitar ayuda.

### 2.3. No hay conflictos parciales.

Aún cuando comprobamos una y otra vez que el conflicto es vivido por la persona en su totalidad en relación con el ambiente, y aunque, a menudo, no sea consciente de ello, no por eso se adoptan medidas alternativas a los intentos 'parciales' de solución.

La conceptualización que de esto se desprende es que los trastornos que experimenta el ser humano ni son 'mentales' ni son 'físicos', sino de todo el organismo en interacción con el ambiente (Latner, 1973; Ravagnan, 1969).

Hay que tener presente, como ya mencionamos en los principales conceptos, que para la Semántica General, al igual que para muchos otros paradigmas psicológicos, como por ejemplo la Terapia Gestalt, Terapia Familiar Sistémica, etc... (Castanedo, 1983; Latner, 1973; Maturana y Varela, 1990), el-ser-humano-es-un-todo-en-relación-con-un-ambiente (Korzybski, 1933; Weinberg, 1959), y esto nos conduce a tener que buscar métodos que tengan en cuenta el conjunto persona ambiente a la hora de proporcionar soluciones.

La noción misma de lo que es un medio ambiente no se puede separar de lo que son y hacen los organismos. Según Richard Lewontin (citado por Varela y cols. 1992, pg. 163): "...el organismo y el medio ambiente no están determinados por separado. El medio ambiente no es una estructura impuesta sobre los seres vivos desde el exterior sino que es creación de esos seres. El medio ambiente no es un proceso autónomo sino un reflejo de la biología de la especie. Así como no hay organismo sin medio ambiente, no hay medio ambiente sin organismo."

Por ello cuando la persona experimenta un conflicto no hay forma de excluir faceta alguna de esa experiencia. Los conflictos son una experiencia humana y la vida se entiende, al menos desde la Semántica General (Bontrager, 1962) como el mantenimiento de transformación y correspondencia entre los estados internos y las condiciones ambientales externas.

La demostración de este punto la tenemos en la aparición de los trastornos digestivos, las palpitaciones y la mala autoimagen que la paciente narra, así como el aumento de las dificultades en las relaciones laborales y familiares.

Una pérdida afectiva no resuelta ni asimilada, supone, para la paciente, la aparición de otro tipo de dificultades que hacen todavía más insoportable la sensación de malestar.

Esta experiencia dolorosa es trasladada al ámbito de la valoración personal como nos demuestra la frase que varias veces pronunció durante esta fase: "No creo que me pueda querer nadie."

Uno de las consecuencias que se pueden observar cuando la paciente efectúa el proceso de Identificación tal y como lo hemos definido a lo largo de toda la tesis, tiene un rasgo característico, la relación de circularidad y retroalimentación que se produce entre lenguaje y experiencia. Lo que la persona experimenta al ser puesto en palabras sufre una serie de modificaciones las cuales favorecen una serie de cambios en la experiencia que siguen la dirección marcada por las palabras.

#### 2.4. Todo trastorno tiene su historia.

Cabe decir aquí que todas las sensaciones que la persona experimenta en la fase previa a la búsqueda de una ayuda o apoyo psicoterapéutico, son el conglomerado de conflictos sin resolver y de preguntas sin contestar que ha ido acumulando hasta el momento presente a lo largo de su historia vital.

La capacidad de las personas para enlazar el tiempo dota a los conflictos y a los trastornos humanos de un marcado carácter 'histórico'. Lo cual, a menudo, supone un aumento de su persistencia y una dificultad para el cambio.

Esta particularidad es inherente a la 'naturaleza humana', la cual recreamos cada vez que nos realizamos en el hoy y cuantas veces lo hemos hecho en el pasado (Latner, 1973).



No defendemos aquí, aunque tampoco rechazamos, una concepción 'historicista' de la psicoterapia. Lo que queremos señalar es que en esta fase, como en el conjunto de la experiencia humana, la evaluación que cada persona hace de los recuerdos va a suponer un condicionante en cuanto a la posibilidad de iniciar o no la terapia.

Como más adelante veremos no sólo en la elaboración de la historia clínica, sino en la narración que el paciente hace de sus conflictos muestra una gran cantidad de generalizaciones y abstracciones respecto del pasado.

El que la paciente tome conciencia de su situación y decida, después de dos años, trate de cambiarla a través de iniciar una terapia no es más que la demostración de que las personas cuando experimentamos alguna situación dolorosa necesitamos de una asimilación de ella, previa a intentar solucionarla. El problema reside y ahí es donde la historia juega un papel importante en la medida en que permite comprender que el no haber enfrentado esa situación de dolor puede responder, como en este caso, a un hábito de evitación de conflictos y de situaciones desagradables desarrollado a lo largo de su vida.

La paciente narra la existencia de varias casas de familiares que le permitían disponer de una alternativa cuando en su casa había algún tipo de conflicto.

La posibilidad de efectuar algún tipo de evitación semejante parece estar orientando, una vez más, su actitud en la actualidad.

La tendencia a repetir una determinada actitud y consecuentemente una conducta, requiere de la eliminación de los aspectos diferentes que se podrían percibir si, en lugar de actuar en base a unas creencias y a una 'epistemología' que permanecen invariables, la persona tomara conciencia de esos aspectos. Tenemos así la oportunidad de comprobar la incidencia del proceso de Identificación al confundir lo que ella cree con lo que está experimentando en el presente.

## **2.5. Ambivalencias que experimenta el futuro paciente respecto de la terapia.**

En esta fase, aunque no exclusivamente en ella, la sensación de ambivalencia, de querer y temer a la vez, de intentar cambiar y por otra parte mantener la seguridad que, aunque conflictiva, experimenta la persona es muy patente. No obstante conviene recordar que en última instancia la mayoría de las psicoterapias se inician porque el paciente llega a la conclusión de que la insatisfacción y el conflicto que experimenta no se resolverán sin la intervención de algún tipo de ayuda (Garfield, 1995).

En las primeras sesiones y especialmente en el transcurso de la Primera Entrevista, el paciente menciona lo antiguo de su deseo de comenzar una terapia y el tiempo transcurrido hasta llevarlo a cabo. Esta puede ser una información de interés puesto que muestra el estilo de resolución del paciente en cuanto a los conflictos personales se refiere.

**Las respuestas que se reprodujeron en esta fase quedaban plasmados algunos ejemplos de esta ambivalencia que no es mas que la muestra del conflicto entre dos tendencias opuestas. Al partir de la confrontación del proceso de Identificación las situaciones ambivalentes a las que la paciente se refiere se consideran en todo momento por parte del terapeuta como la muestra de dos procesos que en la medida en que puedan ser integrados van a favorecer una actitud más flexible por parte de la paciente.**

### **2.5.1. Tendencia a la búsqueda de ayuda.**

Generalmente lo inservible de las soluciones anteriormente intentadas que la persona siente que le han llevado a una especie de callejón sin salida, aporta a la valoración de su momento vital la toma en consideración de la posibilidad de la intervención de otra persona, con experiencia profesional, que pueda ayudarle a alcanzar una situación más satisfactoria. Esto va a incidir en el modo en que se va a desarrollar el proceso terapéutico y las expectativas que el paciente va a depositar en él. Puesto que en la medida en

que el futuro paciente experimenta con mayor nitidez la conveniencia de una intervención externa a él mayor va a ser su interés en el proceso terapéutico.

Podemos decir que en esta fase previa comienzan a resquebrajarse y cuestionarse muchas de las 'seguridades' en cuanto a que las cosas 'son' de una determinada manera siempre permanente. Este cuestionamiento está basado en que no nos satisface ni nos resulta válido en el presente el modo de estar en el mundo que hasta este momento hemos estado manteniendo.

**En lo que a este punto hace referencia la paciente durante sus conversaciones en las primeras sesiones mencionó en repetidas ocasiones que había solicitado consejo a varias personas en cuanto a qué tipo de profesional acudir en busca de ayuda.**

**De hecho el teléfono y el nombre del terapeuta al que acude se lo proporciona una amiga.**

**La necesidad de resolver lo angustioso y problemático de su situación fue el motivo que ella califica como fundamental, y "las ganas de vivir de otra manera" le impulsaban a hacer caso del consejo de que decidiera buscar ayuda.**

**La coincidencia entre lo que desea y lo que los demás le dicen favorece que la paciente haga responsables sin darse cuenta de ello a otras personas. De este modo disminuye la sensación de conflictividad que le provoca su ambivalencia. Ella hace caso a un consejo y no llega a darse cuenta y por tanto no se hace totalmente responsable de su decisión de iniciar la terapia.**

### **2.5.2. Evitación de la búsqueda de ayuda.**

La otra cara de la moneda la encontramos en el hecho de que estar viviendo una experiencia desagradable no necesariamente conduce al individuo a buscar ayuda psicoterapéutica. La persona utiliza multitud de explicaciones respecto de algún estado de malestar, las cuales en la mayoría de los casos le permiten llevar a cabo una 'desresponsabilización' de lo que está viviendo.

Por otra parte también existen una serie de temores en lo concerniente a toda expectativa de realizar un cambio. En muchas ocasiones la evitación de comenzar una terapia la justifica el futuro paciente a través de la excusa de no disponer de dinero, cuando en 'realidad' de lo que no dispone es de 'coraje' (Scott Peck, 1978). El tener conciencia de que podemos iniciar un proceso en el que van a estar implícitos, entre otras vivencias, una renuncia a las estructuras que nos daban seguridad y el paso a un nuevo estilo de relaciones con el ambiente con el que estamos en contacto es fuente de un temor y una inseguridad que nos suponen un freno a la hora de plantearnos iniciar la Psicoterapia.

Partiendo de lo anteriormente expuesto podemos así entender que la búsqueda de ayuda terapéutica aparece como la punta de un iceberg, el cual sumergido en las aguas de nuestros conflictos busca de uno u otro modo el mantenerse a flote. Supone para el paciente el poner en tela de juicio la totalidad de su vida y las 'seguridades' en las que ésta se asienta, la cual suele estar sustentada en una confianza ciega, entendida como el conjunto de suposiciones 'incuestionables' en las que basa su conocimiento (Korzybski, 1937).

La otra cara de la moneda la tenemos en el hecho de que tuvieron que transcurrir dos años hasta decidirse a resolver su situación. Una forma de evitar el ir en busca de ayuda es la de negarse de forma mas o menos clara y consciente la intensidad del trastorno que experimenta. Y otro modo de justificar el no acudir en busca de ayuda profesional puede estar disfrazado de 'fatalismo'. Baste como ejemplo la afirmación de "no creo que mi problema tenga solución" que en algún momento de desánimo y tras haber comenzado el proceso terapéutico expresaba la paciente.

La creencia de que el tiempo o alguna otra circunstancia resolverán un conflicto en el que está implicada la persona puede observarse como una manifestación del proceso de Identificación en la medida en que la persona se convence de algo exterior a ella va a hacer posible el cambio sin que ella tenga que implicarse por medio de la acción y el cambio de sus actitudes.

Como la causa del problema es otra persona la paciente desarrolla una actitud de que no depende en absoluto de ella. Se confunde y pone fuera de ella lo que en gran medida es una experiencia propia.



### **3) Cómo llega la persona a la conclusión de que necesita Terapia.**

En este punto lo que se plantea es, de forma concreta, una serie de hipótesis sobre el proceso de cambio de actitud respecto de la sensación de insatisfacción. Los intentos de cambio, las conductas alternativas que el futuro paciente ha llevado a cabo, hasta ese momento vital, no han fructificado en un estado que sea lo suficientemente satisfactorio como para poder definir su modo de vivir como agradable. Las contradicciones entre lo que desea y lo que experimenta, las dificultades de poner en práctica recursos que cree tener, las limitaciones con las que se encuentra a la hora de centrarse en sus capacidades, etc... le llevan a considerar la oportunidad de compartir sus conflictos con un profesional.

Centrándonos ahora en 'cómo' llega una persona a la puesta en práctica de la decisión de iniciar una Psicoterapia hemos de considerar algunos aspectos de profunda significación.

Esta significación surge de la condición de relación interpersonal de carácter especial que tiene la psicoterapia. El proceso de la psicoterapia es, según Bateson (1972), una interacción estructurada por un marco de referencia, entre dos personas, en el cual las reglas son implícitas pero están sujetas al cambio. Como más adelante veremos todo lo que sucede entre terapeuta y paciente va a ser dotado de significado terapéutico. La conducta que cada uno lleva a cabo va a ser vista dentro del contexto de la terapia, y ya desde el mismo momento del establecimiento del primer contacto y las causas por las que el paciente va a comenzar la terapia marcan el tipo de relación y el significado que cada parte le va a dar.

No quiere decir que todo lo que vamos a exponer a continuación sea 'comprobable'. Vamos a referirnos a las expresiones que el paciente hace durante la terapia aludiendo al proceso previo. En ese relato siempre vamos a encontrar un conjunto de referencias a un proceso mucho más profundo y de mucha más complejidad

existencial. Esta aseveración la hacemos en el sentido en el que Binswanger (1961) afirma que las personas *vivimos* mucho más unitariamente de lo que *pensamos* y hasta de lo que 'hablamos'.

Lo que a continuación mencionamos son una serie de hipótesis, desde el punto de vista de un observador externo, en cuanto que como procesos que la persona experimenta a nivel interno sólo pueden ser observables en el nivel de la acción (la persona concierta una cita con un psicoterapeuta o manifiesta su decisión de hacerlo).

Hemos de asumir que estos procesos no son accesibles a un estudio desde la óptica de las 'ciencias naturales', puesto que éstas sólo se interesan por el comportamiento del observado, y no tienen un concepto claro en cuanto a la relación entre comportamiento y experiencia (Laing, 1967). Hay que tener en cuenta que, como afirmaba Binswanger (1961, pg. 32). nos estamos refiriendo a una ciencia de la experiencia y nunca se podrá ni pretenderá alcanzar a la observación de la esencia *pura* en la universalidad absoluta".

La consideración de que la intervención de un profesional pueda ser de utilidad es resultado del proceso que la paciente recorre a través de sus conflictos y experiencia problemáticas y la convicción que está viendo la situación de modo desenfocado. De hecho espera que "el terapeuta sea capaz de ayudarme sin juzgarme". Para comenzar una terapia la paciente ha de llegar a una conclusión de que alguien exterior puede ayudarle, esto en principio favorece la búsqueda de ayuda, puede convertirse un arma de doble filo en el sentido de que puede delegarse la mayor parte de responsabilidad del cambio en el terapeuta. La confrontación del proceso Identificación que se ira realizando a lo largo de curso de la psicoterapia y devolviendo a la paciente la responsabilidad de lo que a ella le corresponde.

### 3.1. Incidencia de las vías que conducen al paciente a la Psicoterapia.

La vía por la que el paciente llega a solicitar el inicio de una Psicoterapia supone ya un primer dato en cuanto a la valoración

que hace del problema y de las posibles formas de solución.

Mientras que en unos casos es la propia persona la que solicita la intervención terapéutica, en otros muchos, especialmente en los casos de niños y jóvenes son los padres o adultos significativos los solicitan esa intervención. Resulta conveniente recordar aquí la afirmación que procedente de la perspectiva de la Terapia Familiar Sistémica sostiene que, el cambio lo necesita el miembro de la familia que solicita la terapia (Andolfi, 1977). Este mismo autor afirma que lo que refiera el familiar o el trabajador social deberá ser considerado como una versión del problema y no como el problema, siendo un condicionante más para la idea que el terapeuta puede hacerse del problema. Dicho en términos de Semántica General lo que el terapeuta conoce es un mapa de otro que le condiciona al hacer su propio mapa.

Existen otros casos en que la Psicoterapia es recomendada u ordenada por una autoridad, ya sea médica o judicial. Los individuos que acuden a terapia forzados por algún agente externo —una orden judicial una amenaza de divorcio, la imposición de sus padres— plantean un problema particular (Fagan&Shepherd, 1970).

No cabe la menor duda que si es la persona misma la que solicita comenzar la Psicoterapia ya hay un paso dado en lo relativo a temas como responsabilidad e implicación en el proceso.

Si la terapia es prescrita por otros va a depender bastante de la valoración que al paciente le merezca aquél o aquéllos que la prescribieron.

También van a incidir las alternativas existentes a la Psicoterapia (reclusión, trabajos sustitutorios, tratamiento psicofarmacológico, etc...) que se han tenido en cuenta.

La incidencia de estas circunstancias a la hora de comenzar la terapia van a suponer una serie de matices que van a condicionar la calidez y la calidad del vínculo terapéutico que se vaya a ir estableciendo.

Para los propósitos de este trabajo vamos a considerar aquellas vías de llegar a la psicoterapia en las que ha sido el propio individuo

el que ha decidido iniciarla. Partiendo de la experiencia que en mi quehacer profesional he ido acumulando hay una serie de detalles que con ligeras diferencias se van repitiendo. El paciente llega a la consulta con el sentimiento ambivalente de buscar ayuda y de sentirse incapaz de resolver sus conflictos por sí mismo. Sucede en muchas ocasiones que verbaliza sus dudas de que el mero hecho de exponer sus problemas pueda suponer una mejoría o resolución de estos. Incluso en algunos casos, vemos aquí la paradoja, llega a manifestar su desconfianza en la Psicología y/o en los psicólogos. Esto puede darnos una clave de la confusión que experimenta, cuando observamos que el marco donde hace este comentario es la consulta del Psicoterapeuta.

**En este caso concreto la vía es por recomendación de una amiga, y aunque es a consecuencia de una petición de la paciente que está buscando alguien que le ayude, no podemos olvidar que descarga sobre quien le aconseja una parte de la decisión. Esto nos da una señal del estilo de solución de los problemas que la paciente tiene.**

**Este hecho nos permite inferir, simultáneamente, que la paciente tiene una motivación y un interés propios y que aunque están matizados por los intereses de otras personas próximas coinciden con lo que ella desea.**

**El que tampoco haya ningún otro tipo de presión para que inicie la terapia favorecen la implicación y el interés que la paciente mostró desde un principio. Conviene señalar también que en este caso la motivación de la paciente no fué tan intensa como para que llegara suponer un obstáculo en el avance de la psicoterapia.**

### **3.2. Planteamientos que el paciente sostiene que le conducen a iniciar la Psicoterapia.**

La persona que siente que necesita la terapia es aquella que es infeliz en su vida y que no llega a comprender qué y cómo hacer para



salir de esa infelicidad (Klein, 1980).

Las expresiones típicas en relación a los intentos de solución realizados encubren en bastantes ocasiones el modo específico en que se crea los problemas.

Partiendo de esto podemos afirmar los siguientes extremos:

\* La persona que solicita terapia llega a la conclusión de que tiene uno o varios problemas que requieren de la intervención de un profesional, el cual de una u otra manera va a llevar a cabo acciones que le permitan resolver el problema o conflicto que experimenta.

\* La búsqueda de un 'otro' que le ayude hace presuponer que la sensación de 'incapacidad' para resolver sus propios conflictos está presente en la experiencia del paciente. La actitud del paciente hacia esa incapacidad (aceptación, resignación o rechazo) va a influir de manera poderosa en el desarrollo del proceso terapéutico.

\* El paciente tiene una idea de que existen o pueden existir otras vías de solución que él no ha encontrado. Que existen otras perspectivas que le van a proporcionar una nueva visión acerca de sí mismo y de sus problemas que le van a posibilitar un 'cambio'.

\* Que depende de él y/o del terapeuta el encontrar las soluciones. Puesto que si creyera firmemente que el problema que a él le afecta depende de otros no buscaría la ayuda para él.

Este último punto puede parecer que no es del todo cierto puesto que en muchos momentos de la terapia van a aparecer 'proyecciones'<sup>18</sup> del paciente en cuanto a que los problemas que padece son 'por culpa' de las personas o de las circunstancias que le rodean. En este caso podemos observar la sensación de 'ausencia'

---

<sup>18</sup> El término *proyección* lo utilizamos en el sentido que le da Castanedo (1983, pg.53 ysgtes) cuando afirma: "la persona que 'proyecta' no toma responsabilidad de sus propias emociones y las sitúa en personas u objetos que forman parte de su medio ambiente."

de responsabilidad en lo que le sucede. Sin embargo en la medida en que al explicar lo que le sucede se va centrando en las sensaciones y pensamientos que experimenta va focalizando en sí mismo la fuente de los conflictos. Pasa de ser una víctima que nada tiene que ver con lo que le sucede a un sujeto agente que tiene una buena parte de responsabilidad en la calidad de su experiencia.

Para el terapeuta va a resultar muy útil averiguar cómo ha llegado el paciente a la decisión de comenzar. Conocer detalles de este proceso va a permitir al terapeuta saber y al paciente darse cuenta de cómo funciona en el mundo en aquellos aspectos en los que experimenta un problema.

Para llegar a la conclusión de que necesita ayuda de un profesional de la Psicoterapia el paciente tiene que elaborar algún tipo de 'mapa' o 'modelo' alternativo en cuanto a la 'realidad' que está experimentando, puesto que si no fuera así no tendría sentido su solicitud de ayuda. Hay que recordar que, en el mapa, la ausencia de dimensiones es un punto sin características. (Atkins, 1981).

Tal y como proponen algunas concepciones terapéuticas (Terapia Familiar Sistémica, Terapia Gestalt, Enfoque Cognitivo, etc...), y desde nuestro punto de vista convendría que esta actitud se generalizara, la posición ante las demandas y planteamientos del paciente es que sea él mismo el que defina no sólo el problema que le trae a terapia, sino los objetivos y modos de llegar a ellos que se van a ir abordando durante el proceso (O'Hanlon y otros, 1989).

Así que para entender cómo llega la persona a solicitar ayuda tenemos que asumir que efectúa una diferenciación en dos instancias, generalmente a nivel de pensamiento, entre cómo se encuentra, cómo está viviendo y cómo podría encontrarse o vivir. El futuro paciente, en esta fase, ha de establecer una distinción que es el punto de partida de cualquier acción, decisión, pensamiento, descripción, teoría y epistemología (Keeney, 1983). Para que la psicoterapia aparezca como una alternativa real a su situación actual, el paciente ha de efectuar una distinción respecto de lo que en el presente experimenta (Efran y cols. 1990).

Los planteamientos que la paciente hacía de cara a iniciar el proceso terapéutico podemos resumirlos en las siguientes expresiones:

P > "Ya no quiero seguir sufriendo más"

La creencia de que basta con la voluntad para no sentir algo es una muestra palpable del proceso de Identificación. La persona confunde lo que está experimentando, sufrimiento, con un elemento que puede ponerse y quitarse. Como si fuera algo que proveniente del exterior ella puede rechazar, y que basta con decir que quiere que desaparezca para que así suceda.

P > "Tiene que haber alguna forma de solucionar lo que me está pasando."

Vemos en esta expresión un doble nivel de significación. De un lado la convicción absoluta de que es posible solucionar el conflicto y por otro lado, se refiere a algo de lo que ella se excluye, cuando dice "lo que me está pasando".

Si el terapeuta, como es el caso, escucha el discurso de la paciente prestando atención a las muestras del proceso de Identificación, podrá detectar el origen externo que la paciente conceptualiza como explicación de lo que experimenta, y así podrá, a lo largo de la terapia, ir confrontando la desresponsabilización que subyace.

P > "Cuando me siento tan triste y deprimida pienso que no me merezco estar así."

La creencia de que existe, o ha de existir, una 'justicia' en lo que las personas experimentan, muestra bien a las claras el referente externo y 'proyectado' de algo que no es mas que una creación interna. Esto nos da de nuevo un ejemplo del proceso de Identificación.

P > "Yo no tuve ninguna culpa de que me dejara."

Este fragmento del discurso de la paciente nos sirve de base para comprobar una muestra del proceso de Identificación en varios niveles:

1) La negación de la culpa sólo es posible si en algún momento se ha sentido culpable. Por medio de las palabras la paciente trata de negar un sentimiento sin conseguirlo.

2) El intento de hacer recaer en el exterior, en el 'otro', toda la responsabilidad del desenlace de la relación está tratando de eliminar la incidencia que tienen las actitudes de la paciente sobre lo que le sucede en la vida. Podemos ver claramente la convicción de que puede existir un mundo que funciona con total independencia de lo que la paciente hace. Separa así su experiencia del mundo y el mundo en sí, mostrando en su discurso una separación que solo es posible realizar a nivel teórico y verbal.

3) La creencia de que existe una relación causa-efecto, que es una de las muestras más nítidas del proceso de Identificación, aparece expresada en la atribución o la exculpación de que alguien es el 'causante' de lo que ha sucedido.

P > "Estoy así por culpa de la mala pasada que me hizo."

Mediante la atribución de su sufrimiento al 'otro' la paciente coloca en el exterior la base y el origen de los conflictos y trata de conseguir, sin darse cuenta, eludir la responsabilidad y el protagonismo que tiene en su estado y en cómo lo experimenta.

Para esta expresión son válidos buena parte de los comentarios que hemos hecho respecto de la respuesta anterior.

P > "No es justo lo que me está pasando."

Nuevamente muestra la confusión entre lo que considera que es justo y la aplicación de ese concepto a la experiencia que está viviendo.

Vemos pues claramente en estas últimas expresiones las 'proyecciones' sobre su ex-compañero en cuanto a que él es el desencadenante de lo que le pasa y la causa por la que tiene que buscar ayuda terapéutica.

### 3.4. Referentes del paciente para la elaboración de ese 'modelo' fantaseado.

Los comentarios del paciente nos permiten inferir una serie de puntos de referencia en los que se basa para ir en busca de alternativas. Podemos concretarlos en:

- \* Recuerdos de otros momentos en los que no se ha sentido del 'mismo' modo. Experiencias anteriores le proveen de una base para pensar que existen para él otras formas de sentirse, de estar.

- \* La sensación de desagrado que experimenta, que en uno u otro sentido, la siente como más agudizada. Ya sea por la duración del conflicto o por algún tipo de cambio que la ha agravado.

- \* Desde la perspectiva de la Psicoterapia en general, partimos de la base de que han habido todo un cúmulo de circunstancias que desembocan en la solicitud de ayuda en este preciso momento de la vida de la persona y no en otro.

- \* La observación de otras personas que parecen experimentar su vida de una forma mucho más placentera. Para que el paciente pueda percibir esto requiere de una sensibilidad en ese aspecto. Es decir ha de tomar en cuenta aspectos o resultados diferentes de los que está viviendo y por tanto darse cuenta de que hay otros modos de vivir o estar.

- \* Expectativas en cuanto a que la realización de algunos cambios puede dar como fruto un modo más agradable de vivir.

En resumen podemos decir que hay un cuestionamiento que requiere de una '*des-identificación*'; de una consideración de alternativas '*diferentes*', de otras posibilidades distintas y esto, se dé cuenta el paciente o no, es la confrontación del proceso de **Identificación**.

Por otro lado, aunque con variaciones, el modo de buscar ayuda psicoterapéutica, como una acción más que la persona lleva a

cabo, supone un mantenimiento de ciertos patrones de conducta. Toda acción supone la constancia física de ideas formales (Keeney, 1983). No hay que olvidar que hasta que no son superadas, las primeras maneras en que el mundo adquiere sentido para nosotros siguen apoyando nuestra experiencia y acciones posteriores (Laing, 1967).

La persona va a llegar a terapia con expectativas de cambio y también con fantasías catastróficas en cuanto a lo costoso o doloroso del proceso. El motivo de consulta podemos considerarlo como la punta de un iceberg. En cierto modo es la parte más visible aunque no la más voluminosa del padecimiento que el paciente está experimentando. Al ser reflejo de algo más el terapeuta ha de tener siempre la precaución de no confundir la parte con el 'todo'.

El paciente tiene mas o menos elaboradas una serie de 'hipótesis', en el sentido que Perls las planteaba, como algo que funciona, una construcción auxiliar que edificamos y a la que nos adherimos con el fin de lograr comunicación, racionalización y justificación de nuestro propio enfoque personal (citado por Latner, 1972).

Esta vertiente de la experiencia del paciente va a ser una de las que más información va a proporcionar en cuanto al modo en que 'construye' su experiencia vital actual. La narración del paciente va a ser de capital importancia. Nuestra actual posición se inclina marcadamente hacia la perspectiva de que la acción humana tiene lugar en una 'realidad' de comprensión que está creada a través de la elaboración que por medio del lenguaje construye cada persona.

Desde esta posición, las personas viven, y entienden sus vidas, a través de realidades narrativas que dan significado y organizan sus experiencias. Este es el ámbito en el que podemos observar la importancia del mundo del lenguaje y discurso humanos. (Cecchin, 1992; Fruggeri, 1992; Lax, 1992; Shotter, 1993).

Ya hemos dicho anteriormente que Korzybski (1933) considera el proceso de **Identificación** como un vestigio de etapas primitivas e

infantiles. En la misma dirección Johnson, (1946) señala que en cierta medida podemos decir que, prácticamente, todos nuestros desajustes, de la clase que sean, son en algún grado infantiles, en el sentido que implican, directa o indirectamente, tendencias de evaluación y de reacción que han persistido desde la infancia temprana.

De modo ostensible la experiencia tal y como es vivida por el paciente implica un cúmulo de referencias a experiencias anteriores y expectativas futuras (time binding) en la evaluación que hace del conjunto de su vida. La prolongación a lo largo del curso vital de esa evaluación es lo que da lugar a modos de vida problemáticos.

El mantenimiento a lo largo del tiempo de actitudes y conductas que hemos aprendido en circunstancias diferentes es, a menudo, una buena fuente de problemas. Esto justifica el que algunos enfoques terapéuticos, el psicoanálisis por ejemplo, tengan un marcado carácter historicista. Es precisamente la no conciencia de en qué somos diferentes y la creencia de que 'siempre somos idénticos' en las distintas etapas de nuestra vida lo que nos impulsa a mantener de forma idéntica esas actitudes y conductas.

De hecho, tal y como lo narran muchos pacientes, en esta fase previa a la iniciación de la terapia se dan momentos de duda y sobre todo temor respecto de lo que pueda implicar el proceso terapéutico. Esto supone una clara muestra de la tendencia a considerar al terapeuta como un 'otro' poderoso que se va a hacer cargo de forma 'paternal' de nuestros problemas y nos los va a resolver sin que nosotros tengamos que hacer otra cosa que esperar los efectos benefactores de su intervención, como si fuéramos unos niños desvalidos.



Los referentes que la paciente hace para justificar las expresiones que hemos visto en el apartado anterior los podemos encontrar en los términos de algunas de las afirmaciones que efectuó:

P > "Yo no he estado siempre así."

En esta frase la paciente resume en un nivel de abstracción muy elevado dos vertientes de su experiencia que teniendo diferente significación las expresa como 'idénticas':

1) El que pudiera haber tenido la experiencia, a la que en este momento se refiere, de modo permanente hubiera hecho imposible la percepción de la posibilidad de un cambio.

2) Cuando señala que ha estado de otra manera, que se ha sentido de modo diferente y lo compara con el mismo nivel de significación que la experiencia presente está uniendo en el tiempo dos momentos que sólo están unidos por la conceptualización abstracta que hace de su experiencia. Está incluyendo en el mismo mapa dos experiencias que ha vivido en momentos diferentes.

P > "Siempre he sido una persona simpática y agradable para los demás."

La utilización de cuantificadores universales requiere de una gran cantidad de abstracción para poder aceptarla como similar a la experiencia.

El saber cómo nos experimentan otros necesita de la creencia de que entre las palabras que nos dicen y la experiencia a la que se refieren esas palabras no hay ninguna diferencia lo cual no es el caso.

Una vez más la conceptualización de la realidad como basada en el mecanismo causa-efecto hace posible que la paciente caiga en la Identificación entre el efecto que ella cree que causa su conducta en los demás y el cómo los demás llegan a devolverle la información que le devuelven.

En el modelo de relaciones que ella utiliza hay una gran cantidad de 'proyecciones' de lo que ella piensa como si fueran entidades existentes en el mundo o en los otros.



P > "En cuanto sea capaz de quitarme de encima este peso podré volver a ser como antes."

La posibilidad de retornar a un estado anterior al que se encuentra también nos da una buena prueba de la confusión entre lo que ella piensa/recuerda y lo que cree que alcanzará. Trata, nuevamente, de hacer encajar un modelo, lo que recuerda de cómo era, con la meta que se propone. Cree posible evitar que la experiencia conflictiva que está viviendo deje el poso que toda vivencia aporta a la persona.

P > "Aunque tenga que padecer para lograrlo voy a cambiar para no sufrir más."

Una última muestra de como el proceso de Identificación permite confundir deseos con posibilidades la tenemos en la expectativa de "no volver a sufrir más". Las condiciones para que esto fuera posible la convertirían en algo que en nada se parecería a una persona en relación consigo misma y con el ambiente en el que vive.

#### 4) La toma de conciencia como camino para tener Conciencia del Conflicto.

La cuestión de la Conciencia es una de las más peliagudas dentro del campo de la Psicología Clínica. Según sea el enfoque del que se parte la definición de este término va a ser una u otra. El planteamiento que vamos a hacer aquí va estar en la línea de Bateson y Bateson (1987 pg. 204) que la definen como: «Aspecto reflexivo del proceso mental que se da en algunos espíritus, no en todos, aspecto por el cual el sujeto cognoscente repara en alguna fracción de su conocimiento o el pensador en alguna fracción de su pensamiento».

Los conceptos propuestos por la Psicología de la Gestalt sobre las leyes de la percepción (véase Katz, 1945), en especial el de la ley de Figura-Fondo, nos permiten también entender mejor el proceso de la toma de conciencia. La capacidad del ser humano de

resaltar sobre un fondo indiferenciado una figura en la que centra su atención, de la que toma conciencia es la que le permite centrar su experiencia.

En la experiencia humana todo campo perceptivo se diferencia en un fondo y en una forma o figura, y ahí es donde se va a poner de manifiesto lo que para la persona es importante y/o destacable.

Los aspectos del objeto que van a resultar más importantes dependen de las necesidades del sujeto que los percibe. Esto convierte a la toma de conciencia en una acción que la persona lleva a cabo y que como en toda actividad humana están implicados los intereses y motivaciones de quien las lleva a cabo. Esto nos hace tener que recordar permanentemente que la toma de conciencia va mas allá de la mera percepción, teniendo siempre un caracter de creación del sujeto que llegar a tener conciencia (Castanedo, 1983).

Esta posibilidad de tomar en cuenta aspectos que antes no estaban siendo considerados y ser consciente de ellos es lo que permite que la Psicoterapia tenga sentido. Ese no seguir evaluando y haciendo las cosas 'idénticamente' es lo que hace posible la aparición de la conciencia de algo.

#### **4.1. Toma de conciencia.**

Todas las formas de terapia intelectual se basan en alguna idea del inconsciente (Johnson, 1988), en la medida que van a haber aspectos en los que no centramos nuestro interés.

Las posibilidades de llegar a tener conciencia de algo están matizadas por una compleja interacción de aspectos. Como bien señala Binswanger (1961, pg. 135): "En el fenómeno pleno de la conciencia, en el sentido de tener conciencia de algo, como en todo fenómeno verdaderamente psicológico, no debe tenerse en cuenta sólo al sujeto habiente, el objeto tenido y el modo y la forma del tener, sino también la retrorreferencia de este todo a mí mismo, su relación hacia mí o conmigo mismo.(...) Sólo el saber de un algo

conmigo mismo tengo conciencia plena de una cosa." Estas afirmaciones nos centran en la imposibilidad de ignorar que siempre va a haber una referencia al sujeto que toma conciencia, convirtiéndose esta misma conciencia en una muestra de los modos y significación de la evaluación que la persona efectúa.

Los problemas de ajuste a la vida y la totalidad de los problemas de la psicoterapia se concentran sobre la conciencia de los mecanismos. En la antigüedad no éramos conscientes de los mecanismos y en nuestros días en la medida que nos hemos ido haciendo conscientes de los mecanismos muchos de los problemas se han ido resolviendo. De este modo el problema total es descubrir y hacer conscientes los mecanismos. Hacer consciente como funcionan en nosotros (Korzybski, 1937).

La toma de conciencia en última instancia siempre es, como ya hemos visto, una cuestión personal. Es necesario que la persona esté en contacto con su experiencia de estar en el mundo, para que de ese modo pueda 'saber' qué le pasa. La conciencia lúcida dota a la persona de sistemas diacríticos y opositivos sin los cuales su relación con el mundo se desarticula y se anula rápidamente (Merleau-Ponty, 1968).

Estar en contacto con la experiencia significa responsabilizarse de lo que él está experimentando. Así que para que pueda tomar conciencia de sus conflictos tienen que asumir que lo que de desagradable le está pasando es en menor o mayor parte responsabilidad suya.

Como en todas las acciones que la persona realiza de forma genuina, el tomar conciencia es una profundización en su autoconocimiento y una demostración de su 'estar en el mundo' (Binswanger, 1961). Dicho en palabras de Bateson de su 'epistemología', entendiéndola como la expresión de la manera en que los organismos conocen piensan y deciden (Bateson, 1979). La argumentación de que uno no la tiene suele coincidir con el deseo de eludir la responsabilidad que a cada persona le cabe por sus ideas, percepciones y decisiones.

La conciencia es una dimensión de contacto del yo. Es una condición de un funcionamiento personal sano (Latner, 1973). Para poder experimentar la conciencia plena de lo que nos está sucediendo hemos de estar confrontando una y otra vez el proceso de **Identificación**. Hemos de ser capaces de llegar a discernir lo que es experiencia interna de lo que es contacto con el entorno.

Es condición 'sine qua non' que la persona sea capaz de discernir, de darse cuenta de que es ella la que está sintiendo, pensando y haciendo (Castanedo, 1983). El papel protagonista del sujeto es lo que convierte a la conciencia en un instrumento de conocimiento y de capacidad para emplear lo que conoce (Ravagnan, 1969).

En la medida en que la persona es capaz de focalizar su atención en el presente y a través de ella tomar conciencia de cómo se relaciona con el entorno, podrá llevar a cabo la satisfacción de sus necesidades, a través de acciones que vayan poniendo en la dirección de reestablecer el equilibrio entre ella y su entorno (Perls y cols. 1951).

Superar, aunque sea parcialmente, la división 'cuerpo-mente', 'organismo-ambiente', 'sujeto-objeto', parece ser la condición necesaria para que la persona conciba como conveniente el comienzo de un proceso psicoterapéutico.

Conviene señalar que en este apartado, el de la toma de conciencia, a lo que estamos haciendo referencia es a un proceso que la persona lleva a cabo a nivel de zona de experiencia interna<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Las zonas de experiencia del ser humano son, según el enfoque gestáltico tres: interna, externa y fantasía.

En este apartado las preguntas del terapeuta fueron encaminadas a favorecer una clarificación de la conciencia de la paciente respecto del estado en el que se encontraba y que le conducía a terapia. El objetivo de clarificar cuáles son las necesidades que la persona experimenta en este momento subyacen en las intervenciones del terapeuta.

T > "¿Cómo definirías tu situación actual?"

P > "Estoy decepcionada con cómo me ha tratado la vida. No creo que haya hecho nada para encontrarme así."

El exterior aparece como responsable. No aparece en el foco de su conciencia la conducta y las actitudes que la paciente ha mantenido durante la relación. La creencia de que cada persona puede actuar en relación a otra desde una posición de total aislamiento es en este caso la muestra de cómo algo que la paciente piensa es proyectado como 'real' fuera de ella.

T > "¿Cómo es 'así'?"

P > "De esta manera. Todo el día llorando y pensando que no me debería de haber pasado esto."

La pregunta del terapeuta va en la dirección de clarificar el contenido del término "así". Tomando en cuenta la confrontación del proceso de Identificación, el terapeuta, si quiere favorecer la toma de conciencia, ha de tomar como algo interno de la paciente ese término. Como no tiene acceso a saber el contenido de la experiencia a la que hace referencia ha de señalarlo con la pregunta, de modo que la paciente al tener que responder manifieste una expresión verbal que necesariamente ampliará el foco de su conciencia.

Otros aspectos que también podrían considerarse del conjunto de la respuesta ya han sido señalados en otros puntos de este caso y no los vamos a mencionar para no ser repetitivos.

T > "¿Qué es exactamente lo que no te debería haber pasado?"

P > "No debería haberme dejado mi novio, y yo no debería habérmelo tomado así."

Bajo expresiones del tipo "debería, tendría, etc..." la paciente encierra una serie de autoexigencias que corresponden a modelos que ella tiene sobre cómo han de desenvolverse las personas. De nuevo el modelo se superpone sobre la experiencia de modo que impide a la persona tomar conciencia de lo que experimenta. Efectúa, de este modo, la Identificación, en lo que a niveles de abstracción se refiere, entre lo que "debería experimentar" que es una creencia y lo experimenta.

T > "¿Cómo deberías habértelo tomado?"

P > "Tendría que haber sido capaz de decirle cuatro cosas."

Nuevamente la exigencia aparece como muestra de la Identificación entre lo que hizo y lo que 'piensa que tendría que haber hecho'.

#### 4.2. Conciencia del Conflicto.

La conciencia del conflicto o conflictos es, en cierta medida, una condición 'sine qua non' para poder comenzar una terapia. Podemos comprobar continuamente que en la medida que la persona más se da cuenta de sí mismo, más aprenderá acerca de lo que es él mismo (Perls, 1973). Como ya hemos visto anteriormente, sólo en la medida en que estoy a disgusto en la forma en que experimento mi vida, voy a buscar un cambio. La conciencia de la persona aumenta cuando experimenta el sufrimiento (Vergara).

Para que exista conciencia de un conflicto es necesario que haya partes, que éstas sean autoconscientes, que tengan además capacidad de acción y, por último, que no tengan conciencia de partes (Salama y Castanedo, 1991).

La forma en que la persona alcanza la comprensión de su conflicto, o por lo menos la hipótesis que se hace acerca de él, va a presuponer el tipo de solución que va a buscar para resolverlo. La capacidad de reflexión del paciente es un reflejo de la conciencia (Binswanger, 1961). De ahí que cuando inicia una psicoterapia está efectuando ya una formulación concreta en lo relativo a las



características que debe contener la solución que pretende alcanzar, y al modo a través del cual puede llegar a ella. Y en esa expresión está mostrando, como en cada acción de la persona, se dé cuenta o no, una faceta de su modo de estar en el mundo.

En el camino hacia la conciencia la persona se va dando cuenta de que por un lado cree que está viviendo algo inadecuado y que siente como desagradable y por el otro imagina el modo como le gustaría estar. En este punto conviene observar, si esa toma de conciencia se realiza en base a comparaciones respecto de otros estados de sí mismo, o con referencia a datos de su entorno.

Vemos que en ambos casos va a existir un componente de fantasía<sup>20</sup>. Hay una diferencia a tener en cuenta. En el primer caso, la comparación respecto de otros estados implica una abstracción que deja fuera aspectos de la experiencia pasada que pueden ser determinantes en el presente. En el segundo la persona está haciendo una serie de inferencias respecto de la experiencia interna vivida por la persona con la que se compara, la cual es imposible de comprobar para él, como ya hemos mencionado antes.

Para poder llegar a saber qué nos pasa hemos de estar en una actitud lo más cercana a posible a lo que Varela y otros (1992) llaman una 'presencia plena', lo cual significa que la mente, en efecto, está presente en la experiencia corpórea cotidiana (Binswanger, 1961).

Parece incuestionable que cuando la persona decide comenzar un proceso terapéutico está haciendo un cambio en la actitud con la que se enfrenta a su sufrimiento. Adopta una perspectiva distinta en la que se coloca de 'sujeto agente' tanto en relación con lo que le sucede como con el proceso de llevar cabo el cambio. Podemos

---

<sup>20</sup> Entendemos como fantasía la elaboración de modelos acerca de una experiencia sin la posibilidad de contrastarlos en el momento presente, ya sea por falta de datos o por imposibilidad de llevar cabo una comprobación.

afirmar que cuando una persona verdaderamente tiene voluntad de comenzar la terapia es cuando su deseo es de suficiente intensidad como para traducirse en la acción de comenzar ( Scott Peck, 1978)

Para poder variar una actitud es imprescindible efectuar una 'toma de conciencia' respecto de lo que la persona está experimentando. Como apuntan Varela y cols. (1992) el proceso de tomar conciencia es efectuar un cambio en el modo de reflexionar. Es un cambio en la naturaleza de la reflexión, desde una actividad abstracta e incorpórea a una reflexión corpórea y abierta. Por 'corpórea' hay que entender una reflexión donde se unen el cuerpo y la mente, *en contacto con el entorno en el que está viviendo*<sup>21</sup>. Comprobamos así que esta formulación pretende aclarar que la reflexión no es sobre la experiencia, sino que es una forma de experiencia en sí misma, y que esa forma reflexiva de experiencia se puede realizar con la presencia plena/conciencia abierta.

El cambio se produce en el modo de relacionarse con el entorno, como afirman Perls y cols. (1951, pg. 266): "Un organismo vive en su entorno por medio del mantenimiento de su diferencia y, lo que es más importante, por asimilación del ambiente a su diferencia; y es en esa frontera donde los peligros son rechazados, los obstáculos son vencidos, y lo asimilable es seleccionado y apropiado. Ahora bien, lo que es seleccionado y asimilado es siempre nuevo; el organismo subsiste por la asimilación de lo nuevo a través del cambio y el crecimiento."

Ese contacto es el que de uno u otro modo se trata de recuperar en la terapia. La psicoterapia en su verdadera forma y función persigue la reconciliación del hombre consigo mismo y por ende con el mundo (Binswanger, 1961). Se pretende que el paciente deje de utilizar la confusión y el sentimiento de la experiencia de estar

---

<sup>21</sup> El párrafo lo hemos añadido nosotros en base a la conceptualización de la experiencia que proponemos.



vivo como un modo de evitar el contacto con lo que siente.

Como más adelante veremos la actitud con la que el paciente aborda la psicoterapia va a suponer uno de los condicionantes en el desarrollo del proceso.

Tenemos que tener presente que el hecho mismo de vivir un problema es fuente de información de cara a tener una mayor conciencia de la configuración que la persona hace de su experiencia problemática, como afirma Keeney (1983) la comunicación sintomática siempre marca el rumbo del cambio terapéutico.

La toma de conciencia significa, o puede significar, para el paciente la demostración de que tiene fuerzas y recursos que desconoce (Robles & Zeig, 1991).

**T > "¿Qué te hubiera gustado expresarle?"**

**P > "La rabia y el odio que le tengo y lo hijo de p... que ha sido."**

Cuando el terapeuta le hace esta pregunta está favoreciendo la toma de conciencia sobre las expresiones que estuvieran en consonancia con sus sentimientos. Si la expresión de la paciente hubiera sido congruente con lo que sentía no hubiera habido lugar a las autoexigencias de haberse comportado de otra manera.

**T > "¿Cómo te sientes en este momento?"**

**P > "Siento rabia y me gustaría golpearle si lo tuviera delante"**

Al no dar como única versión la del recuerdo, el terapeuta favorece la expresión de lo que está sucediendo en el presente. Esto permite evitar la Identificación en la que la paciente estaba atascada, puesto que lo que expresa es lo que siente en este momento al hablar del pasado. No se está entrando, al menos por ahora a modificar las actitudes respecto del pasado, sino que se está promoviendo la toma de conciencia en el presente.

T > "¿Qué te dice lo que estás sintiendo?"

P > "Que estoy muy resentida y que no me daba cuenta de la cantidad de rabia que tengo acumulada."

En esta respuesta podemos ver la incidencia del uso del tiempo verbal que hace el terapeuta, el presente, en cuanto a que la paciente toma conciencia de cómo está viviendo en el presente algo que ya pasó. Esto va a permitir caer en el proceso de Identificación en la medida que:

1) La persona habla de lo que ella siente aquí y ahora.

2) Al hacer suyos sus sentimientos no 'proyecta' sobre el exterior y por tanto no aparece la confusión respecto de lo que ella está sintiendo, la cual estaría en el intento de culpabilizar a lo 'otro' de lo que siente.

3) El tomar conciencia de lo que siente va a hacer posible que cambie la perspectiva y la evaluación de lo que está experimentando. Es algo que está sintiendo y tiene, o puede tener alguna posibilidad de hacer algo al respecto. Este suele ser un diálogo bastante característico por medio del cuál los pacientes llegan a darse cuenta y tomar conciencia de lo que verdaderamente están sintiendo, más allá de lo que llegan a poder decir con palabras. Al permitirse conectar con sus sentimientos las posibilidades de llegar a tener claro lo que está experimentando permiten una mayor nitidez de la conciencia y la apertura de un camino hacia el cambio.

#### 5) Vías de solución que considera accesibles.

En este apartado hacemos referencia a las hipótesis elaboradas, más o menos conscientemente, por el paciente en cuanto a qué camino debe recorrer para resolver la situación problemática que le conduce a la búsqueda de ayuda psicoterapéutica.

De alguna manera, la distinción como un algo específico de las vías de solución que el paciente considera accesibles, puede dar lugar a que éstas pudieran ser consideradas aparte del conjunto de la cosmovisión del paciente. Nada más lejos de la realidad. Las vías tomadas en cuenta son una forma más de mostrar el modelo

del mundo que la persona elabora.

Al contemplarlas, prestándoles atención, estamos haciendo referencia, estamos constatando, una vez más, que el paciente al referirse a ellas como vías de solución está haciendo una distinción entre 'problema' y solución' y hay que tomarlas como una de las infinitas maneras en que puede conceptualizarse la situación problemática (Keeney, 1983).

El carácter paradójico de las posibilidades de solución que el paciente considera respecto del conflicto o conflictos que experimenta es innegable. En muchas ocasiones la consideración de las vías de solución nos ofrece un rico y nutrido muestrario de ejemplos del proceso de **Identificación**.

En la medida en que el paciente comienza a evaluar como posibles algunas alternativas está enriqueciendo su modelo ('mapa') del mundo y en la medida en que no los lleva a cabo puede descubrir, bien solo o con la colaboración del terapeuta, cómo hace para no alcanzar lo que se propone, con lo cual este aspecto también puede ser fuente de nuevos descubrimientos. Una forma de prevenir el que el terapeuta pueda infravalorar la importancia de las vías de solución que el paciente plantea es el considerarle capaz de resolver sus propios problemas (Bergman, 1985).

De un lado sabe que lo que está viviendo no le gusta, de otro que tiene ante sí un proceso de elaboración de otras alternativas, pero esas alternativas no están a su alcance, y en muchas ocasiones ni tan siquiera en su fantasía. Podemos decir que imagina que hay soluciones pero no imagina qué soluciones hay. Aún es más, cuanto más claras sean las alternativas que imagina, en la medida en que no son factibles de ser puestas en práctica, pueden suponer un obstáculo para buscar otras y, por tanto, más dificultades tendrá para encontrar otras soluciones creativas que le sean saludables.

Cabe observar los caminos de solución también como un mensaje que el paciente se da a sí mismo y al mundo. Porque las personas continúan manteniendo su posición en el entorno en el que se encuentran a pesar de las fantasías grandiosas que llegan a imaginar, continúan sujetas a sus procesos, sólo en la medida en que se van acercando a un punto crítico, comienzan a aparecer actitudes y procesos que alteran su manera de pensar y de actuar (Slater, citado por Keeney, 1983). Y ahí es donde el terapeuta puede observar el 'grano de verdad' que el paciente está incorporando en toda expresión que efectúa.

Para acabar de completar la paradoja el paciente necesita de unas hipótesis elaboradas para poder llegar a la conclusión de que necesita ayuda terapéutica, como antes hemos señalado.

Las vías de solución que el paciente considera están, a menudo, teñidas de un amplio abanico de fantasías, son en sí mismas una elaboración de modos ideales para alcanzar metas deseadas pero no factibles en el presente. Cabe considerar a los objetivos que el paciente persigue como 'construcciones' que le ayuda a explicar un mundo que cree conocer (Efran y cols, 1990).

Tienen el carácter de un proyecto aproximativo en el que no está necesariamente, al menos por el momento, recogido el espectro de posibilidades accesibles a utilizar. Estos caminos ideales son la expresión polar, como el negativo de una fotografía, de los conflictos que está viviendo. De hecho como veremos más adelante, la narración de estas rutas hacia el cambio está plagada de expresiones del tipo «dejar de hacer», «no pensar en», «tratar de evitar», etc... Este estilo de expresiones suponen en sí misma una fantasía en cuanto a la posibilidad de llevarlas a cabo en la práctica (Bateson, 1972) en la medida en que es imposible realizar una 'no conducta'. Según Bandler y Grinder (1980) una de las claves para favorecer el cambio es que los objetivos que se planteen sean expresados en forma afirmativa, de modo que así se puedan evitar las incongruencias entre los medios que se proyectan para alcanzar los objetivos y las posibilidades de ponerlos en práctica.

En el caso que nos ocupa las hipótesis que la paciente había elaborado iban en la línea de desarrollar habilidades que le permitieran desenvolverse de otra manera.

P > "Aprender a que no me importe su recuerdo."

La elaboración teórica de que es posible pensar, recordar, sentir algo y que no nos importe es en esta respuesta la muestra inequívoca del proceso de Identificación de la paciente. Confunde elaboración teórica con algo que es posible alcanzar en la experiencia.

P > "Pasar de lo que hizo."

Una de las formas en que las personas que experimentan un conflicto creen que podrían solucionarlo es la de permanecer insensibles e indiferentes respecto de alguna experiencia anterior en la que han sentido dolor.

El proceso de Identificación está ejemplificado aquí por la forma en la que algo que ella considera como deseable y que sólo es posible en un plano teórico se lo plantea como una conducta que puede realizar y que tendrá un 'efecto' positivo sobre su experiencia.

Vemos en estas dos muestras lo idílico de su propósito en la medida en que está pretendiendo 'no sentir' lo que le causa la molestia.

También hizo alguna alusión a "que el terapeuta me enseñe a relajarme y no sentirme molesta cuando piense en mi ex-compañero", mostrando así la fantasía de que es posible que otra persona le dé una solución sobre la base del presupuesto de apartar del foco de atención la situación problemática que le afecta. La Identificación le permite conjeturar que algo externo le va a proporcionar un cambio de la experiencia interna sin que ella tenga que hacer nada.

Las vías que esta paciente pretendía transitar estaban marcadas por una tendencia a la desensibilización que paradójicamente, en la medida en que no es posible no sentir, eran inalcanzables para ella, pero que sin embargo creía que podía significar la solución de acuerdo con su hábito de evitar los conflictos dejándolos a un lado.

## **6) Presupuestos bajo los que solicita la Terapia.**

En el este apartado vamos a mostrar una serie de planteamientos que los pacientes exponen durante el proceso terapéutico, los cuáles nos permiten comprobar cómo creen ellos que pueden llegar a resolver, o por donde se pueden encontrar las soluciones a sus conflictos. Esto nos permite conocer más del paciente y de sus intentos por resolver sus problemas, así como los límites que desde su posición existencial enmarcan las posibilidades de cambio.

La gente acude a una psicoterapia buscando ayuda en los diferentes aspectos de su vida en los que experimenta conflictos o bloqueos. Los síntomas más comunes de desmoralización presentados por los pacientes en psicoterapia son manifestaciones simbólicas subjetivas o conductuales y/o conflictos con personas significativas (Frank, 1985).

De hecho la imagen que el paciente trae a terapia sobre el terapeuta es que todo profesional, es básicamente un resolvidor de problemas, cuya asistencia es solicitada por ciertas personas para reducir sus dificultades o conflictos y para incrementar las posibilidades de alcanzar resultados valorados por ellos (Fagan y Shepherd, 1970).

La forma en que el paciente solicita la terapia, y sobre todo los presupuestos que subyacen a esa forma de llevar a cabo la solicitud van a darnos mucha información de algunas de las dificultades que nos vamos a encontrar durante el proceso terapéutico. También van a ser una buena muestra de los valores y visión del mundo con la que el paciente está construyendo su modo de vivir problemático.

Uno de los condicionantes de cara al futuro de la psicoterapia es el carácter de premonición del que están teñidos los deseos con los que el paciente viene provisto. La idea de la finalidad a alcanzar y el marcado sentido teleológico de los que el paciente les dota pueden llegar a ser una fuente de distorsión. Hay un fenómeno que



Bateson (1972) considera prácticamente universal, es el de que en el mismo momento que el ser humano comete el error de pensar teleológicamente deja de tomar en cuenta la naturaleza sistémica del mundo.

Debemos recordar aquí que para poder llevar a cabo una forma de pensar teleológicamente dirigida, hemos de efectuar, nos demos cuenta o no, algún tipo de **Identificación** entre el momento presente y el de la consecución de la meta o propósito. La posibilidad de 'saber' con certeza como se sentirá la podemos observar en el fragmento de la sesión que reproducimos a continuación.

**P > Cuando finalice la terapia me sentiré mucho mejor.**

**T > ¿Cómo crees que te sentirás?**

**P > Con nueva forma de vivir la vida. Seré capaz de hacer lo que quiera.**

**T > Me podré enfrentar a las situaciones problemáticas de una manera más hábil.**

La concepción que el paciente tenga sobre la psicoterapia va a determinar parcialmente aquello en lo que se convertirá la terapia (Efran y cols. 1990). Más adelante nos centraremos con mayor profundidad en el papel que juegan las expectativas en el proceso terapéutico.

En el plano de los presupuestos podemos encontrar aportaciones desde el paradigma de la terapia familiar. Desde este enfoque se han llevado a cabo multitud de investigaciones en cuanto a los modos de concretar la primera cita y cuáles han sido los motivos, según el paciente, para solicitarla en ese momento y no en ningún otro (Stierlin y otros, 1980). Al terapeuta, cuando recibe la llamada telefónica o mantiene el contacto directo con quien solicita la terapia, le llegan una serie de informaciones que van más allá de los contenidos específicos del problema y esto le permite tener conocimiento de otros aspectos tangenciales de gran importancia (Andolfi, 1977).

Las creencias que cada persona tiene en cuanto al tipo del mundo en el que vive van a determinar el modo en cómo lo ve y la forma de actuar en él, y de forma circular sus formas de percibir y actuar van a determinar en gran medida sus creencias sobre la naturaleza de sus problemas (Bateson, 1972, citado por Efran, 1990)

La mayoría de los síntomas neuróticos representan un tipo de conducta extrema que el paciente acompaña con una indicación de que no puede remediarla.

Una de las frases que mejor expresa los presupuestos que los pacientes traen a terapia es: «Quiero cambiar». Esta expresión, como muchas otras, no es más que la expresión de un deseo parcial. Puesto que si no supusiera ningún tipo de contradicción para el paciente, no sería una expresión verbal, sería la actuación del cambio.

Los presupuestos que subyacen al deseo de cambio del paciente suelen implicar una serie de matices que difícilmente pueden ser traducidos a palabras. Parafraseando un refrán podemos decir que: «Siempre dicen menos de lo que es».

Quieren cambiar sólo lo que ellos evalúan o conceptualizan como molesto, lo cual es valorado como 'malo', 'inaceptable' y en muchos casos como 'no-propio'. Esto requiere un conocimiento profundo de uno mismo, y ese, generalmente, no suele ser uno de los presupuestos que más corrientemente trae el paciente a terapia.

En estas circunstancias cada problema que la persona presenta como motivo de consulta en terapia está formado por una doble vertiente: de un lado el 'problema' original y la 'solución' intentada y que no funcionó. Cuanto más haya intentado solucionar la persona el 'problema' más profunda será la barrera que le separa de la solución (Watzlawick, 1976).

Los presupuestos que la persona considera para comenzar la terapia son otro de los condicionantes que el terapeuta va a encontrarse en el desarrollo de su labor. En todo momento pueden



aparecer como formas de matizar el proceso y las experiencias terapéuticas, vividas tanto por el terapeuta como por el paciente.

Las expectativas que el paciente trae a terapia y los presupuestos en los que el asienta lo que espera que sea el proceso terapéutico suponen una fuente de información, limitación y recursos en el desarrollo del proceso terapéutico.

Los presupuestos de esta paciente, congruentemente con las vías que consideraba útiles para solucionar su situación, estaban teñidos por la idea de que "si soy capaz de conseguir controlar mis sentimientos y llego a pasar de él con el tiempo estaré mejor".

Como ya hemos mencionado en diversos puntos de esta tesis, la confusión que promueve el proceso de Identificación aparece manifestada en las demandas e hipótesis que, en este caso, la paciente efectúa.

Mientras que como fruto de su modelo trata de incidir en lo que no puede controlar y sin embargo cree que sí, no centra sus objetivos en lo que puede resultarle accesible pero que está en otro plano de su experiencia. Me refiero a la reelaboración de sentimientos, cambios de conducta etc...

Estos presupuestos normalmente nos dan una muestra del modo en que la persona ha intentado resolver, con éxito en algunas ocasiones, situaciones similares. El problema estriba en que si ha tenido que acudir a terapia es porque no le resultan suficientes los recursos de los que hasta ese momento es consciente de tener a su alcance.

Podemos observar en esta paciente que la creencia en una posibilidad de aislamiento respecto del dolor y las molestias era el hilo conductor de todos sus presupuestos.

El proceso de Identificación que la paciente efectuaba se constituía así en un mecanismo que favorecía el mantenimiento de su sensación de conflicto y de incapacidad para resolverlo .

## 7) Consideraciones que se pueden hacer desde la óptica del proceso de Identificación.

En base al punto anteriormente expuesto, en este apartado vamos a detallar lo que de innovador presenta, tanto en la fase previa como en una valoración general de la Psicoterapia, la toma en consideración del proceso de **Identificación**.

Tanto si lo hacemos a través de la confrontación y convertimos esa confrontación en fuente de un cambio, como si lo utilizamos para alcanzar comprensión más profunda los modos a través de los cuales el paciente se problematiza, podemos observar la utilidad terapéutica prestar atención a la **Identificación**.

Los cambios que en esta fase pueden realizarse en cuanto a la forma de trabajar del terapeuta y de los detalles que va tomar en cuenta del discurso del paciente, convierten a las aportaciones de Korzybski respecto del proceso de **Identificación**, si las tiene presentes, en un instrumento de importancia capital y de gran utilidad tanto para el terapeuta, en su labor, como para una concepción más rica y amplia de la Psicoterapia en general.

### 7.1. Relación con los puntos expuestos en este apartado.

En el cuadro 11 exponemos de forma resumida las relaciones que se pueden establecer entre el proceso de **Identificación** y los puntos de esta fase previa.

<b>Cuadro 11. Relación entre el proceso de Identificación y los puntos de esta fase previa.</b>	
<b>Punto al que se alude.</b>	<b>Consideración que se puede hacer.</b>
Percepción de diferencias.	La posibilidad del cambio aparece como fruto de esa percepción, con lo que se evita la <b>Identificación</b> .
Toma de conciencia.	Para que pueda suceder ha de aparecer algún tipo de variación en la experiencia. Si se llega a detectar ya no podemos hablar de algo 'Idéntico'.
Normal vs Anormal.	La distinción entre 'normal' y 'anormal' permite al paciente comparar dos modelos y por tanto evitar la <b>Identificación</b> .
Incertidumbre y ambigüedad	No podemos confrontar el proceso de <b>Identificación</b> , sin integrar estas dos conceptualizaciones como componentes característicos y definitorios de la experiencia humana. Sólo en la medida en que la persona acepta estas facetas de su vivir puede dar pasos en la dirección de integrar modos de vida alternativos.
La conclusión de la necesidad de terapia.	La sensación de que es posible el cambio y la imposibilidad de llevarlo a cabo en solitario, es una forma de disminuir el impacto de la <b>Identificación</b> . Según valore el futuro paciente la sensación serán las vías y las metas.

Desde la óptica del proceso de **Identificación**, o mejor dicho desde la posición de cuestionar el mencionado proceso, la forma de considerar la fase previa a la iniciación de la terapia ya está teñida de una serie de características o rasgos específicos.

En primer lugar, en relación con la *percepción de diferencias* se ve cómo una serie de des-identificaciones que el paciente lleva a cabo le permiten efectuar diferenciaciones respecto de lo que hasta ese momento consideraba como invariable y por tanto sin diferencia.

A lo que se refiere esta percepción es a la posibilidad de tomar en cuenta modos de vivir alternativos a los que experimenta en la actualidad, los cuáles comienzan a ser vistos como más accesibles. Esta accesibilidad no es, en principio mas que la muestra de que el paciente en su experiencia comienza a incorporar que no hay una 'única' forma de estar en el mundo. En la medida en que se va dando cuenta que no hay una situación o experiencia idéntica a otra, por lo que siempre va a poder ejercitarse un cambio en cuanto a los conflictos que cada persona vive, es cuando comienza a tomar sentido la posible efectividad de la terapia.

En relación con la consideración de '*normal*' y '*anormal*' observamos como antes de llegar al punto de comenzar la terapia, la mayoría de los pacientes han especulado acerca de las causas y razones de sus dificultades (O'Hanlon&Weiner-Davis, 1989).

Cuando nosotros escuchamos la referencia a esta fase y lo hacemos desde la posición respecto del proceso de **Identificación** que estamos proponiendo, nos encontramos con la ventaja de saber que las cábalas en cuanto a la calificación que merece la experiencia a la que el paciente hace referencia son a la vez explicación y soporte del modelo del paciente pero no son 'idénticas' a sus experiencias. Esto nos permite disponer de un margen de maniobra producto de la diferencia entre experiencia y expresión referida a la experiencia.

La diferencia la establece el futuro paciente cuando empieza a *tomar conciencia* de que sus pensamientos, conceptualizaciones y expresiones respecto de sus experiencias contribuyen a mantener la sensación de estar refiriéndose a algo estático e inamovible.

Tal vez los enfoques psicoterapéuticos que mejor hayan asimilado estas formulaciones sean, entre otros, la Terapia Gestalt (Castanedo, 1983; Ginger & Ginger, 198; Perls & cols. 1951; etc...), la terapia sistémica breve (Keeney, 1983; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; etc...), algunos enfoques constructivistas (Feixas y Villegas, 1990; Feixas y Miró, 1993, etc...), terapias centradas en el lenguaje (Ruesch, 1964; Caro, 1994) y los de más reciente aparición, los construccionistas con su énfasis en el papel dinámico y de interrelación personal en la construcción de la experiencia (Efran y cols. 1990; Kvale, 1992, Shotter, 1993; etc...)

Cuando la persona afirma que quiere cambiar, nosotros, desde la toma en consideración del proceso de **Identificación** ya vemos un rasgo que implica el *establecimiento de una diferencia*. Lo que de innovador encontramos en este punto es que esa diferencia no es fruto de una 'realidad' objetiva y estática. Precisamente cuando la persona llega a conceptualizar la posibilidad de un 'cambio'<sup>22</sup>, está dando lugar en su mapa a aspectos 'diferentes', lo que permite percibir, tomar en consideración y finalmente integrar, recursos propios y del entorno que permitan hacer efectivo ese 'cambio'. Los obstáculos por los que los cambios no son puestos en práctica pueden encontrarse en creer que las circunstancias por las que vamos a alcanzar el 'cambio' son 'idénticas' a la representación que del 'cambio' nos hemos hecho cada uno.

Ya desde el mismo momento de tomar la decisión de iniciar la

---

<sup>22</sup> Cuando escribimos 'cambio' entre comillas hacemos referencia a la conceptualización, en la inmensa mayoría de los casos muy cargada de fantasía, que el paciente hace de cómo será o se sentirá después de haber alcanzado las metas y los frutos de la terapia. El cambio 'real', el que implica una transformación de la propia manera de vivenciar el mundo (Keeney, 1983) ese es el que la persona experimenta y no sólo imagina.

terapia nada es igual, en la medida en que va a comenzar un proceso de cuestionarse la forma en que se abordan los problemas. En ese momento el 'cambio' aparece como una alternativa que establece una ruptura con el fatalismo y la inevitabilidad a las que parecen conducir al paciente sus experiencias conflictivas o problemáticas. La aparición de esta forma de 'conocimiento' está sujeta por contrastes entre los diferentes aspectos en los que el futuro paciente focaliza, (Mahoney, 1985).

Podemos así observar que en esta fase previa, que lo es en la medida que culmina con la iniciación de la terapia, la persona ha ido tomando conciencia de una serie de experiencias desagradables y/o problemáticas, con unas características especiales ya mencionadas. Lo que ahora es diferente es que los va a confrontar. El padecimiento tiene en este momento otro significado muy distinto, ya no se considera como algo fatal e inamovible, mas bien al contrario, se le dota de un marcado sentido de fuente de conocimiento y de ayuda para el descubrimiento de modos de vivir alternativos. Cada problema es visto como la muestra de que algo puede ser distinto. Esto no quiere decir que no resulte doloroso, lo que cambia es que el dolor se ve como un camino y no como un fin en sí mismo (Vergara).

La conciencia, organizada en términos de propósito, funciona como un dispositivo para abreviar y permitirle a la persona que llegue rápidamente donde quiere ir, lo cual no garantiza que la persona esté actuando con la máxima 'sabiduría'<sup>23</sup>, sino que lo que hace es seguir la senda más breve, lógica o causal para llegar a donde quiere (Bateson, 1972).

En esta línea es en la que podemos observar cómo con el proceso de **Identificación** la persona está intentando alcanzar lo

---

<sup>23</sup> El término *sabiduría* es usado en el mismo sentido que lo hace Bateson (1979), es decir, para designar el reconocer y ser guiado por un conocimiento del ente sistémico total. También conviene recordar la concepción que de la sabiduría tenía Lola Hoffman (en Vergara) quien la definía como: "La capacidad de fluir, porque la vida fluye."

más rápidamente aquello que está buscando, aunque queda claro que no con la 'sabiduría' necesaria. Al tomar en cuenta que no es idéntico el interior y el exterior, toda problemática que el futuro paciente experimenta se puede evaluar, por parte del terapeuta, al menos al comienzo, como un intento de resolver la experiencia interna del problema, y que si esta experiencia permanece no es porque la persona lo desee, sino por lo que el paciente mantiene de evaluación idéntica de situaciones diferentes.

Sólo en la medida que las diferencias van apareciendo como algo que la persona va incorporando en la construcción del modelo de su situación, va penetrando la sabiduría en el bagaje de recursos que puede utilizar en su desenvolverse vital. Esta capacidad de percepción de las diferencias ya es en sí una forma de expresión (Merleau-Ponty, 1968), aunque no llega a ser palpable para los observadores exteriores al sujeto.

Hemos de tener presente que en la medida en que la persona está convencida de que con sus acciones puede con total seguridad alcanzar un propósito esto va suponer un serio condicionante o, más aún, un grave inconveniente.

Puesto que en esta fase previa el propósito del paciente va a ser la 'eliminación' del problema, esto va a condicionar la manera de intentar alcanzar ese propósito, los intentos van a ir dirigidos a la 'destrucción' o la consecución de la desaparición del problema. Partiendo de este convencimiento la posibilidad de actuar desde una óptica que favorezca la toma en consecuencia de las variaciones existentes va a desaparecer. No le va a resultar accesible la información, ya sea entre el interior o el exterior de su organismo, o entre situaciones anteriores y las que la persona está viviendo en el presente, que pudiera dar lugar a la elaboración de conductas alternativas. A veces la 'necesidad' o la 'urgencia' que la persona experimenta por resolver algo es lo que se convierte en el problema, o en un obstáculo para la resolución del mismo (Watzlawick y cols, 1974).

En la fase previa la persona comienza a revisar presupuestos,

muchas veces sólo en la forma de 'queja'. Lamentándose de lo que no le gusta está estableciendo diferencias. Aunque, generalmente, la clave no va a residir en las quejas o lamentos, sino en el modo en que las concreta y el uso que va a hacer de ellas. Hay un hecho claro que podemos constatar a menudo en terapia, y es que los significados que el paciente atribuye a sus conductas van a limitar el abanico de alternativas que emplearán para enfrentarse a una situación, (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). En el caso de la queja la característica básica la podemos encontrar en el marcado acento que el que se queja hace en la forma en que 'deberían' o 'no deberían' ser las cosas, sin darse cuenta que estos 'deberías' están basados única y exclusivamente en su experiencia y modelo del mundo.

Una consecuencia de confrontar el proceso de **Identificación** es que no existe 'bondad' o 'maldad' en lo que la persona efectúa en su vida, mas bien hemos de considerar cuál es la sensación o la experiencia de la persona en el mismo momento que lleva a cabo estas acciones. Si el paciente evalúa que esas acciones le suponen la apertura de nuevos recursos para desenvolverse de una forma saludable en el mundo, eso le será útil, mientras que en caso contrario le va suponer un bloqueo para mejorar su calidad de vida.

En el *establecimiento de las diferencias* vamos a sentar en este primer punto la clave de la aportación de la toma en consideración del proceso de **Identificación**. El pensamiento de Korzybski, que tanta influencia ha tenido en autores posteriores (Caro, 1990c), es un canto a la posibilidad del ser humano de efectuar cambios en su modo de estar en el mundo. Estos cambios son los que pueden ser alcanzados, y esa es la esperanza, cuando el paciente se decide a iniciar una terapia.

## **VII) FASE INICIAL DEL PROCESO TERAPEUTICO**

---

---

### **a) EN LA PRIMERA ENTREVISTA<sup>24</sup>**

La Psicoterapia empieza con el primer contacto entre terapeuta y paciente (Korchin, 1976) incluso cuando la entrevista inicial es solicitada para pedir asesoramiento.

Desde el primer contacto que establecen terapeuta y paciente ambos van a mostrar tanto en sus palabras como en sus modos de estar cuál es su visión/experiencia del mundo. Ambos son extraños el uno para el otro (U'Ren, 1980). Lo que paciente y terapeuta exponen y escuchan condiciona la profundidad y la calidad del contacto que van a mantener a lo largo de la relación terapéutica.

La primera entrevista terapéutica ha sido objeto de multitud de análisis por autores de diferentes paradigmas psicoterapéuticos (Andolfi, 1980; Haley, 1966; Minuchin, 1974; Szasz, 1965; Stierlin, 1980). En la mayoría de los casos se considera como bastante determinante en el desarrollo ulterior del proceso terapéutico (Garfield, 1995).

Resulta conveniente destacar que los modos de concretar la primera entrevista son también estudiados como parte de la estrategia terapéutica, o del conjunto de circunstancias que van a incidir en el desarrollo de esa primera sesión. Sobre todo desde la óptica de la Terapia Familiar, en la que desde algunas escuelas se plantean cuestionarios, incluso, hasta para el contacto telefónico inicial (Fisman y Minuchin, 1981; De Shazer, 1982, 1985).

Nosotros aquí vamos a abordar la primera entrevista, como el resto del proceso terapéutico, desde la óptica de relación que supone el encuentro entre dos o más personas que, al menos en

---

<sup>24</sup> Para algunos autores, como por ejemplo U'Ren (1990) la primera entrevista puede abarcar varias sesiones. En nuestro caso nos centraremos en ella como referida al primer encuentro entre terapeuta y paciente. Independientemente del número de sesiones que recoja, con el término primera entrevista nos referimos al contacto que da inicio a la relación terapéutica.



teoría, tienen dos roles (el de terapeuta y el de paciente o pacientes) claramente diferenciados y parten desde posiciones complementarias. En esta primera entrevista comienza a ser palpable la incidencia de la toma en consideración del proceso de **Identificación**. En el modo de expresarse y de escuchar del terapeuta van a quedar patentes los detalles que indican si hay o no confusión entre lo que el paciente dice y lo que experimenta y esto va a condicionar la calidad de la relación y por tanto de la comunicación.

El proceso que comienza con la primera entrevista es 'irreversible' en el sentido que no puede haber una vuelta atrás, es decir que no puede anularse nada de lo hecho/vivido. Como en toda relación interpersonal, cada acción que uno de los participantes hace va marcando el camino por el que el paso siguiente puede ser dado (Bateson, 1972).

Cuando dos personas se encuentran por vez primera y dan inicio a una relación entre ellas, tienen ante sí una amplia gama de posibilidades. Conforme van definiendo la relación que han de mantener, deciden conjuntamente qué tipo de conducta comunicativa ha de prevalecer en ella. Seleccionan cierta clase de mensajes entre todos los tipos posibles y se ponen de acuerdo en utilizarlos. Separan así, mediante lo que cabe llamar la definición mutua de la relación, lo que está incluido en ésta y lo que ha de quedar fuera de ella. Cada mensaje que intercambian refuerza por su propia existencia la línea que se han trazado o sugiere la introducción de un cambio en la misma para incluir un nuevo tipo de mensajes intercambiados entre dos personas. (Haley, 1966).

El contemplar la relación que se inicia con la primera entrevista como el 'encuentro' entre dos o más personas implica una serie de presupuestos que van a determinar la forma de acercarnos a esa 'realidad' siempre cambiante.

Una entrevista fructífera requiere de un contacto productivo. La toma de conciencia de los sutiles procesos psicológicos que están incorporados en cada acción durante un contacto humano, es muy deseable para toda persona que se encuentra en la situación de establecer o interrumpir vínculos durante el primer encuentro

con su terapeuta. Toda forma de terapia empieza con la primera entrevista, y las pautas comunicacionales del proceso terapéutico posterior, se establecen, a menudo en el marco de este primer encuentro (Merloo, 1957).

En la primera entrevista el paciente se va a encontrar con alguien que le va a brindar la oportunidad de sentirse escuchado y así poder observar cosas que nunca hasta ahora había podido observar. En cada ocasión destaca un detalle, aparentemente secundario, que puede ser de vital importancia para aumentar la comprensión del paciente. En el sentido inverso, también los terapeutas, estamos dando la oportunidad al paciente de observar frente a él a una persona que tiene un modo 'especial' de comportarse.

### **1) Algunas consideraciones desde la perspectiva de la confrontación del proceso de Identificación.**

En el cuadro 12 exponemos de forma resumida las ventajas de la confrontación del proceso de Identificación que se abandona en este apartado.

<b>Cuadro 12. Ventajas de confrontar la Identificación en terapia.</b>	
<b>Aspecto de la terapia</b>	<b>Ventajas que aporta la confrontación de la Identificación al proceso terapéutico.</b>
Discurso del paciente.	Se evita la infravaloración o descalificación. Se detectan aspectos novedosos. Se toma lo dicho por el paciente como referente de una experiencia, no por la experiencia misma. Se considera con la forma de expresión 'personal' del paciente que es una de las muchas posibles.
Relación entre terapeuta y paciente.	Se mantiene una distancia adecuada en los diferentes planos.
Flujo del proceso terapéutico.	Capacidad de observación de lo que varía y lo que permanece durante la sesión, puesto que el diálogo no siempre es el mismo, y hay cambios al hablar acerca de una experiencia en diferentes momentos de la sesión.

Tomar en cuenta el proceso de **Identificación** dota al proceso terapéutico, ya desde el contacto inicial de una serie de características y rasgos que merecen la pena ser reseñados de forma pormenorizada, ver cuadro 12.

1) El discurso del paciente está protegido de todo riesgo de infravaloración y/o de descalificación por parte del terapeuta, en la medida en que es considerado por éste, como una re-creación de una experiencia. Precisamente por esto siempre aporta alguna novedad respecto del mundo vivido por la persona que habla.

2) Como no hay una confusión por parte del terapeuta respecto de las inevitables diferencias entre lo que el paciente expresa durante la entrevista y lo que experimenta, no aparece el peligro de interpretar 'textualmente' las expresiones del paciente y tomarlas como una realidad unívoca e incuestionable.

3) Por la misma razón, el discurso del paciente es tomado también como una re-creación de lo que experimenta, y por tanto supone un forma personal e intransferible de comunicarle al terapeuta lo que vive. Esto le permite al terapeuta tomar en cuenta la parte metafórica del discurso, con lo que va a poder disponer de vías o expresiones que le hagan más fácil la conexión con las parcelas más íntimas del mundo del paciente.

4) Al no caer en la **Identificación**, el terapeuta se mantiene a una distancia emocional adecuada del relato del paciente. Ni se deja arrastrar por el fluir de las expresiones, ni permanece como un observador frío y distante que no llega a ser impactado por ninguna de las expresiones de quien le habla.

5) Como es consciente de las diferencias de las que cada persona es portador en el momento de expresar la realidad que vive, puede mantenerse atento a lo que permanece y a lo que varía a lo largo de la entrevista. Como no cree que dos veces pueda ser idéntica la misma cosa, será capaz de comprobar cómo el encuentro de dos personas es la prueba más genuina de la fluidez de la experiencia humana pudiendo extraer de la entrevista no sólo

información del conflicto, sino también claves para futuras intervenciones.

Lo más destacable al considerar el caso que nos ocupa desde la perspectiva de la confrontación del proceso de Identificación podemos centrarlo en los siguientes extremos:

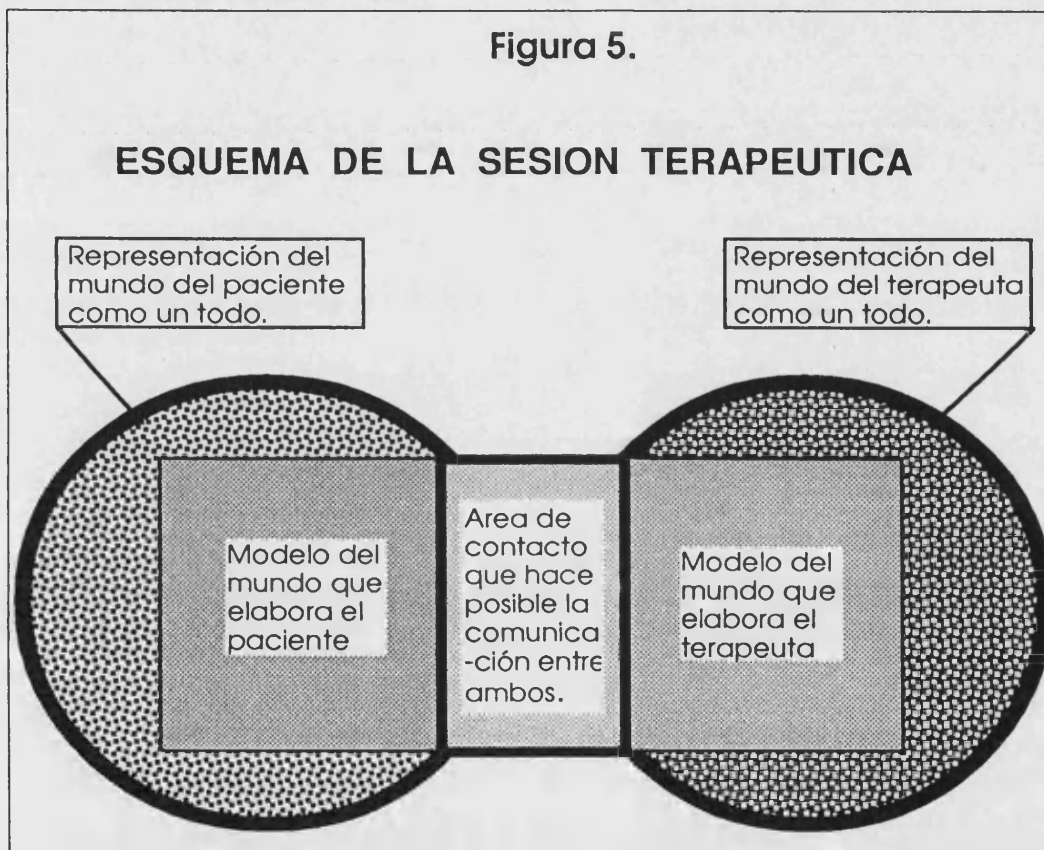
1) La paciente presentaba un aspecto que podría considerarse como de tristeza y desesperación respecto del estado en que se encontraba. Al considerar que lo observable sólo era una pequeña parte de la experiencia de la paciente el terapeuta no dió en ningún momento por seguro qué era lo que experimentaba la paciente.

2) Las expresiones que configuraban su discurso señalaban la existencia de aspectos de su experiencia de los que no estaba tomando conciencia. Esto permitía al terapeuta recordar que el discurso que escuchaba debía ser evaluado en todo momento como una muestra parcial y sesgada de un plano de mucha mayor riqueza de matices, el de la experiencia de la paciente.

3) La puesta en forma verbal de su experiencia que estaba efectuando la paciente era, para el terapeuta, una de las infinitas formas en que esa experiencia podía ser verbalizada.

## 2) Terapeuta y Paciente: Dos modelos del mundo y Dos mundos.

En la figura 5 ofrecemos de forma gráfica lo que posteriormente desarrollamos encunanto a la necesidad de establecer un contacto entre los modelos del mundo del terapeuta y del paciente, uqe haga viable el proceso terapéutico.



La diferencia/ semejanza entre los modelos del mundo de terapeuta y paciente suponen no sólo la posibilidad o no de que la terapia se pueda llevar a cabo, sino también el reflejo para el otro de cómo evalúan su relación con el mundo en el que viven. Qué les resulta importante y qué no, cuáles son sus valores, sus limitaciones, sus creencias etc...

Podemos afirmar que la diferencia entre los modelos de terapeuta y paciente aparece reflejada en el modo de conceptualizarla, como en el chiste a que hace referencia Watzlawick (1988) la diferencia entre un optimista y un pesimista es que el primero ve la botella medio llena mientras que el segundo la ve medio vacía.

La unicidad de la experiencia personal<sup>25</sup> hace que tengamos que hablar necesariamente de dos modelos del mundo ya que cada modelo es propio de quien lo elabora. En cuanto a dos mundos hemos también de admitirlo en la medida que a lo largo de toda esta tesis estamos cuestionando con la intención de rechazarla, la existencia de un mundo independiente del observador que lo experimenta.

Cada persona tiene un modo único de estar/experienciar el mundo. Este es un axioma que desde el punto de vista del terapeuta no puede ser olvidado sin correr una serie de riesgos en su labor, tales como aplicar de modo mecánico y en forma 'idéntica' técnicas, expresiones, experimentos etc... con diferentes pacientes.

El tener una clara conciencia respecto de que no existen dos pacientes 'idénticos' (Haley, 1976; Maslow y Mittlemann, 1965) permite establecer al terapeuta una serie de diferencias que van a hacer del proceso terapéutico algo definido por la especificidad de las visiones del mundo que tienen los participantes.

La psicoterapia ha de establecerse con el objetivo de satisfacer la unicidad de las necesidades del paciente, en vez de adaptarle al 'molde' de una teoría hipotética de la conducta humana 'saludable' (Zeig, citado por O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tanto terapeuta como paciente son dos personas diferentes y sin embargo tan parecidas como para que su experiencia del mundo sea un elemento de relación común y de identidad personal a la vez (Buber, 1984).

---

<sup>25</sup> Defender la idea de la experiencia personal como algo único y que no puede llegar a ser conocido en su 'totalidad' por ningún otro, ni por el mismo sujeto que lo experimenta en ningún otro momento, no contradice la tesis postmoderna de que la actuación está socialmente 'construida'. Lo que defendemos en esta tesis, congruentemente con el rechazo del proceso de identificación, es la posibilidad de poder 'repetir idénticamente' una experiencia. De ahí que siempre puedan ponerse en práctica variaciones que permitan experimentar cambios.

Ninguno es más importante que el otro. Ambos son elementos de un 'sistema' indivisible y sin embargo con partes diferentes y, a veces, diferenciables. En el marco de la sesión terapéutica se hace más palpable que en ningún otro contexto, el que cuando adoptamos una visión sistémica, en la que no estamos focalizando, por no poder hacerlo, en la persona individual, se vuelve figura central la conciencia de la construcción (Gergen, 1991).

El encuentro que se estaba produciendo, si se observaba desde la óptica de la confrontación del proceso de Identificación, hacía patente, y así era evaluado por el terapeuta al principio, y más tarde en algunos puntos por la paciente, como el intercambio verbal entre dos personas que mantenían posiciones cercanas pero diferentes. Que estaban viendo lo que sucedía en la entrevista desde diferentes perspectivas.

### 2.1. La complementariedad de roles como clave del contexto y de la relación terapéuticos.

La concepción de la relación terapéutica que se desprende de los postulados que la Semántica General tiene del ser humano y de la relación que mantiene con su entorno es la de un todo indivisible y en constante fluir.

Como acertadamente señala Bontrager (1962) en la relación terapéutica se da lo que Einstein definía como un 'proceso dinámico', en el que nada permanece donde estaba. No puede hablarse sobre nada en el universo sin señalar cuándo. Que no se puede establecer una 'identidad' en la medida en que todo está relacionado con algo más.

Para que un paciente pueda abordar su problemática en una sesión terapéutica es imprescindible que haya un alguien desempeñando el rol terapeuta, y para que alguien pueda actuar como terapeuta es imprescindible un alguien en la condición de paciente.



Ambos roles complementarios e interdependientes configuran la estructura y el proceso de la psicoterapia conformando una relación especial y única.

**Por medio de expresiones del paciente del tipo:**

**P > “Espero que me ayudes a encontrar el modo de cambiar y sentirme mejor.”**

**P > Tú tienes experiencia como para hacerme entender qué me pasa y de qué manera resolverlo.”**

**Y de respuestas del terapeuta como:**

**T > “Mi compromiso es poner a tu disposición todo lo que yo sé en cuanto a los modos con que las personas se dificultan su forma de vivir.”**

Quedaba claro para ambas partes que cada cual tenía un rol y que ambos roles combinados tenían como objetivo último y compartido favorecer un cambio de la paciente. Esto no quiere decir que el terapeuta cayera en la confusión en ningún momento de creer que su visión de lo que podría ser un cambio era 'idéntica' a la de la paciente.

Lo que sí era manifiesto que durante la primera entrevista había una complementariedad entre los participantes. A la actitud del terapeuta de observar y preguntar le correspondía complementariamente la actitud de la paciente de responder y manifestar su estado.

### **2.1.1. La asignación de roles como estructura de la relación terapéutica.**

La asignación de roles claros y definidos a los participantes en el proceso terapéutico es ya en sí misma una formulación respecto del conjunto de presupuestos desde los que se observa este proceso. En esta distribución de papeles es donde se recoge una diferencia que si tenemos en cuenta el proceso de **Identificación** no confundiremos las representaciones del paciente con las representaciones del psicólogo (Rivière, 1986).



Algunas concepciones de la entrevista psiquiátrica, como la que a continuación reproducimos, se caracterizan por considerar que consiste en la reunión de dos personas, una de ellas reconocida como experta en materia de relaciones Interpersonales, y la otra conocida como el paciente, entrevistado o paciente, que espera extraer algún provecho de una discusión seria con el experto, sobre sus necesidades ( Otto A. Will citado por Sullivan, H.S. 1953). Estas posiciones hacen referencia a una expectativa del paciente mas que a un hecho real. Aunque hemos de admitir que a lo largo de la historia de la Psicoterapia no se ha hecho el suficiente énfasis en las áreas en que el terapeuta es experto y en las que no. Esta expectativa que hemos mencionado más arriba es congruente con la idea de que existen 'enfermedades' o 'patologías' y no lo que cada vez más podemos comprobar, que con lo que nos encontramos es con 'personas enfermas' o más exactamente personas viviendo procesos de enfermedad<sup>26</sup>.

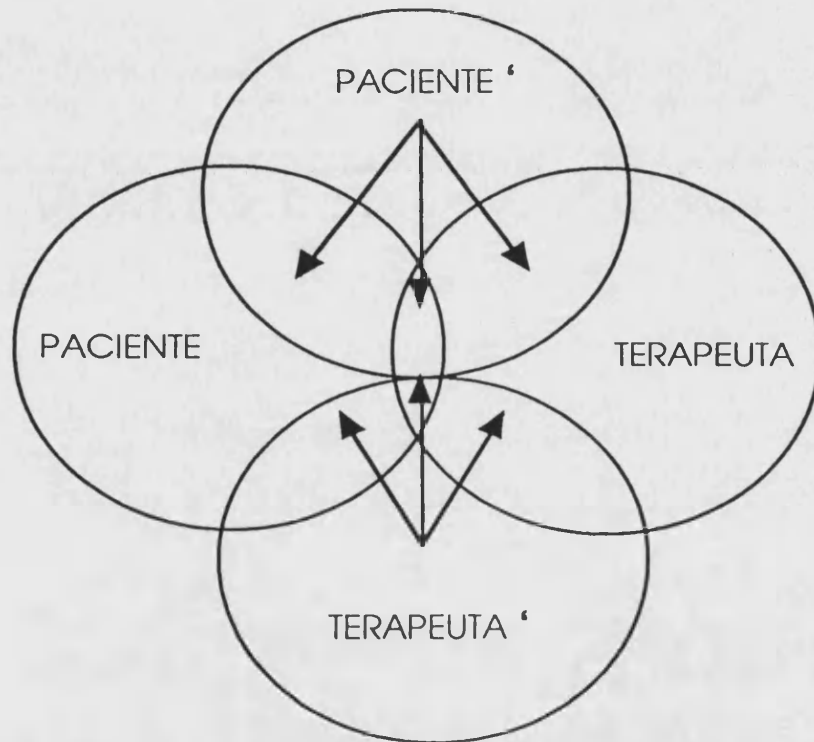
En la figura 6 que reproducimos a continuación, tomada de Caro (1996), podemos observar como cada uno de los participantes en la terapia tiene su propio 'punto de vista' de sí mismo, de la relación y del otro. Esta estructura hace necesario que en todo momento tengamos presente que hay 'varias' formas de 'ver' lo que se va desarrollando en la sesión. En cada 'momento' terapéutico la diversidad de perspectivas configura y a la vez procede del rol que cada uno desempeña y de cómo lo vive.

---

<sup>26</sup> La idea que proponemos es congruente con los planteamientos de Matthew-Simonton y cols. (1978) cuando afirman que «todos nosotros participamos en nuestra propia salud o enfermedad en todo momento, mediante nuestras creencias, nuestros sentimientos y nuestra actitud hacia la vida».

Figura 6.

## ANALISIS SEMANTICO GENERAL DEL MOMENTO TERAPEUTICO



En este punto podemos ver la incidencia de la confrontación del proceso de Identificación en los siguientes extremos:

1) A los intentos de la paciente de asignar al terapeuta el rol de fuente de soluciones milagrosas, por medio de frases como: "me tienes que ayudar a que me sienta como antes", el terapeuta respondía: "eso va más allá de lo que yo puedo comprometerme, no soy capaz de hacer que alguien cambie sin su participación y compromiso."

2) La pretensión de la paciente de que el terapeuta definiere acuñara el problema que estaba padeciendo manifestada por medio de frases como: "¿Como se llama esto que me está pasando?" era contestada por éste con respuestas del tipo: "No me creo capaz de saber mejor que tú lo que te pasa. Me temo que ponerle nombre podría ser un obstáculo para que tú llegues a saber lo que estás experimentando."

3) La clarificación de las características del rol, que la paciente atribuía al terapeuta, discurría paralela a la visión más clara de cuál era el papel que ella habría de desempeñar en el curso de la terapia. Al dejar claros los puntos en los que el terapeuta iba a sustentar su labor, "mi compromiso contigo es el de ayudarte a que llegues a darte cuenta de lo que te pasa y puedas desde ahí decidir qué quieres hacer" estaba especularmente configurando cual era el rol de la paciente. En todas las expresiones del terapeuta estaban recogidos los criterios de diferenciación entre lo que le correspondía a él y lo que le correspondía a la paciente.

La contribución de la confrontación del proceso de Identificación en esta fase puede ser calificada de muy útil en la medida en que ejerció una función preventiva respecto de lo que la paciente hubiera podido esperar del terapeuta a lo largo del proceso terapéutico.

### 2.1.2. Complementariedad de los 'conocimientos' que terapeuta y paciente poseen.

En esta tesis defendemos la posición de que, precisamente, en la medida en que terapeuta y paciente no caen en el proceso de **Identificación** van aportando cada uno su condición de expertos. Mientras que uno lo es en el arte de escuchar y reformular, el otro lo es en el conocimiento del sujeto que acude a terapia. La carencia fundamental de la persona que acude a terapia reside en su incapacidad para satisfacer sus propias necesidades (Glasser, 1979), sin embargo es el que mejor conoce a quien padece el problema.

En la medida en que, como terapeutas, tengamos presente esta idea de contacto entre dos (parcialmente) expertos, cada uno en lo suyo, estaremos previniéndonos respecto de la posibilidad de hacer interpretaciones automáticas o repetitivas que dieran pie a la eliminación del conjunto de aspectos diferentes que en cada sesión y con cada paciente nos vamos a encontrar. La catalogación de la relación terapéutica como complementaria nos permite

evitar el riesgo de caer en un 'dirigismo' desde la posición del terapeuta y de una delegación de responsabilidades desde la postura del paciente.

En este apartado, si se lleva a cabo la confrontación del proceso de Identificación, podemos comprobar como sirve para devolver desde el inicio a la paciente algunos detalles que favorecen el aumento de su autoestima.

Como el terapeuta, cuando habla de las capacidades que va a poner en práctica deja bien claro, en todo momento favorece clarificación de la responsabilidad que le corresponde a la paciente.

En este caso, la expresión del terapeuta: "Yo soy un experto en las técnicas psicológicas las cuáles sólo son útiles en la medida en que tú pongas en juego los conocimientos que tienes de tí misma." , dió lugar a que la paciente hubiera de manifestar que: "Entiendo que tú no conoces cosas que sólo yo conozco de mi vida."

En este sentido expresiones de la paciente del tipo: "Me doy cuenta de que no sé exactamente cómo expresar lo que me pasa.", "Tengo la sensación de estar en un laberinto.", pueden ser consideradas por ella como un punto de partida en vez de una situación sin salida.

### **2.1.3. El respeto como muestra de reconocimiento de la 'sabiduría' del otro.**

Para que ambas partes del conjunto, terapeuta y paciente puedan hacer de su relación algo productivo ha de haber un respeto profundo como base de la interacción. Recordemos que cuando una persona actúa en su condición de terapeuta, su objetivo no consiste en dominar o persuadir, sino simplemente en favorecer un proceso encaminado a restablecer un estado de buena salud.

Los modelos que están en contacto, para favorecer el aprendizaje que subyace a toda relación terapéutica, han de basar la relación en un mutuo conocerse, no en la imposición de una de las partes sobre la otra. Así el marco permite al paciente sentir que por fin alguien está con él, sin reproches, sin censuras, sin falsas alabanzas ni alientos forzados, en definitiva alguien que le acepta como es.

Cabe preguntarse aquí si esto no lo podría encontrar el paciente con amigos, confesores, parientes, etc., y la respuesta es que ninguno de ellos acierta con la combinación adecuada de interés, nivel adecuado de implicación emocional y de conocimiento que caracterizan a un hábil psicoterapeuta. Y ese es un marco único (por sus características) que sirve de apoyo para el crecimiento personal del paciente.

Todos los paradigmas psicológicos hacen hincapié en la idea de 'respeto' por el modelo mundo del paciente. La Terapia Gestalt, el Enfoque Rogeriano el modelo eriksoniano de hipnoterapia, la epistemología cibernética plasmada en las diferentes modalidades de Terapia Familiar Sistémica, el construccionismo, etc... Un rasgo importante del buen psicoterapeuta es el talento para aceptar a los pacientes sin crítica y ser capaz de entender su conducta (Glasser, 1979).

El mejor ejemplo de lo que queremos decir con respeto entre ambas partes lo podemos lograr si somos capaces de darnos cuenta, como sugiere Shotter (1993) que en el flujo de interacción normal de una relación entre dos personas, éstas crean sin ser conscientes de ello, un 'mar' de intercambios de permisos y restricciones *morales*, de privilegios y servidumbres, de obligaciones y derechos. Dado lo estructurado del marco en el que se desarrolla la sesión terapéutica, muchos de esos permisos y restricciones van a estar bastante más allá de la conciencia del paciente y en muchos casos del terapeuta, sobre todo si cae en la **Identificación**.

Tener presente este planteamiento de los modelos del mundo de terapeuta y paciente como algo diferenciado y que necesita de un puente de unión/comunicación entre ambos es lo que ha permitido llevar a cabo avances en cuanto a la conveniencia de sintonizar las modalidades sensoriales entre ambos. Una explicación más amplia



de ello la exponemos en el apartado '2.3.1. Incidencia de la codificación'.

Si hay algo que puede afirmar quien esto escribe que haya sido de capital incidencia en su labor como terapeuta al utilizar la confrontación del proceso de Identificación es el desarrollo y la profundización en la actitud de respeto hacia los pacientes.

El convencimiento de que la paciente, al hablar de cuál era su experiencia, estaba dando muestras del uso que había hecho de sus recursos en el intento de superar sus situaciones de conflicto permitía un cambio cualitativo en la actitud de escucha del terapeuta.

Estaba siempre presente la sensación de estar frente a una persona única que estaba tratando de encontrar solución a conflictos ante los que creía no disponer de capacidad suficiente para resolver.

La cuestión clave residía en que, al hablar, la paciente estaba también diciendo cuáles eran sus recursos.Cuál era su 'sabiduría' la cual, al estar basada en un discurso del que partes importantes de la experiencia estaban ausentes, había quedado varada en un modelo que no aportaba luz hacia la resolución.

Expresiones del tipo: "He intentado mil veces olvidar lo que me hizo" mostraban claramente que la intención de olvidar cubría la capacidad de recordar de otra manera. Afirmaciones como: "No soy capaz encontrarme bien.", impedían la utilización de la toma de conciencia como guía para atravesar el dolor.

La sensación de respeto favorecía en el terapeuta el que la paciente con su discurso fuera tenida en cuenta como alguien que podía aprender a utilizar sus capacidades de otra manera y que para descubrir esa manera era para lo que el terapeuta iba a ser el instrumento.

La conceptualización de los bloqueos que experimenta el paciente efectuada desde la consideración de su discurso como una expresión pero nunca como la experiencia misma, conlleva, necesariamente, para el terapeuta el que se recuerde a sí mismo que:

- 1) Nunca sabe más que el paciente respecto de lo que éste experimenta.
- 2) Dado que los seres humanos reaccionamos a la interpretación y evaluación de los hechos que experimentamos siempre hay un componente personal que el 'otro' no conoce y que ha de respetar.

## 2.2. Construcción y co-construcción de la relación terapéutica.

Las relaciones interpersonales en cuanto a su estructura y significación se refiere son una construcción de los participantes. Las características que esa construcción posee podemos dividirlas en dos vertientes:

1) El *significado* del que dotan a la relación cada uno de sus participantes por medio de las conceptualizaciones que hacen de esa relación. Cómo la vive cada uno, y lo que de destacable representa esa relación en el conjunto de la experiencia personal de ella.

2) El *área de significación* común y compartida imprescindible para que la relación pueda suponer un marco de encuentro interpersonal y en el que pueda darse una comunicación enriquecedora para quienes están creándola.

Estas dos facetas hacen que tengamos que adoptar una consideración de la relación terapéutica como el fruto de la actividad relacional de sus participantes desde su propia óptica y a la vez desde lo que experimentan como compartido con el otro.

**La relación terapéutica aparecía en este caso como un campo en el que por medio del intercambio de comunicación el terapeuta y la paciente iban a construir de forma conjunta situaciones en las que la paciente pudiera investigar.**

**Desde preguntas como: "¿Que te gustaría haberle dicho?" o "¿Qué otra actitud podrías adoptar en situaciones como ésa?" la relación terapéutica se convertía en un laboratorio en el que la paciente podía investigar en sus experiencias sin tanto riesgo como en la vida cotidiana.**

**Afirmaciones de la paciente del tipo: "No fui capaz de expresarle mis sentimientos.", unidas a preguntas del terapeuta como: "¿Qué te hubiera ayudado a hacerlo?" favorecían la co-construcción del escenario para**

**experimentar vías alternativas.**

En cada intercambio, la sensación de estar creando conjuntamente con la paciente, el terapeuta siempre podía solicitar de una exposición más detallada, una expresión que al ser más rica en matices les aportara a ambos una perspectiva diferente en la que fuera posible encontrar alternativas y nuevos horizontes.

**2.2.1. El modelo del mundo (mapa) como campo en el que podemos incidir.**

Conviene hacer mención aquí que en la medida en que la persona, ya sea el terapeuta ya sea el paciente, crea o elabora un mapa de una situación está dotándolo de características específicas. En nuestro propósito coincidimos con lo que Dawes (1986) define como un 'mapa', el cual, en sentido amplio, incluye todos los aspectos de los que nos damos cuenta conscientemente (incluyendo el orden elevado de darnos cuenta de ser conscientes) y las representaciones simbólicas verbales y no-verbales de estos aspectos. Esto nos devuelve, una vez más, al papel de la persona como sujeto agente en la percepción y conciencia de las diferencias.

Como seres humanos nosotros no actuamos directamente en el mundo. Cada uno de nosotros crea una representación<sup>27</sup> del mundo en que vivimos, es decir, un mapa o modelo que nos sirve para generar nuestra conducta. En gran medida nuestra representación del mundo determinará lo que será nuestra experiencia de él, el modo de percibirlo y las opciones que estarán a nuestra disposición al vivir en el mundo. Los seres humanos nos desenvolvemos

---

<sup>27</sup> La idea de re-presentación, la hemos de entender como re-construcción de lo percibido. Es decir en toda experiencia humana hay un proceso vivencial y una re-construcción sobre la que se compara lo vivido para proceder a su evaluación.



fundamentalmente en la esfera de lo simbólico, aunque no nos demos cuenta la unión entre lo simbólico y lo corpóreo es muy profunda (Binswanger, 1961; Jung, 1964; Varela y cols. 1992).

Dado que el mundo es una infinidad de posibles impresiones sensibles, y sólo somos capaces de percibir una pequeña parte de él. La parte que podemos percibir es luego filtrada por nuestra experiencia única, cultura, lenguaje, creencias, valores, intereses y suposiciones (O'Connor y Seymour, 1990). Esto hace que podamos afirmar que nuestra experiencia está siempre basada en modelos que creamos más que en la 'realidad' que independiente pudiera existir.

El mapa que el paciente hace de su rol y del rol del terapeuta es lo que va ser clave en cómo considera la relación terapéutica. Lo mismo podemos decir por parte del terapeuta. No podemos olvidar que para entender las necesidades de ayuda de un paciente hemos de reconocer los patrones con los que ordena sus 'realidades', (Mahoney, 1985). Esto implica tener un conocimiento lo más preciso posible del proceso que sigue para construir sus mapas/modelos de su experiencia del mundo.

**Al interrogar a la paciente sobre aspectos no suficientemente clarificados según la óptica del terapeuta, como puesta en práctica de la confrontación del proceso de Identificación, se concretaba el campo en el que la psicoterapia, en su objetivo de favorecer cambios, incidía.**

**El modelo que la persona creaba de su experiencia con frases del tipo: "Nadie puede ayudarme a salir de esto", era lo suficientemente abstracto como para que cualquier demanda acerca de informaciones ausentes supusiera al intentar responderla la aparición de cambios cualitativos respecto de la experiencia a la que hacía referencia. Preguntas del terapeuta tales como: "¿Salir de qué específicamente?", "¿Nadie puede ayudarte?" eran las expresiones encaminadas a propiciar una menor abstracción y por tanto un mayor acercamiento a la experiencia.**

Como mapa y experiencia estaban en planos diferentes de abstracción y las intervenciones del terapeuta no cuestionaban la experiencia sino el discurso que la expresaba, la sensación de capacidad y de ser respetada le aportaban a la paciente nuevos bríos para avanzar en la investigación y el autoconocimiento.

Teniendo presente que la experiencia interna de las personas es el plano en el que se desenvuelven mayoritariamente, el tratar de que la paciente (re)construyera esa experiencia interna lo más detalladamente posible pasaba por recuperar partes ausentes de su mapa.

### 2.2.2. La creación conjunta del contenido de la sesión como contexto en el que se establece un contacto plagado de diferencias y sugerencias de cambio.

Consecuentemente con la posición que se defiende en este escrito, tanto terapeuta como paciente van a ser co-creadores del conjunto de significados que expresen y construyan durante el proceso terapéutico, por tanto cada vez que en este escrito hagamos alusión a uno u a otro hemos de tener en mente que nos estamos refiriendo a una parte de un sistema más complejo e indivisible. La unidad que defendemos es la que procede de la indisolubilidad de los componentes que no pueden ser concebidos como separados si no es por abstracción (Sartre, 1947/1972).

La línea de pensamiento que nos proponemos seguir es la de que

---

*28 Tomamos como referencia cuando hacemos esta afirmación a lo que propone Binswanger (1961. pg 462 y sgtes.) cuando escribe : "El problema del lenguaje y del pensamiento (...) está fundamentado por un fenómeno unitario que, siguiendo a Husserl, queremos designar como expresión viva o significativa. (...) El pensamiento no se deja separar de lo pensado, ni la voluntad de lo movido. (...) En la expresión viva llega a ser especialmente clara la imbricación de 'naturaleza' y 'espíritu' en la función significativa o representativa del lenguaje; expresado psicológicamente, en la conciencia de signo o símbolo; o, en lenguaje fenomenológico, en el fenómeno por completo peculiar de la expresión"*

los seres humanos somos generadores de lenguajes<sup>28</sup> y, simultáneamente, generadores de significados. La comunicación y el discurso son las bases que definen la organización e Interacción social. Hemos de recordar que todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos que generalmente pueden ser mejor definidos por quienes participan en ellos que por observadores 'objetivos' externos (Castilla del Pino, 1969). La psicoterapia al ser un sistema formado por seres humanos, es uno de esos sistemas lingüísticos.

En el contexto del sistema terapéutico la comunicación tiene una relevancia específica en la dirección de favorecer el cambio a través del diálogo (Ruesch, 1980).

El/los temas que se abordan durante las sesiones nos permiten afirmar que todo sistema terapéutico está unificado alrededor de algún 'problema o problemas'.

En este sentido, el sistema terapéutico es un sistema que se caracteriza por un significado co-creado en evolución, 'el problema o problemas'.

El sistema terapéutico como creador de la interacción y relación interpersonal tiene como 'leit motiv' la organización-di-solución del problema.

En la relación terapéutica hemos de tener en cuenta que cada detalle particular es revestido de significado dependiendo del contexto dentro del cual se contemple (Mahoney, 1985). Es desde esta óptica desde donde podemos entender la importancia del título de este epígrafe. Las diferencias que van a aparecer tanto para el paciente como para el terapeuta pueden convertirse en fuente de cambio.

La confrontación del proceso de Identificación permite a ambas partes tener en todo momento conciencia de que la terapia es una relación que se crea entre terapeuta y paciente.

A lo largo de la primera entrevista y en algunos momentos de la fase inicial del proceso terapéutico aparecieron intentos por parte de la paciente de que fuera el terapeuta el que asumiera la total responsabilidad del proceso terapéutico por medio de manifestaciones del tipo: "Espero que serás capaz de ayudarme con tus respuestas a resolver el problema." Sin embargo, como el terapeuta tenía integrada la actitud de confrontar el proceso de Identificación no cayó en responsabilizarse él ni tampoco a la paciente de la marcha de la psicoterapia exclusivamente.

El planteamiento de la relación terapéutica como un encuentro entre personas basado en el respeto, la honestidad y la responsabilidad, propuesto una y otra vez por el terapeuta fué llevando el proceso terapéutico hacia los cauces de una co-implicación con el paciente.

Como en todo momento las diferencias de los modelos que terapeuta y paciente ponían de manifiesto a través de sus expresiones se hacía desde la perspectiva de cada uno y no juzgando el modelo del otro, esto daba origen a tomar las expresiones como alternativas que podían ser tenidas en cuenta o no, pero nunca como descalificaciones del propio discurso, en especial el de la paciente.

El contacto que proporcionaban expresiones del terapeuta del estilo: "A veces el deseo de estar mejor hace que tratemos de buscar en las respuestas de otros las solución a nuestros conflictos." , "¿En qué sentido puedo saber yo mejor que tú lo que puedes o quieres hacer?"

Las respuestas de la paciente nos dan una muestra de lo que ella experimentaba al escuchar al terapeuta. Veamos algunas de sus manifestaciones: "Cuando estás metida en un pozo necesitas que alguien tire de la cuerda.", "Me parece que puedes ver la situación de una manera distinta y decirme qué es lo que estoy haciendo 'mal'."

**En base al conflicto que experimenta y el discurso que realiza congruente con ese conflicto, la forma de ver el mundo que la paciente tiene está claramente orientada hacia el 'exterior' sin darse cuenta que al ser una sensación única y exclusivamente de ella, la fuente del cambio no puede situarla en otra parte si lo que quiere es alcanzar una solución efectiva a su experiencia presente y que le sirva de cara a nuevas experiencias conflictivas que pudiera vivir en el futuro.**

### **2.3. La conversación terapéutica como construcción de las bases para el cambio.**

En el marco de la psicoterapia, como en el de la inmensa mayoría de las relaciones humanas, conviene no olvidar que el significado y la comprensión están contruidos a través de la experiencia que cada uno vive de la interacción que mantiene (Mc Namee 1992; Shotter, 1993). Esto da lugar a que los participantes vayan construyendo la significación que para cada uno de ellos tiene la conversación y el diálogo. Para que un mensaje exterior pueda ser comprendido es necesario que quien escucha construya, o sepa cómo construir, el mecanismo decodificador adecuado que debe aplicarse al mensaje interior, el cual es portador de la significación pensada por el emisor (Hofstadter, 1979).

Una de las tareas en las que más empeño ha de poner el terapeuta es la de ser capaz de reconocer las estructuras y los procesos a través de los cuales el paciente construye e interpreta su experiencia cotidiana (Mahoney, 1985). Esto se llega a hacer posible por medio de la utilización del diálogo y la conversación como principales vías (Aranguren, 1967).

La terapia, tal y como la concebimos y a la cual hace referencia el título de este epígrafe, es un suceso lingüístico que tiene lugar en lo que llamamos una 'conversación terapéutica'. La cual consiste en una búsqueda y exploración a través del diálogo, un cambio a dos bandas en el que nuevos significados van apareciendo continuamente en la dirección de disolver los problemas, (Lax, 1992).



La acción humana, especialmente en la terapia, tiene lugar en una 'realidad' de comprensión que está creada por medio del diálogo. Estas realidades narrativas construidas socialmente aportan significado y organización a la experiencia de uno (Gergen y Kaye, 1992).

Una condición necesaria para poder llevar cabo el encuentro entre los dos mundos que son terapeuta y paciente es el contacto entre ambos. Para que ello sea posible han de crear un marco en el que hayan elementos comunes suficientes (véase la figura 5 en pg. 199).

Hemos de recordar (Shotter, 1993) que vivimos de un modo en el cual cada uno de nosotros es a la vez 'generador de respuestas' y 'respondente a'. Esta capacidad de diálogo, cuando la ponemos en práctica a nivel intrapersonal, nos conduce, a menudo, a sumergirnos en una conversación interna que puede condicionar el contacto con nuestro entorno. La comunicación interpersonal, y la terapia es una modalidad específica de comunicación, es posible en la medida en que damos una respuesta a un 'otro' y existe una capacidad en ese otro de respondernos.

**El medio del que precisa toda psicoterapia, como el de toda actividad de relación humana, es el intercambio de comunicación. La mera presencia de otra persona ya supone una comunicación para quién le observa. En el caso que nos ocupa el intercambio verbal podría ser fluido en la medida en que el paciente era una persona que disponía de las suficientes habilidades verbales como para poner en palabras las sensaciones y pensamientos que iba experimentando.**

**En la medida en que comentaba al terapeuta su estado, cómo se sentía y lo que esperaba conseguir con el tratamiento, sus comentarios y los del terapeuta iban configurando una 'realidad' que sentaba las bases desde las que partir en dirección a una nueva experiencia.**

### **2.3.1. La adopción de una actitud de 'conversación con' por parte del terapeuta como una forma de prevención de la aparición de los riesgos del proceso de Identificación.**

En esta tesis partimos de la base de que la utilización rígida y/o automática de determinadas técnicas o estrategias supone una forma de entorpecer el nivel y la calidad del contacto. Uno de los errores que en psicoterapia encontramos a menudo, consiste en que el terapeuta trate de mantenerse estrictamente en el plano técnico para evitar así que aparezcan sentimientos que puedan interferir en su labor (Hall, 1959). La creencia de que ésto es posible es un obstáculo respecto de la actuación fluida del terapeuta. Este tiende a permanecer rígidamente aferrado a sus conceptos teóricos disminuyendo así la calidad del contacto con el paciente. El que el terapeuta sea capaz de flexibilizar su posición le permitirá poner en práctica algo que se valora como una actitud terapéutica positiva, la vinculación emocional con el paciente (Glasser, 1979).

Para que el terapeuta pueda llegar a conocer cuáles son las claves en las que el paciente está basando su experiencia vital ha de ser capaz de mantener una postura de flexibilidad y cuidado en cuanto a la actitud que adopta. Conocer lo que las experiencias 'significan' para el otro sólo es posible cuando ambas partes se sitúan en el plano de la construcción de la realidad.

**El terapeuta al 'conversar con' la paciente en ningún momento confundía sus palabras con las experiencia a la que hacía referencia.**

**En las expresiones de la paciente no se 'veían cosas', sólo eran palabras, que tomaban su sentido en la medida en que el terapeuta era capaz de tomarlas como referentes. Con su actitud de diálogo el terapeuta daba pie a una relativización de la estructura de estaticidad que se podía desprender del discurso de la paciente.**

**Cuando ésta afirmaba: "Me resulta imposible superar este problema" el terapeuta respondía con una pregunta del tipo: "¿Imposible en todos los aspectos?" o "¿En todo momento?" que daban pie a consideraciones menos rotundas por parte de la paciente.**

Ejemplos de esa variación eran las expresiones: "En algunos aspectos del trabajo puedo actuar más centrada" o "si estoy con algunas amigas que me comprenden me siento un poco menos tensa."

Al establecer una 'conversación con' la paciente el terapeuta tenía una clara conciencia de no estar en el nivel más profundo de la experiencia de aquélla, por lo que siempre podía proponer alguna consideración que diera pie a una nueva forma de ver la experiencia a la que el discurso hacía referencia.

En ningún momento el terapeuta podía caer en confundir lo que escuchaba con la experiencia que la paciente estaba señalando, y mucho menos con lo que vivió en el momento en que experimentó la vivencia a la que aludía. En este sentido era en el que la confrontación del proceso de Identificación era un instrumento favorecedor de la fluidez en la sesión.

La 'conversación con' la paciente era siempre valorada como un hablar 'acerca de' y no la experiencia misma. Esto aportaba también un beneficio a la psicoterapia en la medida en que cuando la paciente conectaba con los sentimientos que experimentaba y se ponía a llorar aportaba una información suplementaria respecto de la importancia y el impacto que para ella tenía la experiencia narrada. La paciente lloraba no sólo por lo dicho sino por la experiencia con que la reconectaba su discurso.

### 2.3.2. Incidencia de la codificación en la expresión.

La codificación que cada persona hace de sus experiencias o de sus expectativas es determinante a la hora de poder tanto expresarlas como captar las expresiones procedentes de otros. El paciente piensa y actúa como si dispusiera de un conjunto de reglas las cuáles utiliza para definir su situación (De Shazer, 1982). Para que una persona pueda hacer inteligibles sus recuerdos, para sí mismo o para los demás, tiene que utilizar un lenguaje disponible en la cultura, lo cual condiciona lo que puede considerarse como recuerdo (Gergen, 1991).



Se ha podido comprobar que cada persona tenemos una modalidad sensorial más valorada en cuanto a la forma en que (re)construimos nuestra experiencia y nuestros modelos del mundo.

Mientras que hay personas que tienden a recordar o imaginar sus experiencias y expectativas en imágenes, otras lo hacen por medio de sonidos o sensaciones físicas. El tipo de predicados y de palabras que el hablante utiliza van a proporcionar información adicional sobre como codifican su experiencia (Grinder y Bandler, 1980).

Si incorporamos este planteamiento en nuestra labor terapéutica y no 'identificamos' lo que el paciente cuenta con el modo en que a nivel interno él se lo (re)presenta, vamos a poder establecer formas de relación y/o comunicación más útiles y fructíferas para ambos. En las expresiones de cada paciente podemos encontrar ejemplos como los siguientes: «No 'veo' clara una solución» (Codificación visual). «Me 'suena' extraña esa expresión» (Codificación auditiva). «Se me encoge el estómago de pensarlo» (Codificación kinestésica). «La experiencia me dejó un mal sabor de boca» (Codificación gustativa). «No me huele bien ese asunto» (Codificación olfativa).

Además esto implica un cambio en la atención del terapeuta. Muchas veces, al escuchar al paciente, el terapeuta se queda atrapado en el 'significado' del discurso de aquél, cuando en realidad lo único que le es accesible es la representación interna que el terapeuta hace de lo que escucha.

Cuando el terapeuta tiene presente que su modelo y el del paciente no sólo son distintos, sino que también están, o pueden estar contruidos en base a diferentes canales sensoriales, es cuando constata la necesidad de prestar atención a los predicados que el paciente usa para describir su experiencia.

Al describir su experiencia el paciente hace una elección (que es generalmente inconsciente) acerca de las palabras que mejor representan esa experiencia. Entre estas palabras merecen ser

destacadas los llamados predicados. Los predicados son palabras usadas para describir porciones de la experiencia de una persona que corresponden a los procesos y las relaciones en esa experiencia (Bandler y Grinder, 1976, 1980).

Ningún mensaje intercambiado entre dos personas existe separadamente de otros mensajes que lo acompañan y califican. Siempre que estemos observando una sesión terapéutica hemos de partir de la relación sistémica de los componentes que interviene, a saber, terapeuta, paciente y medio (Castanedo, 1983).

En el caso de la paciente que nos ocupa la codificación podemos calificarla de visual y kinestésica (referida a sensaciones corporales). Algunos ejemplos de estos aspectos podemos observarlos en las siguientes expresiones, en las que hemos subrayado los términos que nos aportan esta información :

P > "No veo que tenga alternativas a mi alcance." (Visual)

P > "Me siento incapaz de cambiar mi situación." (Kinestésica)

P > "Me gustaría tener una visión más optimista, pero no tengo claro cómo hacerlo." (Visual)

P > "La sensación de incapacidad me paraliza." (Kinestésica)

En otro sentido, la codificación de los hechos a los que se refiere la paciente está hecha en base a una concepción de que el mundo tiene un funcionamiento independiente de las experiencias que vive y que además lo rige una 'justicia' a la que ella no parece tener acceso. Veamos en estas frases una buena prueba de ello:

P > "No tenía ningún derecho a hacerme lo que me hizo."

P > "Por culpa de lo que me hizo se me han quitado las ganas de vivir."

P > "No es justo que me tratara así."

Como consecuencia de lo mostrado podemos afirmar que el terapeuta se encontraba ante una paciente que al recordar sus experiencias estaba haciéndolo por medio de imágenes y sensaciones que la reconectaban con gran viveza con lo narrado y anteriormente vivido. Esto orientaba las intervenciones del terapeuta en el sentido de utilizar los mismos sistemas representacionales que la paciente. veamos algunos ejemplo:

T > "Desde tu punto de vista ¿qué ves que motivo la conducta de él?"

T > "¿Cómo te sientes al recordar esa situación?"

T > "¿Cómo te sentirías viendo esta situación en otra persona?"

Para la paciente:

1) Al hablar acerca de su experiencia problemática con alguien que no ponía en cuestión su experiencia sino su discurso podía acercarse y tomar más conciencia de lo que sentía al recordarlo.

2) En la medida en que se acercaban discurso y experiencia aumentaba su capacidad para asumir su responsabilidad en el proceso vivido.

3) Las ventajas que le suponía hablar con otra persona, el terapeuta, eran vividas por ella como la aparición de un marco en el que arriesgarse a investigar. Tal y como expresaba ella misma: "Me siento relajada al poder hablar con alguien que no me juzga ni me dice que deje de llorar."

En el segundo sentido, la confrontación que el terapeuta podía hacer del proceso de Identificación que la paciente estaba llevando a cabo al confundir la 'justicia' que pensaba que debería existir con lo que había vivido, pasaba necesariamente por incorporar la codificación que estaba, previsiblemente, haciendo la paciente. Esto lo llevaba a cabo con consideraciones y preguntas del estilo:

P > "¿Qué te hace pensar que las demás personas deberían tratarte justamente?"

P > "¿Cómo te sienta que esto no sea así?"

P > "¿En qué forma consigue otra persona modificar y condicionar tu vida?"

En la medida que la paciente iba contestando a las preguntas su discurso iba acercándose más a la experiencia y menos a lo que teóricamente debería de haber pasado. Esto comportaba varios beneficios:

Para el terapeuta:

1) Tenía a su disposición un discurso más cercano a los hechos.

2) Podía observar cómo al conversar con la paciente, parecían muestras de un incremento en cuanto a la intensidad de sentimientos unidos a la experiencia de referencia.

3) Ampliaba su conocimiento sobre el modo en que la paciente codificaba y valoraba su experiencia.

Para la paciente:

1) Al hablar acerca de su experiencia problemática con alguien que no ponía en cuestión su experiencia sino su discurso podía acercarse y tomar más conciencia de lo que sentía al recordarlo.

2) En la medida en que se acercaban discurso y experiencia aumentaba su capacidad para asumir su responsabilidad en el proceso vivido.

3) Las ventajas que le suponía hablar con otra persona, el terapeuta, eran vividas por ella como la aparición de un marco en el que arriesgarse a investigar. Tal y como expresaba ella misma: 'Me siento relajada al poder hablar con alguien que no me juzga ni me dice que deje de llorar.'

#### **2.4. La peligrosa influencia de la idea de 'objetividad' base del pensamiento 'occidental'.**

En el enunciado de este apartado hemos hecho alusión a dos mundos. Esta referencia conviene que la tengamos como un modo teórico de expresar la existencia de una serie de realidades a las que tanto terapeuta como paciente van a hacer referencia. Sin embargo hay que tener en consideración que no podemos utilizar como un criterio de 'realidad', al menos dentro del proceso terapéutico, y sobre todo desde el plano de la 'metaposición' que el terapeuta mantiene en determinados momentos de dicho proceso, la existencia de un mundo objetivo (Bateson, 1979) en el cual va a tener que encajar la experiencia del paciente.

Precisamente esta creencia, la de la existencia de un mundo 'objetivo', 'real' e invariable en sí mismo es una de las influencias más perniciosas en cuanto al mantenimiento de modos de vida saludables de las personas. Los neuróticos están siempre tratando de cambiarse a sí mismos en base a una bondad 'objetiva', usando el poder de la voluntad, pero eso sólo sirve para hacerlos más neuróticos (Lowen, 1980).

Vale la pena que nos detengamos en este punto, ya que nos permitirá entender de un modo más diáfano los planteamientos que dentro de esta tesis sostenemos de cara a la toma en consideración del constante cambio de la experiencia humana, y, por tanto, de lo que sucede en el contexto del proceso terapéutico.

En primer lugar vamos a centrarnos en la idea del mundo 'objetivo', y en su corolario el modo de pensar 'objetivo'. Nos encontramos en este punto con una de las herencias del pensamiento aristotélico, al cuál la Semántica General pretende ser un alternativa superadora. En la medida que lo que se llega a conocer por métodos científicos deja de ser considerado como 'la verdad' para pasar a ser 'una verdad', la subjetividad se convierte en algo aceptable (Klein, 1980).

La tan extendida creencia que encontramos en los pacientes, y



también en algunos terapeutas, en lo relativo a la existencia de unos puntos de referencia constantes y alcanzables para cualquiera, implica una serie de presuposiciones que a continuación pasamos a exponer.

1) Existe algo que puede ser conocido de forma 'idéntica' por diferentes observadores, los cuales lo considerarán como algo objetivo.

2) Cuando nos referimos a ese algo hay una manera adecuada de hacerlo, lo cual convierte a todas las demás maneras en 'erróneas'.

3) La 'verdad última' es la referencia en la que se asientan la certeza y el juicio 'objetivo'.

En base a todo esto corremos el riesgo de poder afirmar, como en multitud de ocasiones hemos podido leer y escuchar, que una persona, en el momento de narrar su experiencia al terapeuta, está equivocado, que su pensamiento peca de 'subjetividad'.

Cuando utilizamos expresiones como 'objetivo', 'aséptico', etc... estamos haciendo referencia, nos demos cuenta o no, a una fantasía que permitiría la no modificación de 'algo' que sucede en el momento mismo en que la persona a quien le sucede lo vive. Para que esto sea posible hemos de efectuar una 'abstracción' es decir, una eliminación de detalles, hemos de identificar vivencia y narración.

Terapeuta y paciente son 'subjetivos', y no pueden dejar de serlo. No es posible eludir el sesgo personal en la medida en que el lenguaje, como una faceta más de la experiencia humana está cargado de un tinte personal único. Ya hemos hablado anteriormente del carácter de re-creación que tiene el discurso del ser humano. Como también hemos mencionado a la hora de construir el modelo del mundo que cada cual expresa, inciden un tipo de limitantes, las individuales (Bandler y Grinder, 1976), que hacen inevitables los sesgos personales.

En mayor medida cada vez, podemos comprobar que, el interés por la 'verdadera identidad' y por las 'características reales' va siendo reemplazado por la toma en consideración de las perspectivas desde las que se establecen esas 'verdades' o 'identidades', (Gergen, 1991). De hecho terapeuta y paciente expresan 'su' parte pero no el 'todo', el cual siempre es más que la suma de las partes.

Veamos algunos ejemplos de la descripción que paciente y terapeuta pueden hacer del 'mismo hecho', en función de su forma de expresarlo (Bandler y Guider, 1982). En la mayoría de los casos basta repetir lo dicho por el paciente incidiendo en la partícula más rotunda (la que ponemos entre comillas) de su expresión para que cambie el planteamiento del paciente.

Paciente: *«No soy capaz de hacer nada correctamente».*

Terapeuta: *«¿No eres capaz de hacer 'nada' correctamente?».*

Paciente: *«Bueno, nada nada, no».*

En otro ejemplo podemos comprobar la variación que se produce cuando hacemos hincapié en el plano del significado que el paciente da a su experiencia:

Paciente: *«Me resulta imposible hacer una sola cosa por vez».*

Terapeuta: *«Siempre conviene tener a mano la posibilidad de variar la actividad para no aburrirse».*

Las intervenciones paradójicas que propone la Terapia Familiar (Cecchin, 1992; Bergman, 1986; Minuchin, 1981; Selvini, 1973) van en el mismo sentido.

Mientras que el paciente puede hablar de que ha sido incapaz de alcanzar la meta que se había propuesto, el terapeuta puede responderle que lo que ha hecho es usar su habilidad para posponer

el éxito. No se trata de que ninguno de los dos estén mintiendo, para eso tendría que haber una realidad 'objetiva' que es lo que precisamente rechazamos aquí. Se trata de que puestos a describir algo con palabras o incluso a nivel de prestarle atención, van a ser los intereses y expectativas de cada uno lo que va a condicionar la descripción. Uno y otro aportan su visión, sin embargo, ambas cobran sentido en la medida en que están siendo expresadas en el contexto terapéutico (Aranguren, 1967),

Siempre que en cualquier situación hablemos de 'objetividad' lo habremos de hacer con muchas reservas, y ello nos permitirá recordar que como mucho de lo que estamos hablando es de 'consenso' (Efran y cols. 1990).

En el proceso terapéutico ese consenso es el plano que recoge, o puede recoger, en cierta medida el contacto entre terapeuta y paciente, que ya hemos mencionado está formado por los aspectos comunes de los modelos del mundo ambos. Cuando afirmamos que son comunes algunos aspectos lo hacemos desde la posición que existe una cierta correspondencia o concordancia entre ambas visiones del mundo. Pero también sabiendo que esta nunca llega a ser total, podemos recordar aquí la frase atribuida a Sartre que dice: «Cada quien es cada uno y nadie es como otro y si dos están de acuerdo es por un malentendido.»

Esta creencia de que es posible estar de acuerdo, hacer coincidir totalmente dos modelos del mundo, no deja de ser el fruto del proceso de **Identificación**. Nos guste o no en el mismo momento en que nosotros estamos percibiendo y/o describiendo algo lo hacemos desde nuestra visión personal del mundo que es única e incompartible, aunque la expresión es construida con nuestro interlocutor. Las palabras de cada cual carecen de sentido como instrumento de relación hasta que un 'otro' les da su consentimiento, y este consentimiento no significa nada hasta que 'otro u otros' le confieren sentido (Gergen, 1991).

El papel protagonista que cada ser humano juega en su visión del mundo hace imposible que podamos hablar, con un mínimo de



rigor y de base de la existencia de una visión 'objetiva'. De hecho en muchos momentos del proceso terapéutico lo que el terapeuta considera un avance, como por ejemplo una mayor toma de conciencia de los problemas o de los modos de problematizarse que el paciente experimenta, éste lo considera como un retroceso en el camino hacia las metas terapéuticas, (Mahoney, 1985).

En el caso que nos ocupa, debido a la formación y epistemología del terapeuta, la ausencia de la idea de 'objetividad' promovía una visión de 'no saber' con total exactitud lo que estaba experimentando la paciente.

Esto permitió la evitación de un diagnóstico excesivamente rígido, que en este caso hubiera sesgado la forma de intervención en el caso de haberlo utilizado como única base para proseguir el curso de la psicoterapia.

El saber que a lo que el terapeuta estaba prestando atención era sólo una parte del 'todo' que experimentaba la paciente le permitía a aquél mantener una actitud de incertidumbre que eliminaba la posibilidad de caer en la 'hipersecuridad' de creerse objetivo.

Puedo dejar patente en cuanto a lo que como terapeuta me supuso en este aspecto la incorporación de la confrontación del proceso de Identificación, que en ningún momento me sentí como conocedor de una realidad objetiva que me impidiera darme cuenta que lo que para mí era importante del discurso de la paciente era una cuestión fundamentalmente mía.

No quiero decir con esto que cuando la paciente pronunciaba frases del estilo de: "Yo no he hecho nada para que pasara esto" no sintiera la tentación de creer que, objetivamente, la responsabilidad de la ruptura de la relación recaía sobre la persona ausente, sin embargo cuando estaba a punto de ese comentario como un hecho, siempre había una especie de mensaje interno que me recomendaba detenerme un segundo y recordar que eso era lo que yo deducía de un mensaje y no el hecho.

### 2.4.1. El concepto de 'enacción'<sup>29</sup> una formulación superadora de la idea de 'objetividad'.

Una aportación que nos permite considerar el fundamento de las afirmaciones anteriores en las que cuestionamos el concepto de 'mundo objetivo' y la posibilidad de llegar a conocer a un 'individuo aislado', focalizamos la atención en el sentido de construcción que impregna toda la existencia humana podemos encontrarla en el concepto de 'enacción' que según Varela y cols. (1992) significa :

1) Que la percepción es acción guiada perceptivamente.

2) Que las estructuras cognitivas emergen de los modelos sensorio-motores recurrentes que permiten que la acción sea guiada perceptivamente.

El enfoque enactivo de la percepción no persigue determinar cómo se recobra un mundo independiente del preceptor, sino determinar los principios comunes de ligamiento legal entre los sistemas sensoriales y motores que explican cómo la acción puede ser guiada perceptivamente en un modelo del mundo dependiente del preceptor.

En la perspectiva enactiva, aunque la mente y el mundo emergen juntos en la enacción, el modo de emerger en cualquier situación particular no es arbitrario.

Como consecuencia de lo anteriormente dicho podemos llegar a afirmar que, en todo momento, hay modificaciones de 'origen personal' que hacen de la experiencia interpersonal algo diferente para cada uno de los participantes. El mundo y quien lo percibe se definen recíprocamente.

---

<sup>29</sup> Por enacción entienden Varela y cols. (1992) la interdependencia que existe entre el individuo perceptor y el mundo percibido, por medio de la cual uno y otro están mutuamente e indivisiblemente influidos.

Este cambio de paradigma de la 'objetividad' a la 'autonomía' supone, según Efran y cols. (1990), un cambio radical en cuanto a la concepción de la psicoterapia de tanta envergadura como el cambio de la física de Newton a la de Einstein.

Significa pasar de una concepción de la vida de las personas en la que los 'hechos' objetivos y observables eran considerados como aprehensibles a una posición en la que la vida de las personas se considera un mundo de significados.

Como conclusión podemos afirmar que la relación Terapeuta-Paciente opera como una unidad, y las partes que lo componen no están ordenadas por jerarquía (Efran y otros, 1990). Por tanto ambas partes y sus modelos han de ser tenidos en cuenta a la hora de comprender el proceso y la relación que les une, puesto que ambos contribuyen a crear el significado de la psicoterapia.

El que la paciente expresara su situación en términos de: "No me explico como fue capaz de acabar la relación de la forma en la que lo hizo" o "Nunca me lo hubiera esperado de él" puede darnos un ejemplo de como la intervención de la persona que experimenta la situación es la que dota a ésta de sentido. Cada cual va a dar un significado, va a aportar su experiencia de la situación como referente de qué es lo que tiene importancia o no.

En este sentido para el terapeuta siempre hay un protagonista que matiza o distorsiona con su discurso y su conceptualización la situación a la que hace referencia.

Ni siquiera cuando la persona, como en algunas ocasiones la paciente, afirma: "Estoy siendo muy objetiva cuando te cuento lo que pasó", puede el terapeuta aceptar esto como algo más que una mera declaración de intenciones. Es imposible no crear, o re-crear en el caso de la psicoterapia, la situación a la que se alude por medio del discurso, en la medida en que este es una abstracción propia de quien habla.

## 2.5. Algunas consideraciones desde la perspectiva de la confrontación del proceso de Identificación.

> El partir de la propuesta de un contacto y una relación terapéutica en la que tanto terapeuta como paciente aportan su parte en la construcción de la realidad que comparten, resulta plenamente congruente con la conveniencia de recordar lo pernicioso del proceso de **Identificación**. Desde el momento que admitimos que en toda relación lo que sucede es una construcción, diferente en cada momento, estamos dando por sentado que lo 'idéntico' es única y exclusivamente una fantasía de quien lo sostiene.

> Tomar en cuenta que toda interacción humana es un proceso, es poner en práctica la base misma de la negación de la **Identificación**. Ya hemos dicho que al fluir, una relación, se convierte en una experiencia siempre cambiante para los que participan en ella.

> La negación de la posibilidad del conocimiento objetivo es la constatación de cómo la **Identificación** entre lo que a nivel interno experimente la persona y la construcción que hace de esa experiencia en el mismo instante que intenta entra en contacto con el o lo 'otro'.

> Tener presente estas líneas de pensamiento es lo que nos permite recuperar con mayor intensidad la confianza en la posibilidad de desarrollar una labor psicoterapéutica efectiva y útil. En la medida que partimos de la base de que la experiencia humana tiene mucho fundamento en la construcción que la persona realiza en su contacto con el mundo y los otros, podemos concluir que en la calidad de esa relación van a existir muchas claves para el cambio.

> Partiendo de una diferenciación clara que impida la confusión entre lo que experimenta la persona y lo que construye como significado de esa experiencia, es decir confrontando el proceso de **Identificación**, estamos dotando a la relación terapéutica de un calidad que la va a hacer más efectiva como factor promotor del cambio.

Las consideraciones que desde la óptica del proceso de Identificación podemos exponer son las siguientes:

1) En aquellos momentos en que la paciente se refirió a alguna situación anteriormente comentada, el terapeuta por medio de la confrontación del proceso de Identificación pudo comprobar como habían variaciones entre los diferentes relatos y los cambios que percibió fueron valorados por él como fuente de investigación y claves para sucesivas preguntas.

2) En ningún momento de la entrevista se produjo la confusión, y mucho menos el olvido, de que el discurso de la paciente era su propia versión de una experiencia mucho más rica y que además podía haber sido narrada de otras muchas maneras. Esto permitía intuir qué aspectos estaban siendo más o menos valorados por la paciente.

3) Gracias a que no existía la creencia de que era posible dar una visión 'objetiva' de lo sucedido no se tomaba en cuenta sólo el contenido del discurso de la paciente si no también como la estructura de ese discurso.

4) La actitud conversacional y el significado de creación que por parte del terapeuta se le daba al intercambio verbal con la paciente permitía ir escogiendo las preguntas en la línea de favorecer respuestas amplificadoras de las sensaciones y clarificadoras de las perspectivas de la paciente.

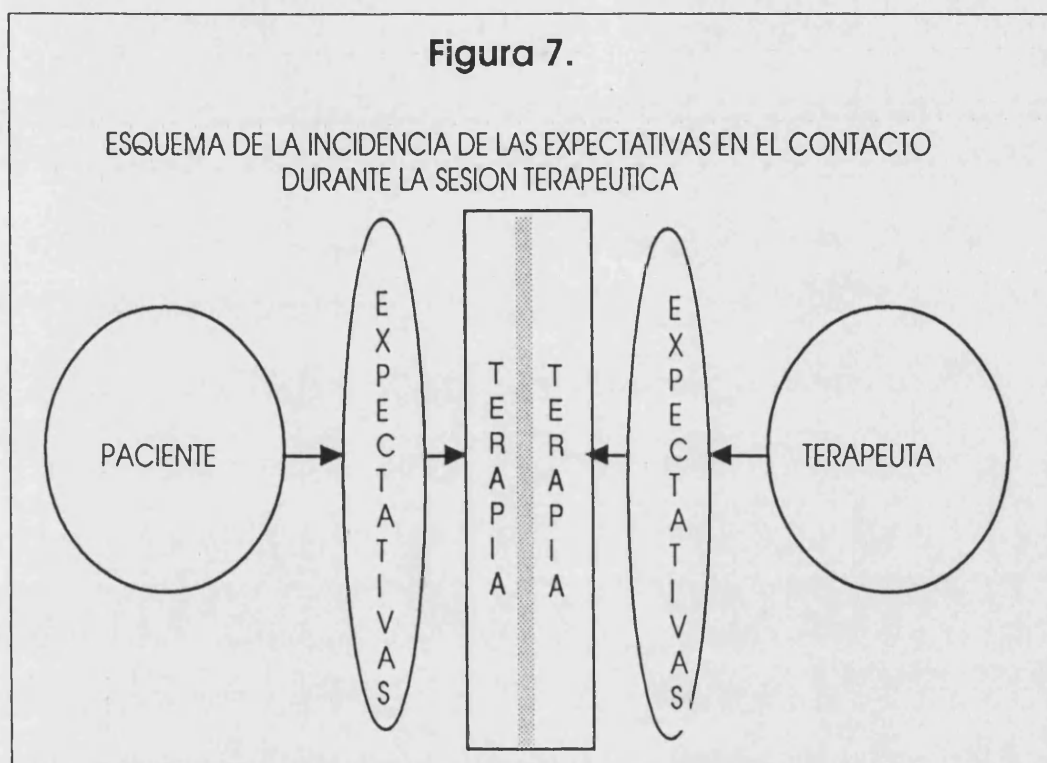
5) Terapeuta y paciente estaban inmersos en un universo que fueron creando a través de la conversación durante la sesión, lo cual daba lugar a que ya desde el inicio pudieran parecer elementos distintos de las experiencias a las que el paciente se refería.

6) Saber qué le correspondía a la paciente y qué le correspondía a su entorno fue una clave de vital importancia para clarificar cuáles eran las demandas de ésta y las expectativas y metas hacia las que pretendía encaminarse, como posteriormente se demostró en el proceso terapéutico.



### 3) Las expectativas del Terapeuta y del Paciente como fuente de encuentro/desencuentro.

En la figura 7 mostramos la expresión gráfica la incidencia de las expectativas del paciente y terapeuta como filtro que va a condicionar las posibilidades de contacto.



Nos centraremos ahora en el papel que juegan las expectativas ya desde el comienzo del proceso terapéutico. Incorporamos aquí este apartado porque pensamos que es conveniente dejar claro, desde el primer contacto entre paciente y terapeuta que ambos van a tener un sesgo en cuanto a lo que les va a resultar perceptible y cómo van a incorporarlo en su conjunto de creencias.

Las personas siempre tenemos, como ya hemos visto, un papel protagonista en el proceso de percibir/construir el mundo, ya sea en base a la valoración que hacemos de lo que hemos vivido, en base a lo que esperamos percibir, lo que estamos buscando o a la necesidad que queremos satisfacer.

En la relación terapéutica ambas partes, terapeuta y paciente, participan con una serie de expectativas, mas o menos conscientes, sin embargo no suelen ser del todo manifiestas. Los esquemas

explicativos con los que crecemos y a los que nos acostumbramos nos llevan a pasar por alto o a trivializar determinados misterios e inconsistencias. De este modo las expectativas actúan como filtros a través de los cuales prestamos atención a unos aspectos e ignoramos otros.

Desde cómo va a ser físicamente el 'otro', lo cual es imaginado desde el mismo momento que se ha concertado la entrevista, hasta las referencias que el paciente tiene de su terapeuta, el diagnóstico que el paciente, en algunos casos, tiene adjudicado, un sinfín de matices, permiten a los participantes en la terapia elaborar un cúmulo de expectativas que van a matizar el modo y la calidad del contacto.

A menudo este aspecto no se toma en cuenta, más bien al contrario se ignora. Cuando dejamos de lado esta vertiente de la interacción, efectuamos, una vez más, una **Identificación** en la medida en que confundimos lo que estamos pensando con lo que sucede en nuestro entorno.

Estas expectativas favorecen una serie de procesos que pueden resultar problemáticos en cuanto a la marcha de la Psicoterapia los cuáles podemos concretarlos en dos vertientes. En ambas vertientes vemos que las expectativas implican a ambas partes. Cada uno tiene expectativas respecto del otro y también sobre sí mismos. En la medida que estas expectativas sean conscientes y cada cuál se dé cuenta de ellas van a poder ser abordadas y modificadas. No obstante la terapia tiene un carácter paradójico en multitud de ocasiones. En el cuadro 13 exponemos una síntesis de esas expectativas.

**Cuadro 13.  
Aspectos del proceso terapéutico en el que inciden las Expectativas.**

Poseedor de las expectativas	Contenido de las expectativas	Aspecto en el que incide
TERAPEUTA	<p>Procedentes del enfoque al que pertenece.</p> <p>Procedentes de su experiencia con pacientes 'similares'.</p> <p>Procedentes de cómo le resuena la problemática del paciente respecto de su historia vital.</p>	<p>Estructura la calidad del contacto.</p> <p>Modos de contactar que va a considerar más accesibles.</p> <p>Distancia relacional que va a establecer respecto del paciente.</p>
PACIENTE	<p>Procedentes de la conceptualización que hace de su problema.</p> <p>Procedentes de su historia vital.</p> <p>Procedentes de su experiencia del terapeuta.</p>	<p>Detalles y rasgos que va destacar en su discurso.</p> <p>Modo y calidad de la actitud.</p> <p>Nivel de claridad y profundidad de su discurso.</p>

### 3.1. Expectativas desde la posición del terapeuta.

Desde el comienzo mismo de la relación terapéutica, el terapeuta tiene una serie de expectativas, una buena parte de ellas procedentes de su paradigma psicoterapéutico y de la experiencia profesional que posee. La influencia de estos presupuestos en su labor como terapeuta va a ser mayor o menor en la medida en que sea consciente de que los tiene, y, sobre todo, en la medida en que sea capaz de no 'actuar automáticamente' en los diferentes casos en los que interviene. El mismo rol de terapeuta ya implica una



forma determinada de evaluar las expresiones del paciente y las acciones que este efectúa durante la sesión. En la medida en que sea capaz de distinguir y diferenciar lo 'obvio' de lo 'imaginado', la incidencia de las expectativas será menos perniciosa.

A continuación exponemos algunas de las expectativas que puede tener el terapeuta y que conviene que se dé cuenta de ellas durante el desarrollo de su labor. No son ni buenas ni malas 'per se', la cuestión estriba en que se mantenga atento en cuanto que puedan ser fuente de distorsión de aquello que observa.

- El terapeuta 'espera' que el paciente lleve a cabo una serie de acciones, normalmente producto de las directrices que él imparte, que le conduzcan a estar mejor.

- El terapeuta 'cree' que el hecho de que exprese claramente una serie de observaciones sobre la conducta, en muchos casos incluso sobre los sentimientos, del paciente va a ser comprendido de una determinada forma por éste.

- El terapeuta trata de encasillar al paciente en alguna de las categorías de su propia nosología, de manera que en la medida en que le es posible 'catalogar' al paciente ya dispone de una serie de técnicas y/o estrategias terapéuticas que son las adecuadas para el 'caso' del paciente.

- Espera que su intervención tenga unos frutos positivos en el modo de vida del paciente.

- El terapeuta 'espera' comprender lo que le pasa al paciente y en ese sentido cuando le escucha se centra más en unas partes de su discurso que en otras, sin darse cuenta que ésa es su elección, pero hay muchas otras elecciones posibles.

Podemos decir que la máxima expresión de las expectativas del terapeuta sería el pensar que puede 'hacer' algo que tenga un 'efecto' concreto y previsible sobre la experiencia que el paciente tiene del mundo y que desemboque en una mejoría. La característica más relevante que se le atribuye al papel de terapeuta es que intenta ayudar al paciente (Feixas y Miró, 1993).

Algunas de las frases en las que quedan plasmadas estas expectativas son:

T > "Dáte cuenta de qué es lo que experimentas al recordar aquella situación."

(Expectativa de reconectar con la situación problemática)

T > "¿Cuáles son los sentimientos más llamativos?"

(Expectativa de clarificar los sentimientos como rasgo importante de la experiencia.)

T > "¿Qué es lo que te hubiera gustado hacer y no hiciste?"

(Expectativa de la importancia de detectar los asuntos inconclusos.)

T > "¿Qué hubiera pasado si lo hubieras hecho?"

(Expectativa de que existían fantasías catastróficas que bloqueaban la acción)

### 3.1.1. La 'epistemología' como un filtro en la construcción de la relación terapéutica.

Lo que es importante tener en cuenta aquí es que terapeuta y paciente poseen su propia epistemología y concepción en cuanto a lo que significa y supone la terapia, lo cual va a condicionar el desarrollo de ésta. Esto es lo que va a permitir que la construcción que por medio del diálogo entre ambos realizan sea la fuente por medio de la cual vayan apareciendo vías para dar lugar al cambio.

Independientemente de que el terapeuta pertenezca a un paradigma u otro, la propia concepción de la psicoterapia le proporciona una serie de expectativas respecto de lo que se supone que el paciente ha de ser capaz de hacer. La posición del terapeuta siempre es la de un 'observador participante'. El terapeuta no puede hacerse a un lado como persona y emplear solamente sus órganos sensoriales sin implicarse personalmente en el proceso (Sullivan, 1953).

En la siguiente referencia al caso que se aporta como ejemplo, veremos algunas de esas expectativas o presunciones que ejercen su influencia en las evaluaciones que el terapeuta hace de la marcha del proceso terapéutico. La influencia de estas expectativas la vamos a encontrar en todos los pasos del proceso terapéutico en la medida en que son básicas en la epistemología (Bateson 1991) del terapeuta y en la forma en que éste conceptualiza la 'realidad' con la que se encuentra. De alguna manera, podemos decir, que las expectativas son a la vez condición y consecuencia del modelo que cada terapeuta ponen en práctica en su labor terapéutica.

**El filtro que supuso para el terapeuta su 'epistemología' lo podemos concretar en los siguientes aspectos:**

a) Los comentarios de la paciente era tomados como la referencia a una experiencia anterior en la que al no poder llegar a actuar de un modo que le permitiera expresar lo que sentía, no pudo llegar al cierre emocional y conductual de la situación.

b) La imposibilidad, por parte de la paciente, de aceptar algunos de los sentimientos que experimentaba, puesto que entraban en contradicción con los introyectos que había incorporado, le impulsaba a buscar explicaciones a una situación en la que ella no creía tener nada que ver.

c) Los conflictos que habían conducido a la paciente a terapia se habían acentuado en la medida en que no habían sido resueltos, sino dejados de lado. En el 'allí y entonces' de la sesión aparecían una y otra vez formas de evitación de la toma de conciencia lo que impedía a la paciente encaminarse hacia la resolución del conflicto.

### **3.1.2. Expectativas de los terapeutas según el enfoque en el que están encuadrados.**

En el cuadro 2 presentamos hemos incluido algunos de los enfoques más representativos, y que a nuestro entender nos permiten hacernos una idea clara de la dirección en la que apuntan las

expectativas. Lo que reseñamos hay que entenderlo como lo que el terapeuta espera que el paciente va a ser capaz de llevar a cabo para que la terapia tenga éxito.

#### Cuadro 14.

#### Expectativas del terapeuta procedentes del enfoque al que pertenece.

Enfoque terapéutico	Expectativas del terapeuta hacia el paciente
<p><b>Psicoanalítico</b></p>	<p>Tener capacidad para reconocer que los síntomas son de naturaleza psicológica (Jensen en Castanedo, 1993).</p> <p>Tendencia a la introspección y a relatar con sinceridad las dificultades. (Jensen en Castanedo, 1993).</p> <p>Curiosidad por uno mismo. (Wolberg en Millon, 1973).</p> <p>Deseos de cambiar y experimentar. (Horney en Millon, 1973).</p>
<p><b>Psicoterapia breve</b></p>	<p>Focalización de la terapia en un problema concreto (O'Hanlon &amp; Weiner-Davis, 1989. De Shazer, 1985).</p> <p>Orientación hacia la adaptación realista del sujeto (O'Hanlon &amp; Weiner-Davis, 1989. De Shazer, 1985).</p>
<p><b>Modelo conductual</b></p>	<p>Identificar los objetivos conductuales, especificando los cambios conductuales necesarios. (Skinner, 1953. Lindsley en Ulrich y cols. Tomo II, 1966).</p> <p>Especificar las condiciones bajo las cuales se introducirá el tratamiento (Skinner, 1953. Skinner, Sydman en Ulrich y cols. (tomo I, 1966. Beech, 1969).</p>
<p><b>Paradigma cognitivo</b></p>	<p>Que sea capaz de llevar a cabo una labor de introspección.</p> <p>Que sea capaz de distinguir entre cosas y su visión de ellas. (Esquema A.B.C. de Ellis.)</p> <p>Que llegue a asumir formas alternativas de ver las cosas. (Caro, 1995)</p>
<p><b>Enfoque existencial</b></p>	<p>Focalizar la atención en su experiencia presente (Ginger y Ginger, 1987. Naranjo, 1989).</p> <p>Que las emociones que se sienten sean vividas como algo instructivo (Van Dusen, 1972. Castanedo, 1983, 1993).</p>

### 3.2. Expectativas desde la posición del paciente.

El paciente llega a la entrevista con el propósito de aprender más sobre ciertas características de su conducta que él considera que son, en cierto modo, un obstáculo, y con la expectativa de modificar las mismas para su mayor satisfacción (Otto A. Will en Sullivan, 1953). Algunos ejemplos los podemos encontrar en la referencia que hacemos del caso que nos sirve como muestra.

- Que el terapeuta 'sabe' mejor que él cuál es la solución a su problema y le va a facilitar una receta.

- Que por medio de la intervención del terapeuta va a poder alcanzar aquello que cree que le conviene.

- Que la terapia es, en algunos casos, algo 'milagroso' que va a hacerle cambiar sin que él tenga que hacer nada más que conversar con el terapeuta.

En cierto modo podemos considerar que el paciente con sus expectativas está dando una muestra de sus necesidades y de lo que espera que el terapeuta le ofrezca. Está claro que en la medida en que crea más en sus expectativas que en lo que el terapeuta se compromete a ayudarlo más dificultades va a tener en cuanto a conseguir que el proceso terapéutico sea fructífero para él.

**Las expresiones que permiten detectar las expectativas de la paciente las podemos ejemplificar en las siguientes frases:**

**P > "Vengo buscando una ayuda que me permita resolver este problema de una vez por todas."**

**(Expectativa de que la terapia va a comportar la resolución de su situación de conflicto.)**

**P > "Espero que por medio de la terapia aprenda a enfrentarme a este problema que me está amargando la vida."**



(Expectativa de un cambio que le sirva para su situación problemática y otras similares.)

P > "Si logro no sentir este dolor seguro que podré seguir adelante."

(Expectativa de alcanzar un nivel de 'desensibilización que impida el sufrimiento.)

P > "Espero que con tu ayuda podré encontrarme mejor."

(Expectativa de que la relación con el terapeuta va a tener resultados beneficiosos.)

P > "Si tú no me enseñas cómo hacerlo yo no voy a poder por mí misma."

(Expectativa de que el terapeuta va a ser el que aporte las soluciones y el que provea de los recursos que hagan posible el cambio.)

### 3.3. Las expectativas del terapeuta y paciente como fuente de distorsión del proceso terapéutico.

En multitud de ocasiones podemos observar cómo son las expectativas del terapeuta sobre la evolución que el paciente ha de tener durante el transcurso de la terapia las que hacen que el proceso sea evaluado de una forma u otra. Para los psicoterapeutas puede resultar muy peligroso el pensar que están diagnosticando y modificando en forma objetiva determinados defectos del paciente y que no son afectados por el contexto del diagnóstico que crean (Efran y cols. 1990).

Por otra parte, lo que el terapeuta considera intervenciones propias adecuadas o incluso 'brillantes' no suelen corresponderse con cambios espectaculares del paciente. Como muy gráficamente señala Peggy Papp (Citada por O'Hanlon y Weiner Davis 1989) a veces los pacientes convierten nuestras intervenciones más vulgares en experiencias trascendentales... mientras que otras veces permanecen impasibles a nuestras genialidades.

Esta diferencia entre lo que uno y otro hacen y el efecto que esperan obtener en el otro es una de las cuestiones de más difícil

explicación en el proceso terapéutico. Y la clave la podemos encontrar en algo a lo que ya hemos hecho referencia en algunas partes de este escrito. La conducta de una persona siempre es interpretada e interpretable, y esa interpretación siempre es fruto de quien la hace.

Dentro del contexto de la psicoterapia la distribución de los roles condiciona de forma determinante el significado de la conducta de uno para el 'otro'. Las palabras y gestos de terapeuta y paciente cobran un significado 'especial' y diferente a lo que serían esas expresiones en contextos de la vida cotidiana. Cada uno de ellos está partiendo de su situación y rol en la sesión terapéutica para responder al otro. Tanto las palabras como los silencios están siendo realizados desde la situación que paciente y terapeuta ostentan en la terapia, y de este modo es como construyen el proceso terapéutico.

Terapeuta y paciente van a poder establecer una relación fructífera en la medida en que no dejen de lado sus expectativas, sino que en cada momento les presten atención a éstas y puedan ser conscientes de las 'distorsiones'<sup>30</sup>, de las que las 'identificaciones' son una muestra, a las que puedan dar lugar.

Confrontar la **Identificación** entre sensaciones internas y conceptualización del exterior es el camino ineludible en el proceso terapéutico. Necesitan ambas partes tomar conciencia de lo ambivalente de su postura, de un lado ambos están deseando implicarse en una relación que dé los frutos que ellos consideran convenientes, sin embargo, por otra parte, ambos están experimentando una ansiedad que les impulsa a retirarse uno del otro (Otto A. Will en Sullivan, 1953). El proceso mismo de terapia se diseña con las miras puestas no tanto en cambiar a los pacientes,

---

<sup>30</sup> Por 'distorsión' entendemos, como ya hemos señalado anteriormente, el proceso que nos permite hacer cambios en nuestra experiencia de los datos sensoriales que recibimos.

sino para ayudar a los pacientes a que se cambien a sí mismos (Strupp & Butler, citados por Feixas y Miró, 1993)

Tengamos en cuenta que los terapeutas están entrenados para 'detectar' psicopatologías, de tal modo que cuando el paciente relata cualquier historia acerca de sí mismo estarán escuchándola de forma que estén pendientes de lo que les pueda revelar de patológico. Algo que parece ser compartido entre terapeuta y paciente, y que sobre todo es reflejo de la consideración social de la psicoterapia es que se espera que el terapeuta formule alguna hipótesis sobre el problema que presenta el paciente y que, consecuentemente con esas hipótesis, tome decisiones sobre qué, cómo y cuándo hacer algo, esto además deberá de hacerlo desde el marco de su modelo terapéutico (Feixas y Miró, 1993).

### **3.4. Superación de las expectativas de terapeuta y paciente.**

Hay que tener en mente que la toma en cuenta de las expectativas es más valorada en unos enfoques psicoterapéuticos que en otros, sin embargo pensamos que como todo aquello que está presente en el mundo experiencial de los participantes en la terapia va a incidir en el desarrollo de ésta. No olvidemos que en terapia lo más importante para sus participantes no es tanto la calidad de lo que se dice, sino la significación que el oyente da a lo que escucha.

Sólo en la medida en que se puedan desembarazar de las limitaciones que el modelo supone de cara al modo de escuchar van a poder poner su 'sabiduría' al servicio del crecimiento y del desarrollo personal del paciente.

De un modo muy semejante el paciente va a escuchar los comentarios que haga el terapeuta como algo 'curativo', en este punto podemos llegar a entender lo que tiene de sanador la psicoterapia. Las expectativas del paciente convierten en terapéutico lo que dicho en otros contextos podríamos considerar como mucho la expresión del 'sentido común' (Gergen y Kayne, 1982).



Las expectativas, entendidas como lentes de una determinada coloración, son un filtro en cuanto a la capacidad de percibir la 'realidad', de interactuar con ella de una determinada manera. En ese sentido es en el que el proceso de **Identificación** nos permite entender las expectativas y cambiar la función que desempeñan. Lo que siento 'dentro' de mi y lo que sucede 'fuera' son lo 'mismo', por tanto no hay forma de solucionarlo, si no soy consciente de las diferencias que entre ambos planos existen.

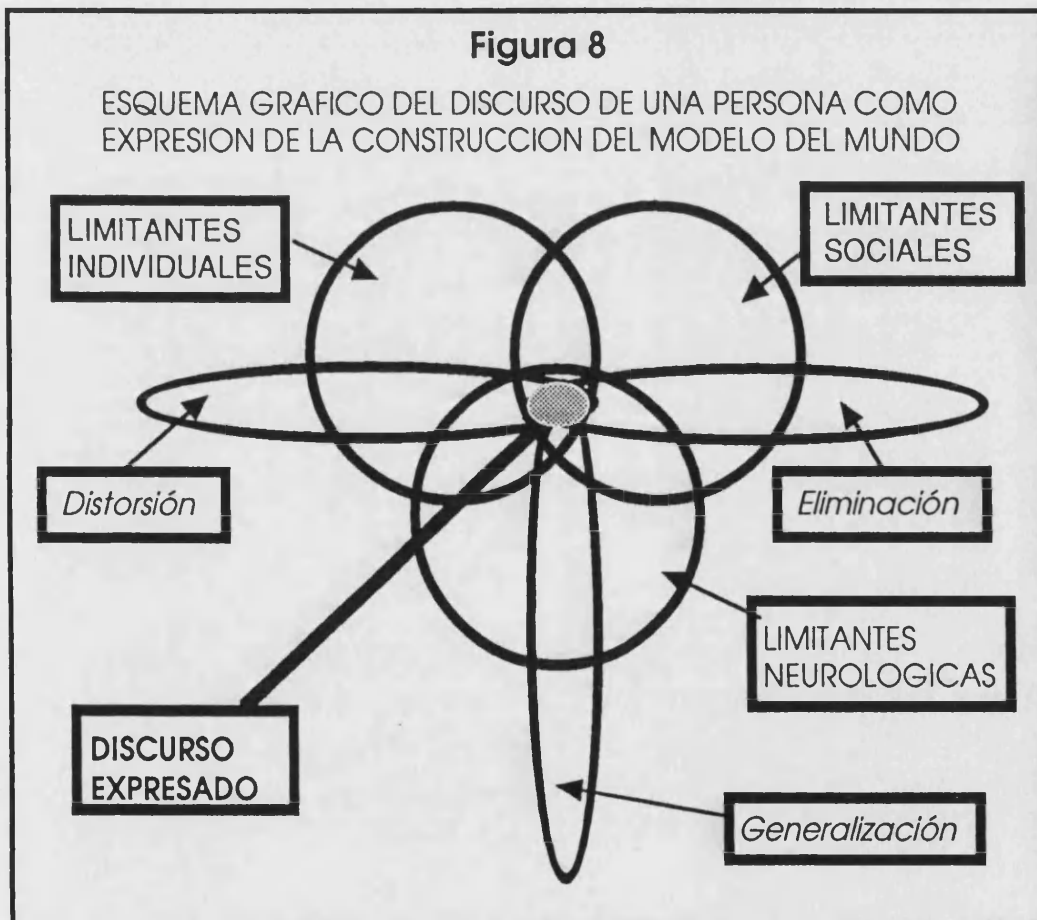
Confrontar por medio de la toma de conciencia, la diferencia que existe entre las expectativas futuras y lo que en el momento presente está sucediendo, es en sí mismo terapéutico y clarificador. En relación con la '**Identificación**' hemos de recordar que las expectativas y recuerdos pertenecen al mundo interno de la persona, por lo que no debemos confundirlas con lo que podemos inferir de ellas desde el exterior.

Una faceta que nos va a permitir imaginar y prever lo que va a ser la terapia la encontramos recogida en las expectativas que cada una de las partes, terapeuta y paciente, tiene respecto de lo que la terapia va a ser. En la medida en que uno y otro sean conscientes del nivel de expectativas del que son portadores van a aumentar las posibilidades de que puedan llegar a conectar, a establecer un auténtico encuentro (Castanedo, 1990) entre personas.

Las expectativas son una proyección hacia el futuro, que están cargadas de fantasía en la medida que son afirmaciones sobre momentos y circunstancias que no se han producido todavía. En la medida en que son efectuadas por la persona de un modo automático y generalmente sin darse cuenta, suponen una muestra del proceso de **Identificación**. Lo que uno ha forjado en su interior como modelo de que posteriormente sucederá lo confunde con lo que le está sucediendo en cada momento. Al igual que con el proceso de **Identificación** el darnos cuenta de la incidencia que tienen en nuestra experiencia las expectativas nos permite matizar y moderar sus efectos perniciosos.

#### 4) El discurso del Paciente y del Terapeuta, la expresión de cómo cada cual ha construido su modelo del mundo.

En la figura 8 que presentamos a continuación mostramos las dos líneas de incidencia por medio de las cuales llega la persona a transformar en palabras una experiencia. Ambas líneas han sido descritas con anterioridad y el situar aquí este gráfico tiene como objetivo favorecer la comprensión de cómo el discurso supone una parte cualitativamente distinta y abstraída de la experiencia original. Este modelo que proponemos es válido tanto para el paciente como para el terapeuta.



Tanto lo que el terapeuta como el paciente expresan muestra, de forma abstracta, el resultado final del proceso. Si a esto añadimos la pérdida y la variación de la información que hay entre lo que una persona dice y lo que otra escucha (Aranguren, 1967) podremos

llegar a concluir sin ningún género de dudas que es desde cualquier punto de vista conveniente no identificar aquello que escuchamos con la experiencia a la que se refiere el narrador.

Desde el mismo momento en que decidimos tener presente el proceso de **Identificación** dentro del marco de la psicoterapia, los discursos que cada uno de los participantes lleven a cabo van a ser más que un conjunto de palabras<sup>31</sup> que explican algo. Las expresiones particulares se cargan de significado en la medida en que participan, en que están unidas a algo más que les es consustancial (Wheelwright, 1962).

El que cada uno de los participantes en el proceso terapéutico pueda narrar sus experiencias y sensaciones sólo es posible en la medida en que esa narración es una referencia, una abstracción de aquello a lo que se refieren. Sólo en el lenguaje, el ente llega a ser no solamente un mundo fraccionable, sino también comunicable; un conjunto de circunstancias al que es posible comprender, (Binswanger, 1961).

Como a lo largo de toda esta tesis venimos afirmando, las palabras no son los objetos a los que se refieren, por lo tanto el discurso del paciente y del terapeuta muestra su forma de conceptualizar la experiencia del mundo pero no el mundo mismo. A través de las palabras van dando señales de los aspectos del mundo que les parecen más importantes y significativos.

La expresión por parte del paciente de lo que espera conseguir a lo largo del proceso terapéutico y la forma en como piensa que

---

<sup>31</sup> Una muestra más de la importancia del lenguaje la encontrar en Selvini y cols. (1973) cuando citando a Shands señalan que el lenguaje nos prescribe ordenar los datos deductivamente, de manera lineal. Influidos y condicionados, sin advertirlo por el método lingüístico, aceptamos aún reforzándola, la noción de que el universo está organizado según una base lineal y por lo tanto según el modelo causa-efecto.

se va a desarrollar es, en muchas ocasiones una buena muestra del proceso de **Identificación**. En la medida que está poniendo como 'realidades' que tienen existencia propia está cayendo en la confusión entre su interior en el presente y lo que espera que será el mundo y su experiencia de él en el futuro.

También el terapeuta, si no es consciente de ello puede confundir su visión de cómo se encuentra el paciente en el periodo inicial de la terapia y como llegará, imagina él, a estar cuando se hayan alcanzado los frutos de la terapia.

Estas dos últimas ideas nos pueden servir como ejemplos de la relación e interdependencia entre el discurso y el proceso de **Identificación**. Lo dicho, en la medida en que no está ceñido al presente y expresado como proceso, se convierte en un cúmulo de 'identificaciones'.

#### **4.1. La función del lenguaje.**

La función del lenguaje en cuanto a su incidencia como modelador de la experiencia del ser humano ha sido estudiada por innumerables autores (Bandler y Grinder, 1975, 1976; Binswanger, 1961; Caro, 1985, 1990, 1994; Efran y cols. 1990; Huneus, 1984; Johnson, 1946; Korzybski, 1933; 1951; Vázquez, 1986, etc...) Como conclusión general más compartida podemos afirmar que el lenguaje tiene una función de estructuración y de encuadre para las experiencias vividas en los niveles no traducibles a palabras (Caro, 1990 c). En el mismo momento que de una u otra manera se articula la experiencia se está utilizando un lenguaje (Arregui, 1984).

La utilización del lenguaje hace que cada persona tenga su modo particular de articular su experiencia en la medida en que transforma los signos de su experiencia en símbolos para él. Hemos de recordar aquí la reflexión de Adler (1926. Pag. 17) cuando escribía: " El lenguaje, con la intuición a él inherente dice que se hacen experiencias con lo que indica que cada uno es señor en cuando al modo de valorarlas y utilizarlas".

F.P. Chisholm (1945. pg. 11) lo expresa del siguiente modo: "...hemos de recordar, que cuando estamos discutiendo aparece el lenguaje desempeñando un papel simbólico, y que el símbolo está enraizado en la experiencia personal de quién lo usa. Desde el momento que el símbolo está enraizado en nuestras vidas, el lenguaje que usamos tiene implicaciones vitales."

El lenguaje es un filtro poderoso para nuestras experiencias individuales (Chomsky, 1957). Canaliza los pensamientos hacia unas direcciones, facilitando pensar de unas formas y dificultando pensar de otras.

De hecho el uso del lenguaje es lo que permite al ser humano poder efectuar cambios de nivel de significación(Char, 1992). El lenguaje es creado y aplicado por seres humanos. Es una actividad humana (Arregui, 1984). Ya lo señalaba el propio Freud (1904,1905) cuando aludía al efecto cuasi mágico de las palabras a la hora de promover cambios de uno u otro signo. El lenguaje nos impulsa a destacar sobre las semejanzas y además ignorar las diferencias.

Por medio del lenguaje la persona realiza distinciones pertinentes en unas áreas u otras dependiendo de lo que sea importante para la cultura a la que pertenece quien habla.

Las palabras son anclas de experiencias sensoriales, pero la experiencia no es la 'realidad', y la palabra no es la experiencia.

Las palabras pueden suponer trampas (Potter, 1974) a la hora de tener una conciencia clara de lo que experimentamos debido entre otras cosas a:

- No sabemos exactamente lo que las palabras son.
- La mayoría de las veces no llegamos a tener una conciencia clara de cómo afectan nuestras vidas.
- Parecen 'poseer significados' por sí mismas, olvidándonos de que somos nosotros los que se los damos.

- El significado no está contenido totalmente en la palabra, mas bien al contrario depende del contexto y de quien la usa.

Como señala Danto (1995): " Los filósofos, desde Lao Tzu hasta la época actual han lamentado o celebrado las inadecuaciones del lenguaje. Todo el mundo percibe que existen límites descriptivos y que hay cosas importantes más allá de dichos límites que el lenguaje no puede expresar." Esto hace posible en mayor medida la eficacia y la incidencia del lenguaje como instrumento favorecedor del cambio a lo largo del proceso terapéutico.

Los lenguajes son enormes sistemas de clasificación posibles únicamente debido a que los sistemas nerviosos humanos son capaces de abstraer los datos de la experiencia y de generalizar.

Las palabras aportan una sensación de permanencia y estabilidad a los sucesos pasajeros (Hayakawa, 1953).

#### **4.1.1. El lenguaje como muestra de la construcción del modelo del mundo.**

Las palabras de cada uno se convierten en la muestra de cómo construyen, qué valoran más y qué menos de su modo de vivir en el mundo. Nosotros conocemos los hechos como los conocemos. La cuestión estriba en saber qué de nuestro lenguaje habitual es semejante en estructura a los hechos o no (Korzybski, 1933).

Cada persona cuando habla hace una exposición detallada, si se le sabe escuchar, de cómo es y cómo construye su modelo del mundo. Recoge en su discurso, también una serie de planteamientos implícitos de los que, en innumerables ocasiones, no llega darse cuenta. En este punto es donde podemos comprobar cómo es que la terapia funciona y está presidida por la construcción de la significación que para el oyente tiene el discurso del 'otro' que interviene en el proceso terapéutico.

Según Blinzwanger, (1961) donde hay lenguaje hay mundo; sin embargo también el lenguaje humano es creador de mundo.

Lo que dos seres humanos se comunican entre ellos es, esencialmente, la expresión en un lenguaje, de sus aprendizajes inconscientes, de sus automatismos culturales (Labovit, 1987).

La relación circular y de retroalimentación entre el lenguaje y la percepción del mundo la podemos encontrar reseñada en una de las facetas en las que la obra de Korzybski es de capital importancia. La cuestión de la influencia del lenguaje en la percepción y vivencia de la realidad. En su escrito «*El papel del lenguaje en los procesos de percepción*» (1951) nos encontramos con la propuesta de tener presente que el modo en que hablamos condiciona el modo y la profundidad que las personas vamos a tener para conocer la 'realidad'. En el mismo momento que abordamos la terapia desde esta perspectiva estamos clarificando las consecuencias lingüísticas y veremos que lo que sucede con cualquier problema es que clarificando su lenguaje no hay problema (Korzybski, 1951).

El vínculo entre los presupuestos lógicos de Korzybski sobre la estructura de pensamiento y sus posiciones 'empírico-criticistas' sobre los orígenes del conocimiento han estado basados en su concepción del papel del lenguaje, lo cual dió paso, posteriormente a que sentara las bases de sus técnicas terapéuticas (Paulson, 1983).

En este sentido podemos considerar la aportación que hace Weinberg, (1959, pg. 177) cuando utilizando el término terapia semántica (semantotherapy) afirma: "El postulado básico de la terapia semántica es que un organismo actúa como un todo en un momento y entorno dados. Para los seres humanos este entorno es a la vez el mundo externo físico, y el conjunto de reacciones internas fisiológico-semánticas, y las reacciones a esas reacciones, todas interactuando y componiendo una serie de pautas en constante cambio. De ahí que podemos afirmar que cualquiera cosa que afecte a una parte del organismo le afecta a todo él".

Este es uno de los ejes básicos que, congruentemente con la refutación del modo de pensar aristotélico, nos permiten efectuar un cambio cualitativo del proceso terapéutico. Lo que terapeuta y paciente dicen es un reflejo de su experiencia total la cual a la vez está condicionada por lo que el contenido de su discurso. Hemos de recordar que los observadores, y quien habla de sí mismo se convierte en su propio observador, viven en el lenguaje del mismo modo que el pez en el agua (Segal, 1986). Esto quiere decir que va a tener dificultades para imaginar un punto de vista externo a él.

En la práctica totalidad de las terapias está presente de modo muy significativo el intercambio verbal, con un marcado sentido pudiéramos llamar 'terapéutico' que tiene como objetivo fundamental una búsqueda y exploración, a través del diálogo, de alternativas saludables que el paciente pueda aplicar en su vida, (Gergen, 1991).

Una palabra entraña en nosotros una reacción, anclaje<sup>32</sup> a un contexto que no existe ya, pero que nosotros proyectamos sobre el nuevo contexto ofrecido por la situación presente.

#### **4.1.2. El discurso como construcción de la experiencia.**

Es en este aspecto donde la persona con su discurso expone el modo de 'evaluar' lo 'importante' y lo 'intranscendente', lo que le preocupa y lo que no, la forma en que cree y siente que unas situaciones o acontecimientos 'causan' los otros.

Como afirman Efran y cols. (1990) ésta forma de abordar la relación terapéutica requiere de una nueva epistemología en la que se toma en cuenta el mundo de las palabras, los símbolos y los significados. Hay que reconocer desde esta óptica que nuestras

---

<sup>32</sup> El sentido que damos a este términos es el que proponen Bandler y Grinder (1980) que lo definen como un estímulo que evoca en nosotros la conexión con una situación diferente a la que nos encontramos.



vidas se desarrollan principalmente en un mundo de significados, en 'conversación'. No hay que olvidar que el ser humano es un ser que dota de significado a la 'realidad'. Que las personas utilizamos el lenguaje, ya sea hablado o escrito, como una proyección de un estado de cosas posible (Arregui, 1984). De ahí que lo que se expresa en el contexto de la sesión terapéutica se convierte en una fuente de conocimiento de áreas más profundas del hablante, tanto para el terapeuta como para el paciente.

Para poder entender el mundo, como una de las vías para darle sentido a nuestra experiencia de él, las personas elaboramos un 'discurso', una especie de manifiesto, el cual en principio proviene de nuestra experiencia, y como un bucle se convierte inmediatamente después en una directriz que rige nuestras actuaciones.

Hay que considerar además la irreversibilidad del proceso a través del cual la persona elabora sus expresiones y cómo le condicionan a la hora de percibir la 'realidad'. Una vez que hemos comenzado a hacer uso de determinadas formas y fórmulas semánticas como ayudas en cuanto a la percepción, nos resulta imposible volver a observar la 'realidad' de forma ingenua. A partir de ahí no va a resultarnos posible separar la influencia de nuestros hábitos semánticos del proceso de percepción del entorno que nos circunda.

El papel que el lenguaje desempeña es semejante al de una teoría que se elabora a raíz de una serie de experiencias y que posteriormente se va a convertir en una de las claves y/o condicionante para analizar las experiencias posteriores. Una teoría administra la práctica por mandato y la práctica especifica la teoría (Efran y cols. 1990).

Tanto terapeuta como paciente al expresar sus puntos de vista aportan información de lo que ven y de cómo lo ven. De lo que significa para ellos lo observado, de lo que ellos valoran de lo observado, y de cómo valoran lo observado. Cabe decir que al hablar de lo observado podemos llegar a las mismas conclusiones

de lo experienciado. De hecho la observación es en sí misma una experiencia en toda la extensión de la palabra para quien la efectúa.

Los procesos y los cambios en los procesos que se producen a lo largo de la relación terapéutica no se producen de modo unilateral en el paciente o en el terapeuta, sino en la significación de la experiencia que crean entre ambos. Evidentemente cuando la situación varía, ésta es vivida de modo diferente por los participantes en ella, y la significación para cada uno de ellos es la que es única y personal.

El lenguaje es el camino por el que la persona va a establecer diferencias, sobre todo en el plano de relación, ya sea consigo mismo o con los demás. Va a ser el uso del lenguaje el que va a permitir que estén al alcance de la persona unos recursos y no otros. Cada vez mas es aceptado por la mayoría de autores que las personas vivimos en un mundo de lenguaje y no tanto en un mundo de hechos y observaciones. Es por medio del uso lenguaje por el que las personas conferimos significados a los signos lingüísticos (Kenny citado por Arregui, 1984). Por medio dl lenguaje la persona trata de poner un cierto orden el el universo(Labovit, 1987).

Utilizando la terminología de la Semántica General podemos afirmar que las personas nos desenvolvemos en nuestras vidas en niveles elevados de 'abstracción' (véase en figura 3 el Diferencial Estructural, pg. 109) sin ser conscientes de ello. Esto hace que el discurso pueda tomar derroteros de mera especulación si no existe un 'otro', el terapeuta en este caso que confronte la confusión entre los órdenes de abstracción.

Cuando nos encontramos en terapia con las situaciones que la persona expresa como problemáticas, y ya lo hemos mencionado anteriormente, podemos observar que necesariamente hay comparaciones y referencias a otros momentos y/o situaciones que el paciente vivió o quisiera haber vivido. Esto sólo es posible a través del lenguaje, como afirman Efran y cols. (1990, pg. 55): "Sin el lenguaje, la vida tendría que ser vivida momento-a-momento, sin narrativa, evaluación, comparación ni contemplación"

Podemos afirmar que sin lenguaje sería imposible la terapia y, al mismo tiempo, si los seres humanos no dispusieran del lenguaje sería innecesaria la terapia. La mayoría de los problemas que las personas experimentamos son, en última instancia, semánticos (Erdelyi, 1985). Como afirma Bandler y Grinder (1976), los procesos que nos permiten a las personas elaborar modelos del mundo son a la vez instrumentos para hacer manejable nuestra experiencia y, simultáneamente, pueden suponer modos de entorpecer nuestra capacidad de vivir esa experiencia.

El significado de la expresión reside en los sistemas nerviosos de quién habla y de quién escucha. Como cada persona tiene unos gustos, unas experiencias y unos recuerdos las palabras van a evocar en cada uno respuestas diferentes.

La consistencia de la conducta humana, tal y como existe, se debe enteramente al hecho de que los hombres formulan sus deseos y los racionalizan posteriormente con palabras... Si no fuera por las palabras descriptivas y justificantes con que enlazamos nuestros días viviríamos como los animales una serie de arrebatos discretos y separados (Hayakawa, 1953).

En la relación terapéutica lo que cada uno dice es como una flecha lanzada, la cual si bien sabemos de dónde parte no podemos saber dónde va llegar.

El lenguaje que emplean en su discurso terapeuta y paciente es algo único y que se corresponde con la experiencia de cada uno. P.W Bridgman (citado por Johnson, 1972) señalaba que el verdadero significado de un término hay que encontrarlo observando lo que un hombre hace con él, no lo que dice de él.

Cada expresión hecha por los participantes en el proceso terapéutico es una forma de exponer los valores, la visión y los esquemas explicativos con los que ha ido construyendo 'su' 'realidad'. Olvidar esto supone una especie de 'reificación', una especie de creación de un 'algo' invariable e inamovible. De alguna manera el reconocer que la relación terapéutica es una

conceptos de psicología individual que en lenguaje psicológico se emplearon como sustantivos y hasta en cierta medida se reificaron, sin duda habrán de traducirse a un lenguaje de proceso."

#### **4.2. El discurso como fuente de conocimiento para uno mismo y para el otro.**

Cuando el paciente explica qué es lo que le pasa, da una serie de claves la cuáles, si el terapeuta es sensible a esos referentes del discurso ,le proporcionan la información necesaria para conocer, mucho más allá de las palabras y de la construcción gramatical, cómo organiza la persona su percepción y experiencia del mundo. Uno de los rasgos que aparecen constantemente en su discurso es la utilización del modo verbal condicional y subjuntivo que son las vías por las que se puede acceder a considerar como 'real' la fantasía de una experiencia la cual no está sucediendo en el presente. Expresiones del tipo: «Si yo hubiera...», «Si no fuera por...», «Debería ser...», «Tendría que...», son ejemplos de lo que estamos señalando.

En terapia vamos a poder comprobar a menudo que lo que estamos haciendo es aclarando las consecuencias lingüísticas y podremos comprobar que lo que sucede con cualquier problema, es que, clarificando el lenguaje del paciente, no hay problema (Korzybski, 1937, 1950).

Esto conlleva una posición filosófica que sostiene que la comprensión es siempre interpretativa... que no hay un punto privilegiado para la comprensión y que el lenguaje y la historia son siempre a la vez condiciones y límites para la comprensión, (Gergen, 1991).

Hemos de asumir, si queremos ser coherentes con lo propuesto en esta tesis, lo que tan brillantemente señala Watzlawick (1977, pag. 43) cuando escribe: "Una concepción del mundo representa, pues, la síntesis más universal y compleja de miríadas de vivencias, influidas por otras interpretaciones, convicciones y adscripciones de valor y sentido a los objetos de nuestra percepción -derivadas

de aquellas vivencias- de las que la persona interesada es capaz: es en el sentido más directo e inmediato, el resultado de la comunicación."

Desde diferentes enfoques psicoterapéuticos se hace un especial hincapié en la conveniencia de ir más allá de las palabras del discurso del paciente. En ese sentido, Bettelheim y Rosenfeld, (1993) nos previenen que no se ha de escuchar con una atención concentrada, enfocada como un reflector sobre las palabras del paciente únicamente. Esto supone en cierto modo bloquear una apertura mental hacia lo que está en la periferia de la atención del terapeuta. Como es el ser humano el que lleva a cabo la transformación del signo en símbolo a nivel interno esto no es un hecho de la ciencia, (Kenny, citado por Arregui, 1984).

El terapeuta ha de ser capaz de superar esa tendencia por la que todos nos sentimos inclinados a creer que la manera en que utilizamos nosotros las palabras es la correcta (Bandler y Grinder, 1982), y que la gente que utiliza las mismas palabras de otra manera es ignorante o nos engaña (Hayakawa, 1953). Además si consideramos que cada uno de nosotros tiene diferentes experiencias, diferentes recuerdos y le gustan o le disgustan cosas diferentes, está claro que todas las palabras evocan diferentes respuestas en todos nosotros.

**En lo que concierne a este apartado los diálogos más representativos podemos resumirlos en:**

**P > "Me encuentro como perdida, no sé como salir de esto."**

**(una expresión como esta puede ser interpretada por el terapeuta en muy diferentes sentidos, y por otra parte no parece suponer una información de utilidad para que la paciente tome una mayor conciencia del conjunto de su experiencia.)**

**T > "¿Cómo definirías la sensación de estar perdida?"**

**(La pregunta del terapeuta persigue una respuesta de mayor concreción en cuanto a la descripción de su estado. La paciente para contestarla tenía que investigar con mayor precisión en esa sensación.)**

P > “Es como estar metida en un laberinto en el que no ves la salida. Vayas hacia donde vayas no encuentras mas que problemas.”

(Esta respuesta supone una aclaración, tanto para el terapeuta compara la paciente, aunque no parece suficiente.)

T > “No parece haber salida, pero ¿sería posible que explicaras un poco más el punto del laberinto en el que te encuentras?”

(Por medio de esta pregunta, y usando la misma metáfora que la paciente, el terapeuta ofrece un marco en el que ella pueda ser más explícita y darse cuenta un poco más de cómo vive la experiencia.)

P > “El laberinto está formado por deseos de resolver el malestar que tengo, las ganas de acabar con este problema que me paraliza y no me deja estar tranquila.”

(La manifestación de sus deseos de cambiar el estado en el que se encuentra supone un avance en el darse cuenta, sin embargo hay una referencia al problema como algo que viene del ‘exterior’ y que es lo que le hace estar mal.)

T > “¿De qué forma consigues paralizarte el problema?”

(La pregunta del terapeuta no cuestiona todavía la proyección implícita, pero ya centra el campo de posibles respuestas de la paciente, en la medida en que va a dar detalles de los aspectos de su experiencia más sensibles a ese problema.)

P > “Me absorbe toda la energía que tengo y me impide centrarme en cualquier otra cosa.”

(La respuesta señala la importancia que para la paciente tiene la experiencia problemática y su actitud de querer tenerla resuelta como condición para seguir llevando adelante su vida.)

T > “¿Tienes la sensación de poder resolver ese problema ‘ahora’ de forma que ya no te moleste nunca más?”

(Esta pregunta indaga sobre la ‘fantasía’ de una solución rápida, cómoda y fácil.)

P > “Yo creo que cualquier persona ‘normal’ lo podría hacer.”



(**Segue habiendo un referente externo en cuanto a las capacidades que otros tienen y ella no, el cual está basado más en la fantasía que en la observación de la experiencia de los demás, la cual le es inaccesible.**)

**T > “Y tú. ¿Qué podrías hacer para encaminarte hacia la resolución del problema y la salida del laberinto?**

(**El terapeuta le devuelve a la paciente la capacidad de hacer algo, si ella quiere responder lo ha de hacer desde el descubrimiento y la evaluación de sus recursos en el presente.**)

**P > “De momento lo único que puedo hacer es llorar y seguir trabajando aunque no tenga ganas.”**

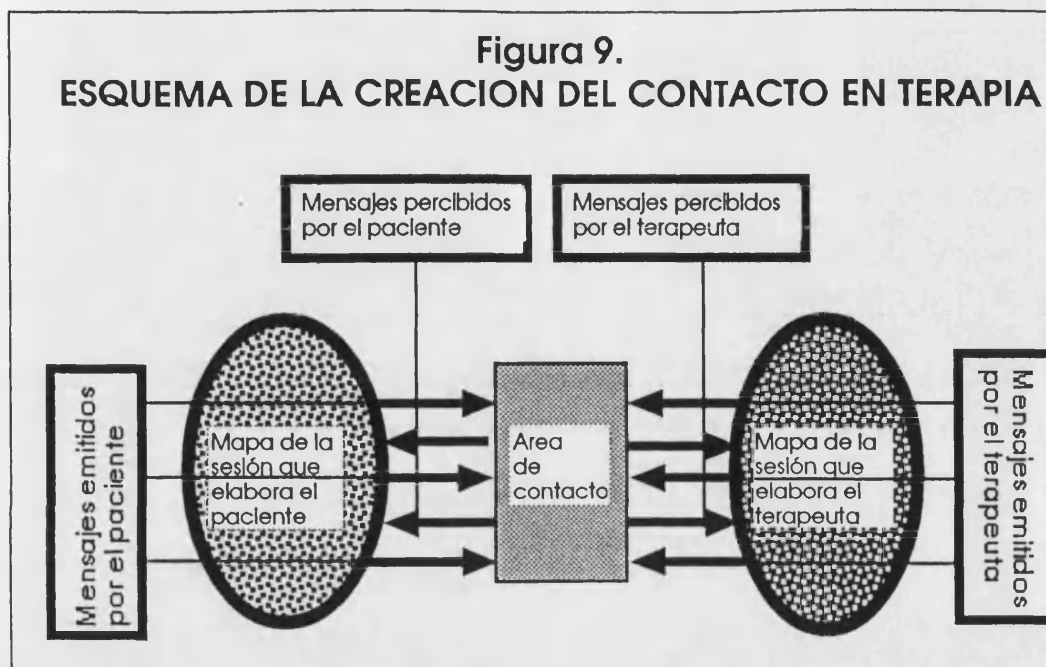
(**La respuesta supone un avance en cuanto a lo ‘realista’, y sobre todo a un reconocimiento y aceptación de su necesidad de expresar sus sentimientos sin que ello le suponga marginarse de su actividad diaria.**)

**T > “Ese podría ser un punto de partida.”**

(**Con esta respuesta el terapeuta favorece la posibilidad de que la paciente disminuya en su autoexigencia de estar ‘bien’ aunque ello no le sea posible, con lo que podrá continuar en su investigación respecto de cómo se siente y lo que necesita para ir mejorando su situación.**)

##### **5) La búsqueda de un área de contacto, una tarea compartida entre Terapeuta y Paciente.**

La creación de un espacio terapéutico en el que pueda existir el contacto entre terapeuta y paciente es una labor que corresponde a cada uno de ellos de forma específica en función de su rol, sus expectativas y sus capacidades que están mediatizando la elaboración del mapa de la sesión que configura en cada momento terapéutico. Esta posición es congruente con lo que a lo largo de esta tesis defendemos. No es responsabilidad exclusiva de ninguno de los participantes, ya que si esto fuera así el otro quedaría como un mero participante pasivo sobre el que actuaría el que tuviera la total responsabilidad de hacer funcionar el proceso.



Para que pueda realizarse una labor terapéutica fructífera, que le suponga al paciente la consecución de formas diferentes de estar/vivir en el mundo, necesariamente ha de existir un terreno compartido en cuanto a su forma de evaluar la situación vital que experimenta y la valoración que hace el terapeuta de ella.

El camino que más a menudo se transita en el transcurso de la psicoterapia es, como ya hemos señalado anteriormente, el del diálogo interpersonal (Efran y cols. 1990). Sin embargo la relación conversacional entre personas, y aún más en el caso de terapeuta y paciente, es más que un intercambio, es un ser con otro en un mundo de comprensión posible, (Binswanger, 1961; Buber, 1984). Esa va a ser la forma en que el área de contacto se va construyendo entre terapeuta y paciente en la medida en que la terapia funciona ver figura 7.



En el terreno de la búsqueda de contacto, reproducimos a continuación un fragmento que supone un claro ejemplo de ello.

P > "Me resulta difícil de entender la situación en la que me encuentro."

T > "Sí, hay momentos en la vida en que parece que no somos capaces de saber cómo hemos llegado a encontrarnos como nos encontramos."

P > "Exactamente, tengo la sensación de estar como en un sueño del que creo que voy a despertar de un momento a otro."

T > "Cuando experimentamos algo conflictivo y no sabemos cómo abordarlo parece que estemos en otro mundo."

P > "Es verdad, en muchos momentos me descubro preguntándome ¿Cómo me ha podido pasar esto a mí?"

T > "Y, ¿Qué te respondes?"

P > ¿Qué quieres decir?

T > Has dicho que te descubres haciéndote preguntas, y me gustaría saber qué es lo que te contestas, o si sólo te haces la pregunta.

P > "Ya, pues me digo que soy una persona a la que no le puede salir 'nada bien' en la vida."

T > "La sensación de conflicto es tan grande que lo ves 'todo' negro ¿no?"

P > "Sí, es como estar entre tinieblas."

Mediante este diálogo podemos observar cómo, entre terapeuta y paciente, va apareciendo la sensación de estar hablado de un tema en el que los dos tienen puntos de vista compartidos. Ello va a permitir que el diálogo sea vivido por la paciente como fructífero y clarificador y que la figura del terapeuta vaya apareciendo como más próxima.

### **5.1. Lo que teóricamente le corresponde a cada uno en la sesión terapéutica.**

A pesar de que sólo es posible a nivel teórico, al hablar de división de tareas dentro del proceso terapéutico, o mejor aún de división de roles de los participantes dentro de la terapia, va a dar lugar a que nos encontremos, al menos desde la óptica que preside este apartado, frente a un dilema:

Cuánta responsabilidad tiene el terapeuta y cuánta el paciente en lo relativo a la búsqueda de un área de contacto, de un espacio común, en el que la interacción entre ambos fructifique en el cambio que paciente y terapeuta, cada uno desde su perspectiva esperan.

No me gustaría que de esta tesis se pudiera desprender que la posición del terapeuta es considerada como un esperar que las cosas pasen, que el paciente tienen que hacer 'todo' el trabajo y que su única función es cobrar sus honorarios.

Ya hemos visto hasta qué punto las expectativas que terapeuta y paciente traen a terapia son, o pueden ser, un elemento que incide en el desarrollo posterior del proceso. Y va a ser en el plano de lo que le corresponde a cada uno en el que muchas de esas expectativas van a estar centradas (Castanedo, 1983).

Lo mejor que puede experimentar un paciente durante el proceso de terapia es la de recuperar su capacidad para resolver sus propios problemas, de este modo aumenta la confianza en sí mismo de que en el futuro va a ser capaz de seguir resolviéndolos (Bettelheim y Rosenfeld, 1993; Efran y cols. 1990).

Si entendemos que la psicoterapia consiste en un proceso de aprendizaje (más bien que en un proceso de recuperación de la salud perdida) y si implica una transformación del Yo (más bien que una alteración de la estructura o de la función del cuerpo), debemos ser muy claros sobre quién decide qué hacer acerca de la autotransformación de quién, (Szasz, 1965).

En el ámbito del terapeuta descansa la responsabilidad de adoptar una actitud con la que el paciente pueda llegar a sentir que tiene la posibilidad de exponerse, de investigar en aquellos aspectos de sí mismo, evitados y temidos, con un riesgo mínimo y con la sensación de ser comprendido y escuchado por su interlocutor. Según Otto A. Will (citado por Sullivan 1953) el terapeuta puede hallar más cómodo y menos perturbador considerar el papel que desempeña en la sesión como una actuación artística evitando así un estudio de las interacciones con su paciente, en el cual su propia ansiedad juega un papel muy significativo.

Esto no quiere decir que depende totalmente del terapeuta el que el paciente lo sienta, sin embargo, en toda relación sus participantes van a incidir y condicionar las posibilidades del 'otro'. Cuando existe una relación no es posible no comunicar y comunicar implica el intercambio de mensajes.

Como reflejo de lo que apareció durante el comienzo del proceso terapéutico del caso que exponemos y que sirve como ejemplo de este punto exponemos el último comentario que la paciente hizo al finalizar la entrevista inicial, que tuvo una duración casi el doble de la de una sesión corriente. Sus palabras fueron:

P > "Después de hablar durante este rato contigo me siento mucho más tranquila por un lado, sin embargo he llegado a la conclusión que aunque tú me ayudes, yo voy a tener que hacer una gran esfuerzo y que me va resultar muy duro. Pienso que el trabajo que va a tocar a mí va ser bastante costoso y espero que sea capaz de llevarlo a cabo."

## 5.2. Cuando cada uno es congruente es posible el contacto.

Encontramos aquí un punto importante en cuanto a la actitud que requiere el terapeuta, como condición básica, la 'congruencia'.

En lo relativo a la congruencia como actitud favorecedora del contacto podemos ofrecer aquí algunas observaciones que el terapeuta hizo de la comunicación no verbal durante algunos fragmentos de su

discurso. También ofrecemos algunas expresiones del terapeuta junto con descripciones de la comunicación no verbal de la cual era consciente.

La descripción de la observación de la postura que acompañaba a expresiones de la paciente del tipo: "Me siento derrumbada, como que me ha pasado una desgracia de la que no me voy a poder recuperar.", muestra la congruencia entre mensaje verbal y mensaje no verbal. en este caso se podía observar:

- Llanto, con dificultades para el control del mismo.
- Cuerpo dejado caer sobre el respaldo del sillón en el que se encontraba sentada.
- Movimientos lentos en las manos, y sacudidas en el tronco acompasadas con el llanto.
- Tono de voz bajo y lento.

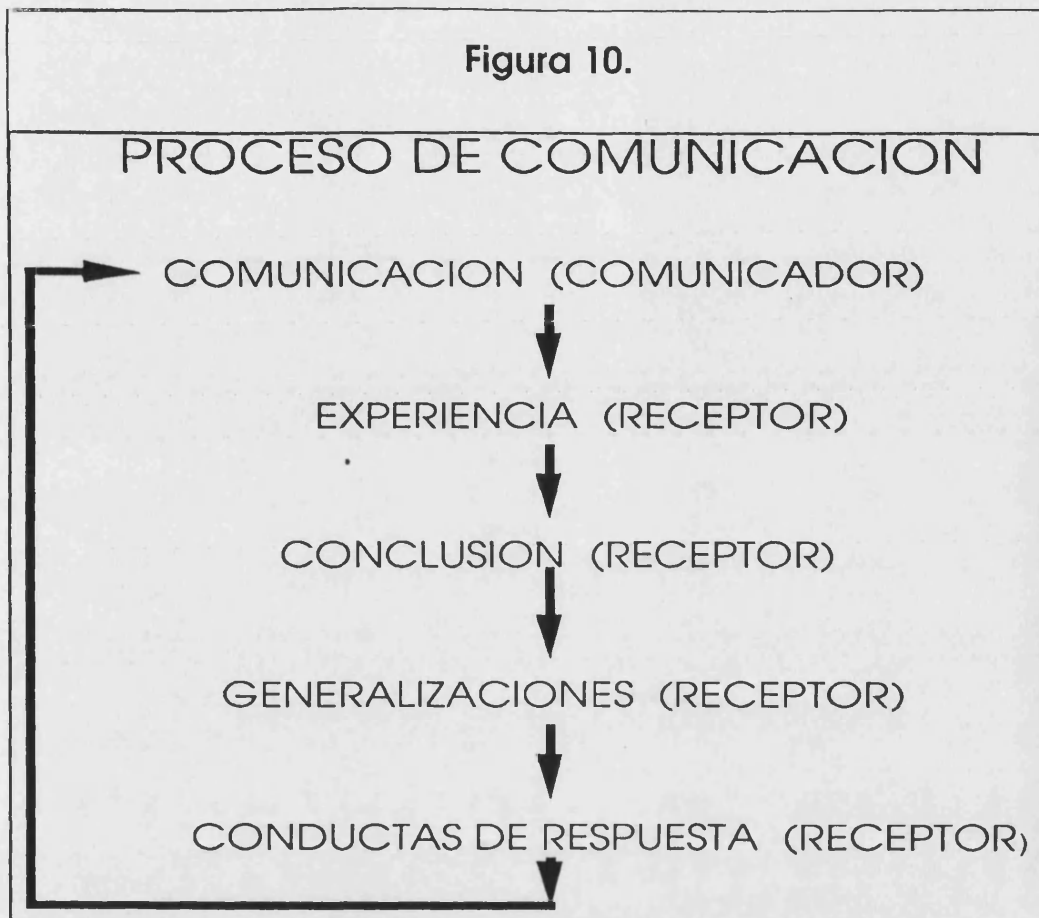
En cuanto al terapeuta podemos señalar que los acompañamientos verbales del tipo: "Ya", "entiendo", "Ajá", etc... eran en el mismo tono de voz y con una postura inmóvil, sin apartar la mirada de la cara de la paciente con el fin de que favorecer en ella la sensación de sentirse escuchada y entendida.

Este fragmento nos permite introducir de forma más pormenorizada la importancia de la congruencia. Depende del terapeuta, en cuanto que pretende ser de ayuda para el paciente, el tener conciencia de la congruencia entre sus palabras y sus gestos, aunque también le va a ser de gran utilidad la observación de la congruencia entre discurso y gestualidad del paciente. En el caso de que observe que no existe congruencia puede tener a su alcance información que en algún momento le puede ser de utilidad y le puede dar la oportunidad de señalar al paciente esa circunstancia.

A continuación presentamos en la figura 10 de un modelo teórico del proceso de comunicación desde la óptica de la congruencia,



Figura 10.



pudiendo ver en el 'Anexo B» las características de cada paso de dicho proceso según haya congruencia (Ciclo de Comunicación Retroalimentada) o no (Ciclo de Comunicación Calibrada).

Para que pueda comenzar a crearse un ambiente de contacto, la relación que el terapeuta propone ha de ser congruente con la que el terapeuta manifiesta en los niveles no verbales.

Cuando una persona comunica un mensaje a otra, realiza con este acto una maniobra para definir la relación. Mediante lo que dice y la forma en que lo dice está indicando: «éste es el tipo de relación que hemos de mantener entre nosotros» (Bateson, 1972). La otra persona se encuentra así con el problema de aceptar o rechazar esta maniobra. Le cabe la posibilidad de dar validez al mensaje, aceptando así la definición de relación del otro, o responder con una maniobra propia para definirla de distinto modo. También puede aceptar la maniobra de su interlocutor, pero calificando esta aceptación como un mensaje que indica

que le concede al otro continuar con su maniobra, (Haley, 1963).

Un aspecto que puede ser perjudicial es cuando el terapeuta trata de mantenerse exclusivamente en el terreno de la 'técnica'. Se requiere que llegue más allá. El rol del terapeuta en el proceso de la psicoterapia no puede estar marcado por la creencia de que puede actuar de una manera parcializada. Esto no es más que una creencia, en la medida que no es posible establecer una separación o parcialización de la persona salvo a un nivel teórico.

El terapeuta necesariamente ha de centrarse en el análisis cualitativo de las peculiaridades y estructuras que cada paciente presenta, como una totalidad concreta y real (Cencillo, 1973). No le va a servir de mucho, esto sería caer en la **Identificación**, el hacer uso de lo común que le presentan 'todos' sus pacientes. Más bien al contrario el contacto entre terapeuta y paciente se va a ver favorecido en la medida en que el primero pueda llegar a percibir las peculiaridades del segundo como una persona única con una forma específica de experimentar la vida .

Si un terapeuta es completamente inflexible e insiste en interpretaciones que el paciente no puede aceptar en absoluto, el proceso terapéutico estará en aprietos. Peor aún, la terapia puede estar en aprietos aún cuando el terapeuta 'tenga razón', pero su sentido de la oportunidad esté equivocado. Si el terapeuta se mueve con demasiada rapidez, puede que el paciente termine atascado aún cuando sus análisis sean correctos (Johnson, 1988).

Vista desde afuera, la estructura de una sesión psicoterapéutica está determinada por la secuencia en que el terapeuta emplea las diferentes herramientas o técnicas, de que dispone, ya sea por herencia o inventiva personal. Es en este nivel de estrategia que la intuición del terapeuta es más decisiva y donde su creatividad consiste precisamente en enfrentar una situación única con una respuesta única (Naranjo, 1989; Zinker, 1977) .

### **5.3. Algo que el terapeuta debe recordar: La problemática del paciente pertenece a una 'realidad de segundo orden'.**

Considerar que la persona persigue algo 'positivo' para ella con su conducta por problemática que ésta sea, nos da lugar a no quedarnos encajonados en la catalogación de lo que hace como 'patológico'. No es posible, salvo que sea una 'aportación' nuestra al discurso del paciente, evaluar una conducta o un conflicto como positivo o negativo, sin ser la persona que está experimentándolo. Algo que permite el confrontar el proceso de **Identificación** es que no se confunde lo que uno evalúa con la experiencia que el otro está viviendo. De este modo se evita confundir, la intención de una conducta con la conducta misma. En muchas ocasiones, si hacemos posible que el paciente pueda investigar y conocerse más profundamente podremos comprobar que subyace una intención positiva a una conducta nociva (Bandler y Grinder, 1976; Efran y cols. 1990).

El modo en que el paciente no consigue llegar a resolver sus conflictos a pesar del gran esfuerzo y la inmensa voluntad que invierte lo podremos entender mejor si consideramos lo que nos indica Watzlawick (1990, pag. 91): «El esfuerzo consciente de la voluntad hacia un objeto o bien hace imposible que se produzca una reacción normal espontánea, que de por sí no presupone una planificación especial, o bien provoca reacciones espontáneas, no planificadas ni deseadas. En uno y otro caso, el problema radica en la solución intentada. Esta, y no la reacción deseada y no alcanzada, o la que se produce sin ser deseada, debe ser, por tanto, la meta de la intervención terapéutica.» Si el terapeuta es capaz de asumir este planteamiento no va a quedar atrapado en el intento imposible de cambiar lo 'malo' de la actuación del paciente.

Continuando en esta línea vamos a abordar ahora el aspecto de la 'esperanza' necesaria que el paciente ha de tener para poder avanzar en el camino del cambio. Para infundir 'esperanza', algo que va a ser un factor favorecedor del contacto y dinamizador de la terapia (Mahoney, 1985). Un terapeuta debe tener cuidado de no concentrarse demasiado exclusivamente en lo negativo; una

tarea delcadíslma, teniendo en cuenta que a menudo sentimos que el mandato de la terapia es dirigirse a las dificultades del paciente (Johnson, 1988).

Algo que el terapeuta debe de tener en mente es el nivel de impacto emocional que le supone a él el discurso del paciente. El hecho de escuchar la narración que hace el paciente en un sentido que pueda favorecer por parte del terapeuta una intervención terapéutica, tiene mucho que ver con cómo está viviendo el terapeuta la situación de la sesión. La angustia que el terapeuta siente es algo suyo y no debe 'identificarla' con el paciente, y mucho menos con la experiencia de éste.

En muchas ocasiones los deseos del terapeuta pueden interferir, como ya hemos referido anteriormente, en su capacidad de escucha. Nada interfiere más en el proceso terapéutico que la voluntad de una u otra parte, terapeuta o paciente, de ir más rápido que lo que en cada momento puede. El error más típico de los terapeutas sin experiencia es avanzar demasiado rápidamente para el paciente (White, 1964). Los terapeutas noveles tienden a explicar e interpretar con demasiado apresuramiento y excesiva frecuencia (Maslow y Mittlemann, 1965).

Como ya hemos visto en el apartado de las expectativas, éstas pueden conducir a una 'distorsión' de la experiencia que está teniendo lugar. A menudo la utilización de los principios básicos del modelo del terapeuta suponen más una traba que una ayuda. Haríamos bien, en relación a nuestra labor de terapeutas, en recordar las palabras de Weinberg, (1959, pg. 113) cuando dice: «Si no hay dos cosas, sucesos o situaciones idénticas, y si éstas son más que la suma de las situaciones precedentes, y siempre podemos encontrar características no encontradas previamente, entonces el determinismo estricto deviene en imposible.»

**Los intentos que la paciente manifestaba en cuanto a la manera de solucionar y/o aliviar lo desagradable de su situación que eran expresados con frases del tipo:**

**P > "Quisiera no sentir este dolor que tengo."**

**P > "Ojalá pudiera olvidarme de él y vivir tranquila de una vez."**



**P > “La solución sería que yo fuera capaz de darle carpetazo a esa historia.”**

**Nos muestran el intento de alcanzar lo que ella imaginaba como lo ‘mejor’, el no sentir dolor, ni rabia. Sin embargo en las mismas expresiones vemos que al referirse a la solución de su situación, el modo de hacerlo, a través de la negación, le impedía avanzar hacia ella.**

### **6) Cuando ‘oir’ no es suficiente. La presencia del proceso de Identificación como explicación de los problemas.**

En este apartado nos vamos a centrar en la figura del terapeuta en la medida en que es mayoritariamente responsabilidad suya el saber escuchar para luego poder contestar en el diálogo terapéutico.

Una de las claves en las que se ha de asentar una actitud terapéutica que sea de utilidad para el paciente es que el terapeuta no confunda lo que significa para él lo que ‘oye’ y lo que significa para el paciente lo que ‘dice’. En este contexto el tener presentes los criterios que aporta la toma en consideración del proceso de **Identificación**, le permite al terapeuta establecer los diferentes niveles de significación del discurso del paciente.

#### **6.1.Cómo escuchar.**

Una cuestión que hemos de tener presente como punto de partida es la distinción que hace Watzlawick (1977) referente a que el terapeuta se va a enfrentar con dos lenguajes incluidos en el discurso del paciente. Estos lenguajes, proceden según este autor de un hemisferio cerebral. En la descripción que hacemos tomamos como referente a personas diestras. Cada uno de estos lenguajes tiene una serie de características propias que son:

a) Lenguaje procedente del hemisferio izquierdo: Objetivo, definidor, cerebral, lógico, analítico. Es el lenguaje con el que se expresa la razón, la ciencia. la interpretación y la explicación y lógicamente el de los modelos y enfoques terapéuticos.

b) Lenguaje procedente del hemisferio derecho: Metafórico, Imaginativo, simbólico, totalizador. Es el que expresa emociones, sentimientos, intuiciones, globalidades, etc...

El terapeuta ha de ser capaz de detectar el tipo de lenguaje que utiliza el paciente. Con esta capacidad la calidad de la 'escucha' aumenta notablemente. Para poder hacerlo el terapeuta ha de tener claro para sí mismo cómo y cuándo utiliza cada tipo de lenguaje. Así podrá tener una mejor visión del plano desde donde el paciente dice lo que dice.

La tendencia a valorar y juzgar la 'veracidad' y 'corrección' de un discurso también puede impedir la capacidad del terapeuta para escuchar (Anderson y Goolishian, 1992). La regla es fácil de enunciar, pero no siempre es fácil de seguir: que nos abstengamos de estar de acuerdo o en desacuerdo con un orador, que nos abstengamos de alabar o censurar sus puntos de vista, hasta estar seguros de cuáles son esos puntos de vista. Para que esto pueda suceder hemos de partir de que la base de la construcción de la 'realidad' de la sesión terapéutica es corresponsabilidad de terapeuta y paciente (Shotter, 1993).

Escuchar significa tratar de ver el problema de la manera que el que habla lo ve -que significa no «simpatía» que es sentir con él, sino «empatía», que es experimentar con él. Uno de los problemas que más frecuentemente podemos observar en una interacción problemática consiste en que ninguna de las dos personas escucha a la otra con claridad (Gendlin, 1983).

Cuando el terapeuta escucha al paciente habrá de tener en cuenta que el único nivel en que pueden tener sentido las afirmaciones de éste último, es aquel en que las consideramos como representaciones internas, en las que el sujeto que habla es un procesador de la información que da sentido a su conducta y a la expresión fenoménica de su conciencia (Rivière, 1986). Resulta útil para el terapeuta adoptar una actitud de búsqueda en aquello que han querido significar las palabras, y transitar desde la forma y

el significado de las palabras al objeto, a la vivencia que el significado y el uso de las palabras indica (Binswanger, 1961). Al mismo tiempo el terapeuta ha de estar acostumbrado a percibir que los mensajes a nivel verbal pueden significar una cosa diferente y que a veces algo bastante diferente está siendo comunicado en otros niveles (Hall, 1959).

La misión del terapeuta es escuchar; pero ¿qué? Las incongruencias entre lo que dice el paciente y cómo actúa; los sentimientos y pensamientos inaceptados; los relatos de relaciones del paciente con personas distintas de sus padres (Johnson, 1988). El terapeuta puede realizar esto observando durante largos períodos de tiempo y con todo detalle los juegos reales que juega el paciente, en vez de aceptar su versión (Szasz, 1965).

La capacidad de observación por parte del terapeuta se va a ver incrementada si no cae en la **Identificación**. La forma de evitarlo está en no confundir el discurso del paciente con la experiencia del paciente. Como ya hemos mostrado en diferentes puntos de esta tesis, la posibilidad de establecer un marco favorecedor de cambios en el paciente, se ve incrementada en la medida en que el discurso y la experiencia de éste disminuyen la distancia, tanto referencial como de implicación entre ellos.

El terapeuta al escuchar lo que el paciente expresa no debe olvidar que por debajo del lenguaje está el mundo de la experiencia, de los más elementales modos de producir significados, y lo que nos cuesta reconstruir es el enmarañado mundo de las experiencias personales o culturales (Marina, 1993). Para el terapeuta el contexto en el que se desarrolla el intercambio verbal es mucho más amplio que para el lingüista (Castilla del Pino, 1978). En lo que el terapeuta escucha va incluido, el sujeto que habla, el momento sincrónico de éste (el aquí y ahora), el diacrónico (lo dicho ahora como síntesis que hace el hablante de lo anteriormente vivido), el objeto sobre el que proyecta su conducta y el contexto de la sesión.

El terapeuta ha de 'oir' más allá de lo que el paciente manifiesta explícitamente y llegar a detectar lo 'medio expresado y lo no

verballizado tratando de captar los significados desconocidos u ocultos para el paciente (Korchin, 1976). Esto debe hacerlo sin llegar a caer en la creencia que sabe mejor que el paciente lo que éste dice (Johnson, 1949).

En este punto reproducimos algunos de los puntos sobre los que el terapeuta centraba su atención.

En lo que hace referencia a las palabras que configuraban el discurso de la paciente la atención del terapeuta se focalizó en:

- Tipo de términos utilizados. En el caso que nos ocupa era destacable mayor presencia de nombres sustantivos que de verbos.

- El sujeto de las oraciones. En el discurso de la paciente se podía observar, a menudo, la aparición de oraciones impersonales y en segunda persona aunque la descripción que estaba efectuando era la de su propia experiencia.

- Los términos que pudieran aportar información sobre los sistemas representacionales por medio de los cuáles construía el discurso que describía su experiencia. En este caso se observaban dos sistemas ('Visual' solía decir: "Me veo..., No veo salida, etc..." y 'Kinestésico' (Me siento..., Tengo la sensación..., etc...))

- La percepción de las posturas de la paciente se hacía desde una óptica de observarlas, no de juzgarlas, en el contexto del discurso que ella estaba pronunciando en la dirección de observar su congruencia.

## 6.2. El 'lugar' del paciente un buen punto de observación para el terapeuta.

Partiendo, como ya hemos dicho antes, de que la experiencia personal siempre es mucho más rica y compleja que lo que puede ser expresado en palabras y de lo que los demás pueden percibir, parece muy recomendable que el terapeuta trate de acercarse

cuanto más mejor a lo que intuye que es la experiencia del paciente.

Para poder hacer esto conviene que el terapeuta sea capaz de adoptar una serie de actitudes que van muy ligadas a la confrontación del proceso de **Identificación**, las cuáles podemos agrupar en los siguientes puntos:

1) *Comprensión del discurso del paciente*: Sabiendo que el discurso del paciente siempre es una construcción de éste, el terapeuta lo va tratar de comprender como algo parcial, incompleto y referido a una experiencia más amplia (Anderson y Goolishian, 1992). Al no 'identificar' discurso y conflicto experimentado, la comprensión del conflicto que va a poder tener el terapeuta recogerá aspectos y perspectivas diferentes que pueden ser de utilidad a lo largo del trabajo terapéutico.

Para poder comprender a un paciente, especialmente su comportamiento y por tanto el discurso del cual forma parte y condiciona a la vez ese comportamiento, conviene que partamos del supuesto de que en sus acciones subyacen razones o motivos que, por incomprensibles que en un principio nos resulten, a él le parecen lo suficientemente buenos como para llevarlos a cabo. Ha de tenerse presente por parte del terapeuta que no hay un criterio universalmente válido que sirva de módulo para juzgar a cada paciente (Cencillo, 1973).

Una comprensión de este tipo facilita que el terapeuta pueda proponer vías alternativas en cuanto a la forma de expresar y conceptualizar el conflicto del paciente.

Un ejemplo de lo que exponemos en éste punto lo podemos encontrar en expresiones de los pacientes que escuchamos en las sesiones terapéuticas como la que sigue:

«La culpa de todo lo que me pasa la tienen mis padres»

Ante una frase como ésta el terapeuta ha de prestar atención y

comprender desde la relación causa-efecto que el paciente establece al culpar a sus padres de sus conflictos, la ausencia de concreción que existe en las palabras 'todo' y 'lo que me pasa', y también el que está excluyéndose como sujeto agente de su experiencia.

Para exponerlo de forma sintetizada, podemos decir que el terapeuta ha de recordar que en toda expresión del paciente subyace una expresión profunda más cercana a la experiencia (Bandler & Grinder, 1976).

2) *Comprensión de la evaluación del paciente:* Para poder tener una perspectiva lo más cercana a la del paciente, el terapeuta, no sólo va necesitar comprender el discurso de aquél, sino la evaluación que comporta ese discurso.

Gracias a la confrontación del proceso de **Identificación**, las palabras no son sólo expresiones de la experiencia, sino que nos muestran cómo valora la experiencia quien las pronuncia.

Si queremos ser de ayuda al paciente, independientemente de cuál sea la índole de sus problemas los terapeutas tenemos que entender cómo ve y cómo evalúa el paciente la situación que le lleva a terapia (Anderson y Goolishian, 1992; Bettelheim & Rosenfeld, 1993).

Si cuando el terapeuta le pregunta al paciente cómo se siente, se da cuenta que le está preguntando como evalúa (Korzybski, 1937), las respuestas que reciba van contener una gama más amplia de matices y de información.

La capacidad de llegar a comprender esa evaluación es lo que va a dotar al terapeuta de un instrumento terapéutico de valor incalculable. Como el terapeuta no 'identifica' lo que el paciente expresa, con su evaluación, ni con la riqueza y complejidad de la experiencia que está evaluando, le va a resultar mucho más factible la comprensión de la evaluación.

Cuando el terapeuta observa en conjunto, cognitiva y fenomenológicamente, al paciente emitiendo su discurso, se encuentra con el hecho de que éste está llevando a cabo una focalización, una selección, una valoración y una formalización (Cencillo, 1973) y en ellas hay una serie de informaciones útiles para el terapeuta. De tanta importancia es para el terapeuta llegar a captar el qué, cuánto, cuándo y cómo abstrae el paciente, como lo que él mismo está abstrayendo de las expresiones de aquél.

En frases del tipo «lo que más me preocupa es lo que los demás puedan pensar de mí cuando me quedo bloqueado» es una muestra clara de cómo el paciente evalúa como más importante la opinión de los demás que lo que experimenta. Tratando así de buscar la solución en algo que no depende totalmente de él.

3) *Comprender lo exclusivo y personal de la perspectiva que el paciente tiene y afinar más en el diagnóstico:* Una cuestión que conviene vigilar por parte del terapeuta de cara a poder acercarse al punto de vista del paciente es el hábito de generalizar a partir de las observaciones que el escucha hace del que habla. Creer que lo que el paciente dice significa 'lo mismo' que lo dicho por otro paciente, en base a que ambos utilizan el 'mismo' vocabulario puede entorpecer el acercamiento del terapeuta al punto de vista del paciente.

Esto permitirá al terapeuta ser más prudente. Puesto que, en multitud de ocasiones los terapeutas basan su diagnóstico en la forma en que el paciente les responde, pero en su informe diagnóstico no pueden hacer constar más que supuestos procesos internos del paciente.

Como síntesis de este apartado y de cara a que se pueda llegar a la mayor cercanía posible entre la visión de terapeuta y paciente vale la pena recordar un buen consejo que encontramos en Binswanger (1961, pg. 127) cuando recomienda: "Han de preguntar ustedes en primer lugar cómo vive un enfermo en su cuerpo, o, mejor aún, cómo vive o 'siente' su cuerpo". De esta manera estamos favoreciendo una cualidad fundamental para los terapeutas, la sensibilidad, entendida como finura de percepción y capacidad para permanecer cerca del paciente sin ser un factor invasivo.



La actitud que el terapeuta adoptó para poder llevar a cabo lo propuesto en este punto, y que resultó de bastante utilidad, fue la de reproducirse una imagen de cómo se sentiría él en el caso de haber vivido una experiencia similar a la de la paciente. Esta reproducción la elaboró incorporando los datos que ella le iba facilitando. Los datos que el terapeuta incorporaba, y de esto era consciente, eran la 'interpretación que él hacía no sólo de las palabras que la paciente pronunciaba sino de los gestos y posturas que la paciente adoptaba.

La utilidad para el terapeuta fue que en todo momento tenía un referente para adoptar una posición de acompañamiento de la paciente y una mejor comprensión de lo que ella iba exponiendo.

## 7) Conclusión

Como conclusión de este apartado conviene que recordemos que algo tan obvio como que no hay dos pacientes 'idénticos', por lo que hay que ser muy cautos en el uso, más o menos consciente de las categorías diagnósticas (Bettelheim & Rosenfeld, 1993) puesto que esto se olvida muy frecuentemente. El terapeuta al usar un diagnóstico estandarizado puede separarse del individuo concreto al que está tratando.

No hay dos pacientes 'iguales', ni dos sesiones 'iguales', y si el terapeuta o el paciente sienten que esto es así, su encuentro siempre va a resultar fuente de aprendizaje y de crecimiento para ambos (Efran y cols. 1990) Hay que tener presente siempre que en la terapia se pone de manifiesto de forma clara y rotunda la singularidad de cada existencia humana, la originalidad irreductible de la experiencia individual, 'objetiva' y subjetiva (Ravagnan, 1969).

La constancia que para el terapeuta tenían los aspectos de la paciente que la convertían en alguien distinto iban más allá de la mera percepción física de su presencia.

En su discurso aparecía plasmada la dificultad de asimilar la dolorosa experiencia de haber vivido la 'ruptura' de una relación



**afectiva. Esto que es algo que en la vida de muchas personas sucede, en este caso, era su experiencia y no había otra persona que la viviera igual. Las connotaciones y consecuencias que tenía en otros planos de su existencia aún teniendo resonancias en los casos de otros pacientes, siempre presentaban, al menos para el terapeuta, aspectos particulares que se dejaban traslucir en su discurso.**

**Las relaciones que la paciente establecía como explicación de su situación, tenían un sesgo personal inconfundible en la medida en que estaban configuradas como en un 'puzzle' en el que las piezas cobraban su verdadero sentido al componer el 'todo' del conflicto que estaba viviendo.**

#### **8) Beneficios de la confrontación del proceso de Identificación en esta fase de la Psicoterapia.**

Podemos concretarlos en:

> No aparece por parte del terapeuta una actitud de 'creer que sabe' en su totalidad lo que el paciente experimenta y de lo que él sólo conoce una parte de la expresión.

> Que los conocimientos que el terapeuta posee no son mas que hipótesis resultado de abstracciones, y que por tanto la relación terapéutica siempre va a estar plagada de matices que suponen una fuente de donde partir en su actitud terapéutica.

> No va a existir la confusión entre lo que el paciente aporta y lo que el terapeuta aporta para la construcción de la realidad terapéutica. Especialmente el terapeuta va a poder permanecer en un nivel de cercanía al paciente que no sólo va a ser una cuestión de tipo técnico, sino que también va a permitir la creación de un clima de confianza entre ambos. Es por esto por lo que el terapeuta se mantiene cerca del impacto de la conducta actual del paciente y en lugar de hacer teorías con respecto a la conducta, ayuda al paciente a verla (Maslow, 1965).

> No van a producirse confusiones en cuanto a los niveles de

abstracción en los que terapeuta y paciente están exponiendo sus criterios.

> La sensación del paciente de sentirse comprendido por quien le escucha, en la medida en que éste no sabe mejor que él mismo lo que le pasa, va a jugar un papel importante e cuanto a la calidad de la relación terapéutica (Anderson y Goolishian, 1992).

> El carácter de enseñanza y aprendizaje en toda la extensión de la palabra que impregna a la psicoterapia va ponerse mucho más de manifiesto si el terapeuta es capaz de mantener el papel de mediador entre el paciente y el mundo que la confrontación del proceso de **Identificación** le proporciona.

En referencia al caso que nos ocupa los beneficios que el terapeuta obtenía de la confrontación del proceso de Identificación podemos ejemplificarlos en los comentarios a las diferentes respuestas de la paciente:

P > “ Cuando una vive un conflicto siente que todo le desborda.”

T > “¿Qué es lo que exactamente te desborda del conflicto? ¿En qué consiste ese desbordamiento?”

(Como el terapeuta no ‘sabe’ lo que la paciente experimenta y sólo es capaz de hacerse una idea parcial, pide una información más precisa para no caer en la Identificación.)

P > “No veo que tenga recursos para hacer frente a esta situación.”

T > “Desde tu punto de vista no encuentras la forma de hacer algo que mejore el estado en el que te encuentras ¿no?”

(Entre las hipótesis que el terapeuta barajaba se encontraba la de la estrecha relación que existe entre la vivencia de una situación conflictiva inesperada y la aparición

de rasgos muy claros de deterioro de la autoestima. Sin embargo en lugar de intervenir automáticamente sobre el plano de la autovaloración de la paciente, se le hace un comentario que tiende a favorecer que ella se dé cuenta del papel protagonista que está jugando en la evaluación de la situación.

Otro de los beneficios que tienen las intervenciones de este tipo es que aumentan el clima de sentirse comprendido en la paciente.)

En estos ejemplos vemos que el nivel de abstracción es muy semejante en el discurso de ambos.

Tomando en consideración lo referido al primer encuentro entre terapeuta y paciente podemos pasar a analizar lo que denominamos la Fase Inicial del Proceso Terapéutico.

## **B) RASGOS QUE CARACTERIZAN LA FASE INICIAL DEL PROCESO TERAPEUTICO.**

### **1) Objetivo principal en esta fase del proceso terapéutico.**

En esta fase inicial se ha de cumplir un objetivo principal, se han de sentar las bases de una relación en la que terapeuta y paciente lleguen a sentirse lo suficientemente cómodos como para que no haya ningún otro tipo de 'preocupaciones'. Se trata de poder crear un contexto, y en ello han de intervenir terapeuta y paciente, en el que el paciente pueda expresarse con total libertad y el terapeuta pueda mostrarse como un ser humano y no exclusivamente como un técnico, frío y distante (Glasser, 1979).

La calidad de la relación que lleguen a establecer terapeuta y cliente va a desempeñar un papel determinante en cuando a la utilidad del proceso terapéutico para el paciente y al nivel y profundidad de las intervenciones del terapeuta.

La clase de relación que se establece en terapia hay que calificarla como asimétrica, ya que se inicia a partir de la demanda del paciente y se centra en sus necesidades (Feixas y Miró, 1993). La actitud del terapeuta ha de contribuir a que el paciente pueda sentirse tratado como un ser humano y no como un portador de un problema exclusivamente.

Si el terapeuta no parte de una concepción rígida respecto de lo que es o no materia para abordar en terapia, es decir, que no cae en la tentación de 'identificar' sus opiniones al respecto con los temas que son vividos como realmente terapéuticos por el paciente, podrá establecer una relación en la que se cuestione y por tanto se construyan alternativas respecto de todo lo que al paciente le resulta importante y significativa.

El diálogo en esta fase va a proporcionarle al paciente *conocimiento sobre el terapeuta* a dos niveles:

> Conocer las opiniones que el terapeuta sostiene sobre temas que al paciente le interesan.

> Saber hasta dónde siente que el terapeuta es digno de confianza.

Como en todo diálogo lo que se aprende del otro también supone un aprendizaje sobre uno mismo.

Como punto de destino de esta fase podemos concretar el que paciente y terapeuta se sientan en un nivel de comodidad suficiente el uno con respecto del otro como para poder adentrarse en los temas de intimidad que se van a a bordar en la terapia. Al finalizar esta fase el paciente ha de sentirse capaz de responder afirmativamente a las siguientes preguntas (Schiffman, 1971):

- ¿Me siento a salvo para expresar mis verdaderos sentimientos?
- ¿Puedo exponer problemas que no me había arriesgado a exponer a otros?
- ¿Aceptaré el terapeuta mis «malos» sentimientos y pensamientos sin castigarme ni rechazarme?
- ¿Se ocupará el terapeuta adecuadamente de mí?
- ¿Me ve el terapeuta como una persona real, no como la historia de un caso?
- ¿Está el terapeuta tratando de entender cómo me siento y no encajándome en una categoría?

En el caso de que el paciente no pueda hacerlo la autora nos recomienda la búsqueda de otro terapeuta. Conviene tener en cuenta que precisamente esta sensación de que le está siendo permitida la libre expresión de su discurso que el paciente ha de experimentar es la que le permite correr el riesgo de adentrarse en parcelas de su experiencia que vive como 'temidas' o 'peligrosas'.

Llegar a sentirse capaz de poder expresar los problemas que experimenta sin otro temor que el de la propia expresión es lo que permite que la relación terapéutica alcance toda su intensidad y riqueza lo cual es imprescindible para que la terapia sea fructífera. Una buena alianza terapéutica es decisiva para hacer contacto con los propios pensamientos, sueños y temores ocultos (Johnson, 1988).

Como afirma Otto A. Will (citado por Sullivan 1954) ningún paciente llega a la sesión a entrevistarse con otra persona sin una considerable dosis de cautela y una cierta expectativa de rechazo. Conviene que por parte del terapeuta se tenga una actitud de comprensión para ese fenómeno y los obstáculos que en el proceso terapéutico se van a desprender de ello.

La psicoterapia supone una paradoja en sí misma, puesto que si bien una gran parte de lo que ocurre dentro de la terapia puede apuntalar la autoestima, el simple hecho de ser un paciente tiende a socavarla (Johnson, 1988). El paciente es una persona que experimenta un modo de vivir problemático, admite que no puede resolver los problemas por sí mismo y va a buscar un proceso promovido por otra persona para que el llegue a alcanzar el nivel de resolver los problemas por sí mismo (Feixas y Miró, 1993).

De hecho en la fase inicial de la terapia se va a llevar a cabo un proceso selectivo que debe ser mutuo en vez de unilateral, y autónomo, en vez de coercitivo, para ambas partes (Szasz, 1965).

**El ejemplo más claro de que en el caso que nos ocupa se había alcanzado el objetivo principal de la fase inicial de la terapia, consistió en un comentario de la paciente en la sexta sesión cuando afirmó:**

**P > “Cuando vengo a la terapia tengo la sensación de entrar en un mundo en el que puedo decir lo que yo quiera sin el miedo a sentirme ni malinterpretada ni juzgada.”**

**(Aunque en muchas ocasiones, comentarios similares suelen hacerlos los pacientes al finalizar la primera sesión o cuando inician la segunda, en este caso se le da una significación distinta en la medida en que la paciente ya había comenzado a elaborar temas de bastante importancia para ella.)**



## 2) Conocimiento de la problemática que el paciente quiere abordar; la realidad de 2º orden.

El conocimiento que terapeuta y paciente lleguen a tener de la problemática que éste último presenta como motivo de consulta va a ser clave para la marcha del proceso terapéutico en dos sentidos.

En primer lugar si el paciente siente que es comprendido por el terapeuta, va a encontrarse en una situación de relajación en cuanto a la tranquilidad que le proporciona que su interlocutor 'sepa' lo que le está pasando.

En segundo lugar cuanto mas exacto sea el conocimiento por parte del terapeuta de la problemática que el paciente expone, más centradas van a estar sus intervenciones en el área en la que el paciente desea clarificarse y encontrar alternativas.

Desde la perspectiva del terapeuta llegar a conocer lo que el paciente expresa como motivo de consulta, es algo bastante necesario en la medida que su actitud y sus respuestas van a incidir de forma directa sobre el modo en como el paciente se siente durante la sesión. Conviene que el terapeuta tenga presente lo que señala Garfield (1995, pg. 152) cuando escribe: "Esencialmente lo que el paciente le dice al terapeuta sobre su experiencia son sus *percepciones* de los sucesos y sus *percepciones* de los otros".

En muchas ocasiones el bloque que experimenta la persona no guarda proporción con la gravedad a los ojos de los demás, del problema vivido (Ormezzano 1977).

Si adoptamos la consideración del ser humano como alguien que usa signos, sigue reglas, y participa en juegos -no como un organismo que únicamente tiene instintos y necesidades, ni sólo como un paciente que tiene una enfermedad, la calidad del encuentro terapéutico se va a incrementar (Szasz, 1965).

Si partimos del presupuesto, congruente con la Semántica

General, de que la terapia requiere como requisito indispensable el contacto entre los modelos del mundo de las personas vamos, necesariamente, a prestar una atención distinta en cada momento y siempre centrada en lo que de diferente se va produciendo. No va a ser posible que confundamos (identifiquemos) nuestro marco teórico como terapeutas con lo que significa para el paciente lo que nos expresa, ni que lo encasilemos estáticamente en una categoría psicopatológica .

Para que una terapia termine adecuadamente, debe comenzar adecuadamente, esto es negociando un problema resoluble... el acto de la terapia comienza por la manera de *examinar* el problema (Haley, 1963).

En muchas ocasiones la terapia va a tener que partir de los presupuestos establecidos por los medios o intentos de solución que el paciente ha intentado. El camino recorrido aportará información tanto a nivel de los recursos que el paciente considera que posee, como de los que no toma en consideración.

La 'realidad' con la que se van a encontrar los terapeutas cuando el paciente les expone su problemática es siempre una 'realidad' de segundo orden (Watzlawick, 1988) que está construida por medio de la atribución de sentido, de significado o valor a la realidad en cuestión de primer orden. Las necesidades que el paciente pretende cubrir con la terapia podemos calificarlas de 'altamente simbólicas' (Weinberg, 1959) y en cierto modo distanciadas del entorno exterior. De hecho sólo la persona a través de su capacidad de usar símbolos puede satisfacerlas. Podemos afirmar que hay una serie de juicios acerca de la 'realidad' con la que se encuentra el paciente, que son los que le permiten afirmar que tiene problemas y que necesita solucionarlos a través de la psicoterapia.





La ventaja de partir de la posición de confrontar el proceso de Identificación en el ámbito de este apartado la vemos concretada en la consideración de expresiones de la paciente como:

P > "Mi problema es que no soy capaz de superar un conflicto como este."

P > "Considero una 'chorrada' que me tenga que paralizar tanto en las demás áreas de mi vida."

P > "No veo por qué no voy a poder olvidarlo de una vez." etc...

Eran evaluados por el terapeuta como una muestra de la percepción y evaluación que la paciente hacía de ella misma y de los demás. Esto permitía al terapeuta suponer en todo momento que una buena parte de la situación conflictiva estaba basada en que lo que la paciente percibía no le permitía incorporar alternativas a su situación. El papel protagonista de la paciente, aunque ella no se diera cuenta, era lo que condicionaba la problemática que quería resolver y que formulaba a su manera.

No es en absoluto desdeñable el carácter de censura que se puede observar en sus expresiones a la hora de hacerse una idea lo más exacta posible de la problemática que vive la paciente. Queda claro aquí la condición de 'realidad de segundo orden', que señalaba Watzlawick, como rasgo característico del discurso de la paciente.

### **2.1. La aparición de la 'resistencia'<sup>33</sup> puede ser evaluada como una muestra más del proceso de Identificación.**

La valoración que se ha hecho a menudo de la problemática del paciente y de las dificultades que éste ha tenido para el cambio

<sup>33</sup> Vamos escribir el término 'resistencia' siempre entre comillas para que quede patente que estamos haciendo referencia a una 'evaluación del terapeuta de una conducta o actitud' más que a una forma específica de conducta observable.

se ha recogido bajo la etiqueta de 'resistencia'.

Este es el rótulo que los terapeutas dan a ciertas conductas del paciente cuando se alcanza un 'impasse' terapéutico (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Tal y como nos señala Mahoney (1985, pg.54): "La resistencia puede aparecer en las primeras fases de la terapia, pero es más evidente cuando el desequilibrio es intenso y exigente." Esto nos lleva a tener que estar atentos desde el inicio de la terapia de la posibilidad de aparición de actitudes y/o conductas que, desde nuestra óptica de terapeuta, vayamos a conceptualizar de 'resistencia'.

El colocar en este apartado un epígrafe dedicado a la 'resistencia' tiene sentido en la medida en que el terapeuta puede conceptualizar como tales actitudes y/o conductas del paciente desde el inicio mismo del proceso terapéutico.

Cuando la terapia llega a un punto, sea éste en la fase que sea, en el que, por parte del terapeuta, no se observa una evolución según sus expectativas, éste puede poner en funcionamiento, si no se da cuenta de ello, la tendencia a clasificar el comportamiento del paciente. Todos somos culpables, de vez en cuando, de atribuir motivaciones negativas a la conducta de las personas. El problema reside en que cuando esto se hace en terapia puede tener graves consecuencias (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989)

Resultaría para los terapeutas muy conveniente no caer en la trampa de creer que las resistencias son 'malas' esto sería fruto de la identificación del terapeuta y que el paciente estaría mejor sin ellas (Perls, 1973). La función que en cada paciente puedan desarrollar lo que terapeuta denomina resistencias es algo que tiene como objetivo mantener el 'status quo' (Horney, 1991). Los procesos de resistencia son a menudo más acentuados cuando en el proceso terapéutico el paciente siente que se está desafiando estructuras significativas de sentido (Mahoney, 1985).

En el discurso de la paciente algunos ejemplos que nos permiten ilustrar la aparición de rasgos que podían ser calificados como de 'resistencias' y que mostraban la presencia del proceso de Identificación son:

> "En el ambiente que vivo no hay nada que me haga animarme."

(La responsabilización descargada en el ambiente conlleva una actitud de convertir en ajeno el estado de apatía al que se refiere y que se 'resiste' a asumir como fruto de su evaluación.

> "No me han enseñado a valerme por mí misma, me han convertido en una persona dependiente."

(En esta ocasión vuelve a 'exteriorizar' la 'causa' de la incapacidad que experimenta, 'resistiéndose' a asumir lo que experimenta como una construcción propia.)

## 2.2. Algunos de las condiciones que permiten al terapeuta conocer la problemática del paciente y que éste sea útil en la terapia.

El modo en que el terapeuta llega a conocer le debe de servir no sólo para hacerse una idea de cuál es la problemática que el paciente trae a terapia sino también para poder hipotetizar acerca de cuáles van a ser las metas terapéuticas y los modos de llegar a ellas. Veámoslas un poco más en detalle:

1) Consonancia entre las características del discurso del paciente y del terapeuta.

Una de las condiciones que se requiere para elaborar las vías de solución, y en eso están implicados terapeuta y paciente, es que los modelos, símbolos, etc... del paciente representen apropiadamente el aspecto de su experiencia sobre el que quiere incidir y que el terapeuta con su discurso y actitud contribuya a aumentar la profundidad del discurso del paciente de modo que conduzca a la elaboración de una o varias soluciones del problema planteado.

Un modo de conseguir esto es a través de un relato en el que se evite la reificación del problema.

Precisamente cuando no hay una confusión entre lo que es la conceptualización de la experiencia y la experiencia misma es cuando, no es posible hacer un discurso en el que los términos empleados conduzcan a la creencia de que estamos hablando de algo estático.

*2) Incidencia que sobre el futuro tiene la exposición que el cliente hace de su problemática.*

Cuando somos conscientes que estamos efectuando inferencias<sup>34</sup> no caemos en el proceso de **Identificación**. De este modo los problemas son expuestos y abordados como un referente a un mundo más complejo y en constante cambio que es en el que vivimos.

Partiendo de esto, podemos afirmar que la experiencia y el proceso de descripción y evaluación que el paciente hace de ella, van a condicionar las vías que considera accesibles. En esa descripción podemos ver nítidamente cómo van a quedar plasmados, de diferentes maneras, el tipo de problemática que el paciente experimenta. Mientras que las personas con tendencias más neuróticas describirán su experiencia problemática como siendo ellos mismos los 'culpables', las personas con desórdenes de carácter más relacionado con la psicosis creerán que es el mundo el 'culpable' (Scott Peck, 1978).

Como ya hemos mencionado antes, el discurso en el que el paciente expone las vías de solución que considera, le va a servir al terapeuta como un buen ejemplo de proyección futura de los recursos y de las características que componen el mapa del paciente en el presente.

---

<sup>34</sup> Según Weinberg (1959 pg. 19): «Todas las afirmaciones sobre el futuro, al igual que las que efectuamos sobre el pasado y el presente son inferencias.»

Si tomamos en cuenta la confrontación del proceso de **Identificación** podemos observar claramente, que en el discurso del paciente nos encontramos con la expresión de una muestra del conjunto compuesto por su significado cultural, su función social y su valoración de las formas de solución que él toma en cuenta (Cencillo, 1973). De esto se desprende que existe, o pueden existir, formas diferentes de llevar a cabo esa conceptualización y valoración.

3) *Detección de los puntos sobre los que el paciente hace especial énfasis en su discurso.*

Cuando nos centramos en el tema de las vías de solución de los conflictos exclusivamente, corremos el riesgo de caer en el proceso de **Identificación** desde el mismo momento en que consideramos las soluciones como algo separado del conflicto al que se refieren. Tanto conflictos como vías de solución son distinciones que el paciente hace de la experiencia que vive. Como ya hemos aludido anteriormente creer que un proceso indivisible no cambia de significación al dividirlo en sus componentes es uno de los resultados de la aplicación de la visión elementalista de la 'realidad', que la Semántica General rechaza (Weinberg, 1959).

Una de las cuestiones que pueden resultar de mucho interés en esta fase inicial de la terapia es la diferencia que se puede observar en el paciente en cuanto las actitudes y modos de expresarlas que adopta respecto del conflicto y de las vías de solución.

4) Valoración del discurso del paciente como una de las muchas formas en que puede exponer su experiencia problemática.

Una perspectiva que es interesante señalar aquí es la 'proyección' que la persona hace al hablar acerca de su experiencia. El lenguaje es la expresión de la forma que el paciente tiene de estar en el mundo (Arregui, 1984). Con el lenguaje las personas, el paciente en este caso, pueden dividir cualquier ciclo en causas y/o efectos ( Bateson, 1972; Efran & cols. 1990).

A veces el discurso está tan elaborado que el terapeuta se pregunta cómo el paciente no llega a darse cuenta de la discrepancia entre la conducta real y la imagen idealizada (Horney, 1945). Una clave para entender esto la podemos encontrar si consideramos la narración que hace cualquier persona, en este caso el paciente, como un principio 'organizativo' (Sarbin, 1986). Desde esta posición entendemos que a través de la explicación de lo que le pasa, el paciente le da forma y sentido coherente con lo que experimenta, aunque con una serie de cambios en cuanto a la clase de información (Marina, 1993).

Por tanto las vías de solución son la descripción del problema desde la fantasía de la solución imaginada, en la que se encuentran plasmados los mecanismos que las personas usamos al hablar acerca de las experiencias.

El discurso de los pacientes, como muestra de los problemas que experimentan, está marcado por una forma de comunicación que, en la mayoría de los casos, conlleva tantas diferencias, cada vez que es expresado, que más que hablar de (re)presentación hemos de hablar de (re)construcción de los hechos a los que se refieren. Podemos comprobar la base de esta afirmación observando el modo en que el discurso supone una distorsión y un empobrecimiento de narraciones anteriores referidas a aquellos hechos. Esta forma de comunicación se realiza en base a las inferencias que se han elaborado a través de conclusiones no explícitas y a menudo no clarificadas para el paciente.

No hay que olvidar, como ya hemos dicho, que supone la transformación de una clase información (sensorial) en información de otra clase (verbal). Esta diferencia cualitativa es lo que hace que en terapia las palabras tengan un carácter polisémico (Ginger & Ginger, 1987), tanto las del paciente como las del terapeuta.

**En la línea de evitar reificar el problema podemos ofrecer como ejemplo una de las preguntas del terapeuta en la que es patente la noción de proceso como rasgo fundamental:**



**P > ¿Como definirías la situación por la que estás pasando?"**

(Con esta pregunta manteniendo la concordancia con el discurso de la paciente se incorpora la evocación de la situación como en transcurso, de modo que al responder la paciente va a tener que usar algún gerundio que implican que temporalidad.)

En lo que a la incidencia sobre la conceptualización del futuro tenía el discurso de la paciente baste mencionar el siguiente expresión:

**P > "A veces pienso que nunca podré salir de esto."**

(El fatalismo y las expectativas catastróficas son uno de los componentes del discurso de los pacientes en algunos de los momentos de esta fase de la terapia.)

En el caso que nos ocupa, puntos en los que la paciente destacaba, van a ser suficientes los ejemplos que nos aportan fragmentos del discurso que pronunciaba:

**P > "No me merecía que me pasara esto."**

(El énfasis sobre la creencia de que las experiencias problemáticas sólo las viven quienes se las merecen, nos permite intuir que en su modelo hay una amplia gama de 'introyectos', que cubren con el manto de lo que 'debería ser' la experiencia que la paciente vive.)

Cuando el terapeuta escuchaba a la paciente al afirmar por ejemplo: "Soy incapaz de resolver mis problemas por mí misma." refiriéndose a su experiencia utilizaba una de las muchas formas de conceptualizarla. Pensaba en otras expresiones, que hubieran podido ser válidas y que la paciente no utilizaba, del tipo: "Me he acostumbrado a conseguir que los demás me resuelvan mis dificultades." o "No estoy dispuesta a invertir la energía suficiente para salir de una situación de la que creo que no soy responsable."

- 3) Las expresiones del paciente, una clave para que el terapeuta pueda entender cómo el paciente contribuye a que le pase lo que le pasa.

En el discurso de las personas la elección de las palabras que

utilizamos nunca está hecha al azar. Cuando elegimos unas palabras y no otras para expresar una experiencia estamos estableciendo una diferencia, en la que como ya hemos visto anteriormente, está reflejada nuestra forma de conocer/experimentar el mundo.

Los seres humanos utilizamos el lenguaje, fundamentalmente, en dos sentidos (Bandler y Grinder, 1976) :

A) Lo usamos para re-presentar , re-crear, el mundo.

Al emplear el lenguaje como sistema representacional, estamos creando un modelo de nuestra propia experiencia. Este modelo que creamos mediante el uso representacional del lenguaje está basado en la percepción que tenemos del mundo.

B) Utilizamos nuestro lenguaje para comunicarnos unos a otros nuestra re-presentación, re-creación, del mundo.

Al usar el lenguaje para comunicarles a otros estamos presentando en forma verbal nuestro modelo del mundo. En la misma forma el paciente va a expresar una serie de palabras que son una abstracción de su experiencia, y al mismo tiempo está incidiendo en cuál va a ser su experiencia de la 'realidad'.

Partiendo de esto, la decisión de prestar atención al discurso del paciente condiciona de una determinada forma la relación psicoterapéutica. Consecuentemente el terapeuta va a adoptar una actitud de escucha muy centrada en la exposición del paciente como muestra parcial y no como una 'realidad' en sí. Cada vez que, como terapeutas, elegimos dónde mirar y la información que queremos extraer, dejamos que el futuro, anticipado por nuestras actitudes y metas, nos guíe.

Para adoptar esta actitud hemos de asumir, desde un principio, que va a haber una relación determinada (hay correspondencia pero no 'identidad') entre lo que el paciente manifiesta y lo que el paciente experimenta. De lo contrario no tendría mucho sentido el entablar ningún tipo de conversación entre terapeuta y paciente.



Tal y como Korzybski (1937, pg. 9) recomendaba: "Les aconsejo que presten atención a los asuntos lingüísticos. Algunos términos no acarrearán grandes consecuencias pero otros en cambio si lo hacen". En esta sugerencia se está planteando que por parte del terapeuta exista la sensibilidad a las consecuencias que comporta la estructura del discurso del paciente en relación con la experiencia que vive. Una opinión en la misma dirección podemos leerla en Selvini y cols. (1973, pg.61) cuando escribe: "como el pensamiento racional se plasma a través del lenguaje, conceptualizamos la 'realidad' (sea cual fuere) de acuerdo con el modelo lingüístico, que, entonces, pasa a ser para nosotros equivalente de la 'realidad'." También Vahinger (1913) nos llama la atención sobre este extremo cuando afirma que el pensamiento depende del lenguaje, y el lenguaje está lleno de falsedades.

Exponemos a continuación algunos ejemplos que muestran cómo la paciente con sus expresiones daba claves que le permitían al terapeuta tener una mejor comprensión de cómo, a través de la configuración que aquella hacía de su experiencia, llegaba a verse sumergida en un conflicto aparentemente sin solución. Veamos algunas:

P > "Soy así."

(La idea de ser de una determinada manera, que a menudo no se clarifica, muestra la convicción de la invariabilidad de las actitudes y comportamientos. A este respecto la flexibilidad como un objetivo interesante hacia el que debería apuntar la terapia.)

P > "No entiendo como me pudo tratar así."

(Mientras la paciente trataba de entender por qué la otra persona actuó como actuó, se estaba olvidando de concentrar el foco de su conciencia y de su capacidad de análisis sobre el área en la que podía haber aumentado la comprensión de su estado que era ella misma.)

P > "Lo que me pasa no tiene solución."

(Las expresiones de este tipo le permiten al terapeuta descubrir que se está limitando la posibilidad de encontrar alternativas en dos direcciones:

a) Lo que la paciente vive es evaluado como algo que le sucede, no algo en lo que ella interviene para vivirlo de esa manera. Con este planteamiento parece imposible hacer algo para cambiar.

b) Difícil va a ser que la paciente efectúe alguna acción para solucionar lo que no tiene solución.)

### **3.1. Primacía del lenguaje.**

En la práctica totalidad de las modalidades de terapia el lenguaje verbal juega un papel predominante, esto hace que el lenguaje tenga un papel fundamental como vía para que el terapeuta pueda conocer y captar lo que el paciente experimenta.

Cualquier expresión puede ser vista, en el contexto terapéutico, como conteniendo una teoría implícita o explícita (Bois, 1957), por lo que en cierto modo cada expresión del paciente supone una información adicional que la contenida en el mensaje. "El mundo aparece ante la persona como un flujo caleidoscópico de impresiones que necesita ser organizado por nuestras mentes, lo que efectuamos a través de nuestros sistemas lingüísticos. Nosotros dividimos y organizamos la naturaleza en conceptos y categorías que nos son propias" (Whorf citado por Hall, 1959, pg. 123). No existe una objetividad total en ningún mensaje, ni del paciente ni del terapeuta (Cencillo, 1973). Si el paciente fuera capaz de expresar de forma clara y comprensible para sí lo que le sucede no llegaría nunca a la condición de paciente porque encontraría por sí mismo las soluciones a los conflictos que experimenta (Mariva, 1992).

Dado que en toda relación terapéutica el componente intercambio verbal es, generalmente, el de mayor presencia, las relaciones interpersonales entre terapeuta y paciente van a estar marcadas en una gran parte por el componente de expresión verbal. El lenguaje al operar por encima de nuestro nivel cotidiano de conciencia, estructura nuestro pensamiento (Segal, 1986). Cada vez encontramos mas evidencias que nos confirman que el ser humano no tiene contacto directo con su entorno como tal, sino que al contactar lo hace por medio de una serie de pautas que canalizan sus sentidos y sus pensamientos dando lugar a que reaccione de una determinada manera (Frinder y Bandler, 1976; Hall, 1959 )

No nos estamos olvidando aquí de los elementos 'analógicos' de la comunicación, puesto que sabemos, como sostenía Merleau-Ponty (1968), que el cuerpo es el portador de un número indefinido de sistemas simbólicos cuyo desarrollo intrínseco excede la significación de los gestos. Todo esto podemos observarlo en la medida en que incorporemos una buena dosis de focalización en lo que podemos denominar la fenomenología de la relación. Como bien señala Binswanger (1961, pg 35): "Lo esencial en la observación fenomenológica reside en que nunca se advierte un fenómeno aislado, sino que se refleja el fenómeno en un fondo de un yo, de una persona expresado de otro modo". Nosotros vamos a centrar nuestra atención ahora en el plano de la expresión verbal del paciente. Lo que sostenemos es que todo quehacer humano ocurre en el conversar, y que todas las actividades humanas se dan como distintos sistemas de conversaciones (Maturana citado por Eisler, 1987).

La evaluación de nuestro estar en el mundo siempre está impregnado de algo de nosotros mismos. Las cosas significativas lo son para alguien. Ese alguien está llevando a cabo un proceso cognoscitivo por medio de su actividad. Como podemos considerar al lenguaje que usa cualquier persona como un sistema, podemos ver en él el conjunto de teorías que implican un método común de pensamiento acerca del mundo y de sí misma (Bois, 1957).

**En este punto vamos a citar un ejemplo de la incoherencia del lenguaje por encima del nivel cotidiano de conciencia. En las dos expresiones que reproducimos vemos cómo la paciente plantea dos cuestiones contradictorias, sin embargo, ambas son evaluadas como posibles:**

**P > "Mi situación no tiene solución"**

**P > "He venido para que me ayudes a salir de esta situación."**

**Con estas dos frases podemos comprobar cómo el lenguaje permite sostener posiciones que parecen excluirse entre sí sin que la mayoría de las veces el hablante tenga la conciencia de contradecirse.**

### 3.2. Detección del tipo de lenguaje del paciente.

Partiendo de lo que ya sabemos, el paciente va a expresar una serie de palabras que son una abstracción de su experiencia, y al mismo tiempo está incidiendo en cuál va ser su experiencia de la 'realidad'. La toma en consideración del discurso no sólo como una fuente de información del 'qué' de su contenido, sino del 'como' de su elaboración, va a permitir al terapeuta observar en el lenguaje claves muy útiles para optimizar el contacto con el paciente a lo largo del proceso terapéutico, (Watzlawick, 1977).

El terapeuta va a tener en las expresiones del paciente una constatación para comprobar hasta qué punto, el paciente hace del lenguaje un instrumento útil, en el sentido en que Bois (1957) nos propone.

En la medida que el discurso del paciente se adapte a estas características aumentará la posibilidad de acercar su expresión a la experiencia a que se refiere.

Las características que en este sentido vamos a analizar las hemos escrito en cursiva y los riesgos que supone no incorporarlas al discurso los hemos escrito en letra normal para poder plasmar de formar más clara la diferencia entre ambas.

*1) El lenguaje es el instrumento que usamos para efectuar la mayoría de nuestros pensamientos. Puede ser descrito como hablarnos a nosotros mismos.*

El paciente al exponer sus problemática puede estar olvidándose que por medio de su discurso se está dando una retroalimentación respecto de cómo vive y favorece así su autoconvicción. Por ejemplo: «No sabré como resolver mi problema.»

*2) Un lenguaje rico y flexible hace al pensamiento rico y flexible.*

La rigidez de sus expresiones (la utilización de cuantificadores

universales del tipo 'todo', 'nada', 'siempre', etc...) impiden el establecimiento de los matices y la variabilidad que permitan captar y expresar la diversidad de matices que componen la experiencia humana. Por ejemplo: «No hago 'nada bien.»

*3) El lenguaje y el pensador forman una unidad de pensamiento, en la que cada elemento ayuda y limita las actividades de los otros.*

A veces, en su discurso, el paciente parece estar hablando de algo que no le concierne a él en absoluto y favorece así una fantasía de división que le impide llegar a darse en cuenta de la profundidad de su implicación en la experiencia. Por ejemplo cuando contando algo que experimenta el paciente utiliza la forma en segunda persona y dice: "A veces te encuentras con situaciones que te desborda.", cuando lo que correspondería decir sería : "A veces me encuentro con situaciones que me desbordan".

*4) El lenguaje está organizado como un sistema en virtud de sus reglas de sintaxis y lanza fuera de nuestra unidad de pensamiento (es decir, fuera del funcionamiento del cerebro) todas las afirmaciones/experiencias inconsistentes con ese sistema.*

La sensación de que el lenguaje tiene entidad en sí misma permite, al paciente, al exponer su situación problemática, sentir que puede exponer de forma 'objetiva' y 'correcta' lo que le pasa, favoreciendo así la idea de que hay un modo de hacer las cosas 'bien'. Por ejemplo cuando el paciente demanda : "Lo que yo tengo es una 'depresión' ¿verdad?" , otra frase muy común es: "Hay algo que debo estar haciendo 'mal'",

*5) Si nosotros conseguimos darnos cuenta de las limitaciones de nuestro lenguaje, podemos reconocer las limitaciones que nos imponemos a nuestro cerebro.*

Como no llega a ser consciente de la implicación que tiene el lenguaje en la configuración de la experiencia a través del uso que hace de él, no puede darse cuenta de las limitaciones que le supone al conceptualizar su experiencia problemática ni de cómo

construye el rango de alternativas que va a tener a su alcance. Baste como ejemplo la ausencia de detalles en frases como: «Siempre he sido 'ansioso'.»

*b) Si expulsamos las limitaciones de nuestro lenguaje (mediante la optimización de la gama de variabilidad del instrumento y del funcionamiento), podemos incrementar la capacidad de nuestro cerebro.*

En la medida en que van apareciendo contenidas en el discurso expresiones superadoras de las limitaciones del lenguaje ( por ejemplo, términos que se centran en el proceso, en la variabilidad, en la flexibilidad, etc...) la experiencia comienza a cobrar riqueza de matices y la narración de ella también. Por ejemplo: «Por el momento no encuentro otro modo de resolver este problema.»

**En el discurso de la paciente los rasgos mas destacables que se podían detectar eran:**

**a) Como ejemplo de lo señalado en el punto 1 de este apartado: Marcada presencia de expresiones que indicaban la abundancia de diálogo interno, tales como: “Me digo...”, “Me planteo...”, “Me prometo...”, “Me descubro...”, etc...**

**b) Como ejemplo de lo señalado en el punto 2 de este apartado: La rigidez y la pobreza de matices eran notables en diferentes momentos de su narración, especialmente en lo que hacía referencia a lo que para ella suponía su situación de conflicto. Algunos términos que sostienen esta afirmación son: “Las cosas son siempre igual.”, “No puedo hacer otra cosa.”, “Me tenía que pasar a mí.”**

**c) Como ejemplo de lo señalado en el punto 3 de este apartado: Resultaba difícil para el terapeuta descubrir algún destello de esperanza en un discurso en el que todo aparecía como seguro e inevitable. Palabras como: “Nada sirve.”, “Nunca podré volver a ser yo misma.”, eran muestras palpables de la desesperanza que impregnaba la evaluación de su experiencia.**



d) Como ejemplo de lo señalado en el punto 4 de este apartado: Al sentir que ella no era la responsable de su dolor, sus expresiones confirmaban una y otra vez esa hipótesis. Frases del tipo: "Me ha truncado mi vida.", "Me ha hecho una desgraciada.", "Es el causante de todos mis problemas.", nos enseñan de forma nítida el modo en que se mantenía en su criterio de responsabilizar al otro.

e) Como ejemplo de lo señalado en el punto 5 de este apartado: A la paciente le resultaba, en ese momento de la terapia, casi imposible poder darse cuenta de cómo su propio discurso le dificultaba tomar conciencia de la forma de introducir cambios en su experiencia. Una frase muy gráfica en relación a este punto era: "Te cuento las cosas como son."

f) Como ejemplo de lo señalado en el punto 6 de este apartado: Las expresiones que ejemplificarían este punto se comenzaron a producir en un periodo más avanzado de la terapia

### 3.3. Conclusiones que se desprenden.

Como estamos convencidos de que, al elaborar un discurso, cada uno de nosotros elegimos las expresiones que mejor reflejan la experiencia, al menos así lo sentimos, podemos conceptualizar el discurso del paciente como la puesta en palabras de su intento de hacer saber qué experimenta.

Paradójicamente esas expresiones dan una imagen a los demás, solo si estos son sensibles a la información, de cómo construimos nuestra experiencia. Si al prestar atención a las expresiones del paciente tenemos en cuenta el proceso de **Identificación** no confundiremos el mensaje que percibimos con lo que siente el que lo emite.

Es posible concluir entonces que la «experiencia del lenguaje» hay que considerarla como una especie de 'filtro', el cual, dependiendo del uso que hagamos de él, nos posibilitará una vivencia con un mayor o menor nivel de contacto con nuestro aquí y ahora. Esta experiencia va a necesitar, para que pueda ser de utilidad al ser humano, un «darse cuenta» no sólo del tipo de

palabras (lenguaje digital) sino del modo y contexto en que son utilizadas (lenguaje analógico).

En ese sentido es en el que cobra todo su significado el título de este apartado. El terapeuta podrá encontrar muchas claves en las expresiones del paciente pero para ello ha de adoptar una actitud flexible que le permita participar en la construcción de un discurso compartido con el paciente.

Podemos afirmar, sin ningún género de dudas que en el discurso presente del paciente están reflejados su pasado y su futuro. Los modos cómo recupera las experiencias pasadas, en cómo siente las experiencias presentes y en cómo imagina sus experiencias futuras están recogidos en su discurso. La clave para el terapeuta esté en saberlo escuchar y para el paciente en darse cuenta de lo que está diciendo.

#### **4) Qué percibe el terapeuta y qué no como expresión de su propio mapa.**

Al igual que cuando hablamos hacemos patente nuestra experiencia del mundo, o mejor dicho expresamos cómo la construimos, cuando escuchamos, ese mismo modo de construir la 'realidad' supone un filtro. Esto tiene validez tanto para el terapeuta como para el paciente. Si el terapeuta quiere llegar a hacerse una idea mínimamente aproximada de lo que significa para el paciente lo que éste le expresa debe ser capaz de captar las diferencias individuales y respetar las diversas personalidades, debe comprender que el mundo no está constituido por una sola clase de personas (Maslow y Mittlemann, 1965). Una vía que le va servir de ayuda es la de tener en cuenta los tres *principios básicos* de la percepción (Potter, 1974; Levinson, 1980):

1) Nosotros tendemos a percibir aquello que esperamos.

2) Nosotros tendemos a percibir lo que consideramos apropiado en cada momento.



3) Nosotros tendemos a percibirlo que nuestro marco de referencia (background) nos permite percibir.

Como ya hemos dicho anteriormente el terapeuta es un observador participante en el proceso terapéutico. Como el diagnóstico humano depende de la interacción humana y ésta no puede observarse en una pantalla o a través de la lente de una cámara sino que debe percibirse en la verdadera experiencia participativa (Bateson, 1991), va a ser en ese contexto donde hemos de tomar en consideración las conclusiones hacia las que tendamos.

También hemos de tener en cuenta que el terapeuta, con su presencia, comunica algo. Cuando escucha lo que el paciente expresa lo hace desde su posición en el mundo y en ese momento en el contexto de la sesión. Si no tiene en cuenta el papel que juega su experiencia/modelo del mundo puede creer que aquello que escucha es lo 'mismo' que el paciente dice.

La propia actitud del terapeuta, por más entrenado que esté o precisamente por eso, hace que atienda a una serie de aspectos del discurso del paciente y deje fuera de su atención otros (Castilla del Pino, 1969). Esto siempre supone un juicio sobre la importancia de lo que se observa y la relevancia de este juicio es estrictamente personal, y puede no estar basada en la percepción de los hechos, ni en el razonamiento lógico, sino en un hábito mecánico de pensamiento y comunicación (Bohm, 1977). Los terapeutas estamos encajonados en la extraña posición de tener que deducir la imagen del hombre 'normal' y 'saludable' a partir de la enfermedad y la neurosis que observamos en nuestros pacientes (May, 1967). Esto suele conducirnos a mirar más atentamente lo patológico que lo saludable.

Congruentemente con lo que defendemos en esta tesis, salvo que el terapeuta adivine o efectúe una 'proyección', lo único que puede observar directamente es lo obvio del discurso y la acción del paciente. Lo que sucede es que mientras los gestos son obvios<sup>35</sup>,

---

<sup>35</sup> Lo que no es obvio, en la medida que supone una acción por parte del observador, es el signifiacato del gesto o gestos en los que centramos nuestra atención. Lo más útil de cara a disminuir las distorsiones es que adoptemos una actitud de descripción respecto de ellos.

en las palabras siempre corremos el riesgo de añadir, quitar o cambiar algo de lo que nos es dicho. Cuando el terapeuta trata de llegar a tomar conciencia de la experiencia del paciente debe tener en cuenta que la experiencia es algo que se proyecta en el mundo exterior y es algo que está formalmente determinado por la cultura de quien la vive (Hall, 1959).

Para que la relación terapéutica sea fructífera ha de haber una concordancia entre lo que el paciente valora como importante y aquello a lo que el terapeuta presta atención. Ya hemos hecho alusión a este punto en el apartado del 'contacto' terapeuta paciente. Sin embargo si solamente se experimenta la concordancia puede suceder una disminución en la eficacia terapéutica.

A veces el terapeuta puede caer en la tendencia de ser más sensible a unos aspectos del paciente que a otros, debido a que los terapeutas han desarrollado un sofisticado conjunto de criterios para identificar y caracterizar la enfermedad mental, no poseen un conjunto de criterios adecuados ni para identificar la 'salud mental ideal' o para medir el grado de avance que ha logrado un paciente. Para los terapeutas la 'patología' es algo fácil de analizar, pero la salud es algo mucho más complicado (Bateson, 1991). Los terapeutas tiene poca preparación cuando se trata de saber qué aspecto tiene la mejoría de un paciente (Johnson, 1988).

**Las dificultades que para el terapeuta podía tener en cuanto a percibir la suficiente información como para hacerse una idea lo más aproximada posible de experiencia que la paciente relataba, la configuración que él realizaba podemos resumirlas, en el caso que nos ocupa en los siguientes puntos:**

**a) La profesión de psicoterapeuta favorecía la tendencia a escuchar el discurso de la paciente desde la posición de estar atendiendo a la exposición de una experiencia conflictiva.**

**b) El haber sido remitida la paciente por una amiga que le había comentado la utilidad de concertar una cita con el terapeuta le suponía, en algunos momentos una cierta autoexigencia a tener que hacerlo lo mejor**

posible, que iba más allá de la actitud de atención que mantenía en las primeras entrevistas.

c) El que la paciente hubiera acudido a la primera sesión acompañada de su madre fue evaluado por el terapeuta como una muestra de dependencia materna que luego no fué tan patente. En este punto el terapeuta confundió lo 'obvio', que la paciente venía acompañada de su madre, con lo 'imaginado' que tenía una fuerte dependencia de ella.

#### 4.1. Sesgo que conlleva el enfoque terapéutico al que el terapeuta pertenece.

Resulta interesante que nos detengamos a analizar cómo incide en la capacidad de percepción del terapeuta el enfoque terapéutico al que pertenece. Si el terapeuta es capaz de clarificar su orientación y discriminar los 'ruidos' de las palabras, se le aclararán muchas de las dificultades (Korzybski, 1937).

Anteriormente ya hemos hablado de las actitudes que se le demandan al paciente según sea el enfoque del terapeuta. Lo cual ha de ser permanentemente vigilado en la medida en que pueda suponer una dificultad, como ya hemos mencionado, para el establecimiento y mantenimiento de una relación terapéutica fructífera. En algunas aportaciones (Weinberg, 1959), podemos también encontrar la tendencia, inconsciente en algunos casos, de los terapeutas a aceptar como pacientes a aquellos que mejor encajan con su enfoque terapéutico, y hasta personal podríamos decir.

El terapeuta ha de tener conciencia que con su propio enfoque adopta una perspectiva determinada sobre una red de complejísimo hilos que mueven al mismo tiempo muchísimas 'cosas' que no se tienen a la vista (Kriz, 1985).

Que el terapeuta se centre más en las conductas que en los

sentimientos, que le dé mayor importancia a lo observable que a lo inferido, etc... es el fruto de su forma de conceptualizar y evaluar la realidad terapéutica. Lo que a menudo se olvida es que cualquier enfoque es un conocimiento parcial y limitado de una 'realidad' siempre más rica y compleja (Weinberg, 1959). Recordemos que toda teoría conlleva un lenguaje de estructura especial (Korzybski, 1937), y que el lenguaje condiciona el proceso de percepción (Korzybski, 1951; Selvini y cols. 1973).

Todo enfoque terapéutico conlleva una serie de presupuestos que actúan como cauces para la percepción y la evaluación de la experiencia en la sesión terapéutica (Fadiman y Framger, 1976). Si el terapeuta es consciente no confundirá el todo con las partes, no identificará a la visión parcial que le proporciona su epistemología con otras visiones que pueden adoptarse a lo largo de los encuentros con el paciente. Por ejemplo un conflicto o experiencia problemática puede ser visto desde el 'modelo conductual' como una consecuencia de un aprendizaje inadecuado, desde el enfoque existencial como la incapacidad de conectar con las necesidades del 'aquí y ahora', desde el psicoanálisis como un trauma anterior no resuelto, etc...

May (1967) comenta dos facetas de la visión que tiene el terapeuta del paciente. De un lado ve al paciente como 'objeto' cuando lo que atiende son sus pautas, dinámica personal y otros aspectos de su conducta y por otra parte como 'sujeto' cuando siente empatía hacia el sufrimiento del paciente e imagina ver el mundo con los ojos de éste. El terapeuta puede comprobar también cuál de las dos facetas es la que el paciente le está mostrando y experimentando según las expresiones que utiliza. Cuando se muestra como 'objeto' los verbos van a tener claras connotaciones 'objetivas' y externas, por ejemplo: «tener que», «deber», «hay que», etc... Cuando habla como 'sujeto' sus expresiones tienen un marcado carácter propio y 'subjetivo'.

Por más que el terapeuta disponga de una teoría acertada, no debe de olvidar que una buena teoría es una metáfora esclarecedora, con vida propia y con una relación con su sujeto (y

materia) que beneficia a terapeuta y paciente. Pero debemos recordar que cualquier teoría también trata de fijar el flujo de la vida con palabras inmutables, representando la realidad con construcciones mentales y sus relaciones (Latner, 1972). El terapeuta ha de ser capaz de poner en práctica, durante el proceso terapéutico, la recomendación del propio Freud (citado por Erdelyi, 1985): "siempre hemos de estar dispuestos a prescindir de nuestro armazón conceptual si creemos que podemos sustituirlo por algo que nos aproxime más a la realidad desconocida".

Muchas veces los terapeutas tienen restringida su capacidad de observación e intervención al estar cargados de clasificaciones que no son útiles (Hayakawa, 1953). Un terapeuta flexible responde a las preguntas de sus pacientes dando información suficiente para satisfacer, pero no tanta como para inquietar (Johnson, 1988). El terapeuta también está influido, lógicamente, en su pensamiento por el lenguaje de modo que si no está atento puede caer en el error de puntuar corrientes circulares de interacción en causalidades unidireccionales (Segal, 1986, Selvini y cols. 1973).

Si el terapeuta no es consciente de que está 'puntuando' (Bateson, 1972, 1991) los hechos de una manera personal puede caer en la **Identificación** entre lo que evalúa y lo que sucede. Esta posibilidad de 'puntuar' los hechos es un arma de doble filo, porque si bien puede ser útil, puesto que resulta más fácil observar lo que otros hacen en nuestra presencia cuando tenemos un esquema predeterminado para clasificar nuestras observaciones (Bois, 1957), también puede suponer una limitación en la medida que nos impide observar fuera de lo esperado, o de lo que es posible encuadrar dentro de nuestros esquemas o expectativas previas (Weinberg, 1959).

Las presuposiciones que están en la base de cada enfoque pueden impedirle al terapeuta un conocimiento de primera mano. Tengamos en cuenta que ninguna persona puede percibir dos aspectos de la 'realidad' al mismo tiempo, por consiguiente si desde el enfoque que utiliza el terapeuta se atiende más a la resistencia que a la cooperación o viceversa, una de las dos

facetas va a quedar fuera del foco de atención (De Shazer, 1982). Entre nosotros y 'las cosas como son' siempre hay, conviene que no lo olvidemos nunca, un filtro creativo (Bateson, 1991).

A veces la pertenencia o el uso rígido e inflexible de los postulados de un determinado enfoque terapéutico puede dar lugar a una confusión por parte del terapeuta. La confusión significa tanto un fallo en la comunicación como en la percepción. Aun más, para ser sensibles al hecho del incesante cambio y permitirnos a nosotros mismos comunicarnos libremente, la toma en consideración de este hecho es la única vía para una percepción clara y para una acción creativa y armoniosa (Bohm, 1970).

**La incidencia de lo aludido en este epígrafe respecto del caso que estamos reseñando podemos concretarla en algunos detalles que resumimos a continuación:**

**a) Uno de los sesgos más palpables es el de hacer especial hincapié en que la paciente conecte con los sentimientos y emociones que experimenta al narrar determinada experiencia conflictiva o problemática. En este caso supuso un cierto inconveniente en la medida en que la paciente no estaba muy acostumbrada a traducir a palabras sus sentimientos. De hecho ese fue uno de los cambios que dentro del proceso terapéutico fueron ostensibles.**

**b) El prestar atención al tipo de lenguaje que utilizaba la paciente, otro de los rasgos característicos del marco teórico del terapeuta, permitió comprobar que no habían excesivas discrepancias con el del terapeuta.**

**c) Aunque el discurso de la paciente no entraba en conflicto con el del terapeuta, sin embargo, en algunos momentos la tendencia del terapeuta a focalizar en el discurso como fuente fundamental de información supuso algún inconveniente. Llegó a dar excesiva importancia a expresiones de la paciente del tipo "Tu te encuentras en conflicto.", cuando se estaba refiriendo a sí misma.**

**d) La atención del terapeuta a la conducta no verbal de la paciente supuso, para ésta, algunas situaciones de confusión. Un ejemplo de ello fue**



cuando a la pregunta del terapeuta de: "¿Cómo calificarías la relación con tu novio hasta el momento de la ruptura?, la paciente respondió: "Muy buena." y al mismo tiempo hacía un movimiento negativo con la cabeza. Al señalar el terapeuta ambos aspectos, la paciente con cara de sorpresa dijo: "No me he dado cuenta, pero es verdad."

e) La convicción teórica del terapeuta de que la imposibilidad de resolver una situación se basa, fundamentalmente, en la incapacidad del paciente de tomar conciencia de cuáles son sus necesidades presentes y asumirlas, también comportó un sesgo en la medida en que la pregunta: "¿Cómo te sientes ahora? fue formulada en bastantes ocasiones.

f) Un sesgo positivo para el terapeuta fue la atención que a menudo prestaba respecto de confrontar en sí mismo y en la paciente las confusiones a que da lugar el proceso de Identificación. Es decir que en la medida en que la confusión era detectada por él podía reformular la expresión de manera que la paciente dispusiera de una oportunidad para decirlo de una forma distinta. Por ejemplo cuando de decía "Te encuentras en un conflicto..", el terapeuta preguntaba: "¿Yo?", la paciente solía corregir diciendo: "Cuando me encuentro en un conflicto.", con una expresión más congruente.

#### **4.2. El modo en que el terapeuta conceptualiza el problema que expresa el paciente, una forma de ver.**

Dentro de este apartado tenemos que hacer mención de lo relacionado con el modo en que el terapeuta conceptualiza el problema que el paciente le presenta. Si el terapeuta parte de los planteamientos que hace la Semántica General, necesariamente, va a eludir la utilización del diagnóstico como etiqueta estática. Otra de las cuestiones que evitará con toda seguridad será la de centrar su atención y análisis del paciente sin prestar la valoración y descripción que éste hace del entorno y del ambiente en el que vive. Esto le llevará a incluirse en determinados momentos a él mismo como parte del ambiente en el que el paciente experimenta lo que experimenta.

Teniendo esto en cuenta la valoración que el terapeuta llevará a cabo supondrá una consideración de lo expuesto y de sus conclusiones como algo que no es estático y que en cada momento tendrá que ser sometido a revisión y cuestionamiento. La sensibilidad del terapeuta y una constante reevaluación de lo que está observando parecen ser cualidades que redundarán en favor de la calidad de la terapia (Garfield, 1995).

Hemos de recordar que según sea la forma en que un terapeuta define un problema está también definiendo las vías y los modos de encaminarse hacia una solución. El modo en que el terapeuta clasifica y define un problema puede suponer una cristalización del mismo (Haley, 1976). Es fundamental para el terapeuta tener la capacidad de crear en el ámbito de la sesión terapéutica, contextos que trasciendan su propia conceptualización y que sirvan para favorecer un 'marco'<sup>36</sup> adecuado de experiencia para el paciente (Keeney, 1990).

**Desde la perspectiva del terapeuta la conceptualización del problema que la paciente exponía podía ser vista como:**

**a) Una situación en la que de forma inesperada saltan por el aire una serie de seguridades basadas en creencias mas que en hechos.**

**b) El dolor que para ella supone la ruptura le resulta inadsimilable, por lo que trata de descargar una parte de él por medio de la culpabilización del otro.**

**c) La autoimagen y autoconcepto de la paciente estaban bastante deteriorados lo cual, unido al episodio de la ruptura favorecen un derrumbamiento de la autoestima.**

**d) Como no experimentaba la sensación de ser una persona con recursos, la ruptura le supone una catástrofe en la medida en que pierde el apoyo que para ella suponía su compañero.**

<sup>36</sup> Este término lo utilizamos en el sentido que le da Keeney (1990, pag. 54) cuando escribe: «Un marco indica los contextos que cliente y terapeuta se brindan uno al otro.»



e) En esta ocasión la búsqueda de una justicia exterior a ella que de alguna manera mitigara su dolor, contribuía a dificultar sobremanera la asunción de responsabilidades que incidieran directamente en la experiencia de dolor y abandono que estaba pasando.

En la medida en que el terapeuta pueda incorporar estos criterios va a tener la suficiente variedad y flexibilidad en sus planteamientos y en sus actitudes como para poder llevar a cabo una intervención que surta efectos positivos en el proceso terapéutico que comparte con el paciente. El terapeuta no debería aferrarse a una formulación rígida derivada de sus teorías o de su evaluación del paciente, ya que esto podría dar lugar a sentimientos de frustración tanto por parte del paciente como del terapeuta (Garfield, 1995)

Tal vez la conclusión más importante que me gustaría señalar en este punto es la de que si el terapeuta quiere ser útil en su labor ha de recordar que hay siempre un 'algo' que puede suponer una distorsión en los efectos que él intuye que va tener su intervención (Selvini y cols. 1973).

#### **5) Tareas fundamentales que el terapeuta ha de llevar a cabo.**

El terapeuta tiene que llevar a cabo cinco tareas fundamentales en la fase inicial del proceso terapéutico (U'Ren, 1980). Tomando en cuenta la confrontación del proceso de **Identificación** podemos observar que, en la medida en que pusiéramos en práctica las recomendaciones coherentes con dicha confrontación, cada una de estas tareas tendría que recoger algunas características específicas. Veamos cada tarea con los rasgos que la distinguirían:

1) *Establecer una relación de ayuda con el paciente*: La idea de relación de ayuda ha de estar basada en la co-creación del tipo de relación. Esto permite prevenir el que el terapeuta se dedique a hacerle hacer ejercicios al paciente, trate de convencerlo de determinadas ideas, trate de atraerlo al mundo 'correcto y verdadero' y que se confunda la idea de manipulación con la de curación (Bateson, 1991).

2) *Ha de comprender la situación del paciente intelectual y emocionalmente*: En esta tarea la aportación de confrontar el proceso de **Identificación** la podemos encontrar en que como no hay una visión, por parte del terapeuta, de creer que es posible comprender la 'totalidad' de la experiencia del paciente, siempre va a haber una actitud de 'escucha y atención' encaminada a aumentar la comprensión. Al estar en esta actitud el terapeuta está enviando mensajes de reconocimiento al paciente, lo que le va a permitir a éste arriesgar se más en su investigación.

3) *Ha de ayudar al paciente a definir el problema de un modo concreto y específico*: De hecho, definir el problema es, generalmente, el primer paso en la resolución. La distinción entre evaluación y experiencia, fruto de la confrontación del proceso de **Identificación**, dotan a la relación terapéutica de una manera de definir los problemas, en la cual terapeuta y paciente son dos seres que dotan de significado el discurso del 'otro' y en ese dar significado contribuyen a la definición de la experiencia (Shotter, 1993). Definir una situación, si el terapeuta es congruente con las posiciones que defendemos a lo largo de esta tesis, será siempre una acción de co-elaboración y, por tanto, de expresión de un fluir en el que cada definición es aportada y valorada como un peldaño transitorio y provisional en el camino del auto-conocimiento y la resolución de conflictos.

4) *Tiene que ser capaz de evaluar las afirmaciones y los argumentos del paciente tan ampliamente como los problemas*: Ya hemos hecho alusión al peligro que supone la tendencia, debido en gran parte a su formación, del terapeuta a centrarse más en lo patológico que lo saludable (Bateson, 1991; Weinberg, 1959) Como no parte de la situación de saber con seguridad lo que le pasa al paciente, y menos todavía de tomar sus expresiones como la totalidad de lo que experimenta, el terapeuta va a escuchar el discurso de aquél como una muestra de los recursos, hipótesis, creencias, etc... en los que basa su vida. Partiendo de esa base, y en cierto modo a diferencia de muchas otras situaciones de la vida de las personas, «todo lo que el paciente diga durante la sesión podrá ser usado a su favor».

5) *Debe saber cómo hacer algo acerca de los problemas que el paciente trae*: Si no sabe qué hacer, al menos debe saber dónde o a quién remitirlo. Hay una cuestión delicada en cuanto a los límites en los que la intervención del terapeuta que en esta tarea cobra toda su intensidad. Si el terapeuta no cae en la **Identificación** será consciente que lo que él sabe, lo que él conoce es fruto de su experiencia y su elaboración, por lo tanto un instrumento a la disposición del paciente y en aras a la buena marcha del proceso terapéutico. Precisamente por éso estará prevenido contra la tentación de creer que es capaz de ayudar a 'todos' en 'todo'. No hay mejor 'seguro' para un paciente que el sentirse frente a un ser humano que no está exento de limitaciones que además no las niega. Un exceso de seguridad es una fuente indudable de peligros (Ellerbroek, 1980). De ésto podemos concluir que siempre tendrá el terapeuta el recurso de supervisar el caso o remitirlo a otro colega que el considere más idóneo. El terapeuta no 'identificará' su deseo de ayudar con su capacidad de hacerlo.

**En este apartado reseñamos ejemplos de cada uno de los puntos en los que consideramos que se concretaron las tareas fundamentales del terapeuta:**

**a) Establecer una relación de ayuda con el paciente. La actitud del terapeuta encaminada a favorecerlo se puede ejemplificar en la expresión verbal de su compromiso de ayudarlo a resolver la situación si la paciente asumía también el compromiso de aportar su 50% en la tarea.**

**b) Comprender la situación del paciente intelectual y emocionalmente. En este aspecto la alta coincidencia de los discursos que empleaban la paciente y el terapeuta fue de una ayuda inestimable. Por otra parte el enfoque al que el terapeuta pertenece le supuso una ventaja para captar los aspectos emocionales y llegar a una mayor comprensión. No quisiera dejar de señalar que las experiencias tanto en el plano profesional como vital del terapeuta supusieron también un apoyo a tener en cuenta.**

**c) Ayudar al paciente a definir el problema de un modo concreto y específico. En lo referente a esta tarea, baste poner como ejemplo el tema sobre el que versa la presente tesis para que se pueda concluir que fue uno de**

los de más fácil puesta en práctica para quien esto escribe.

d) Tiene que ser capaz de evaluar las afirmaciones y los argumentos del paciente tan ampliamente como los problemas. La confrontación del proceso de Identificación es uno de los mejores recursos para que el terapeuta pueda desarrollar esta tarea.

e) Debe saber cómo hacer algo acerca de los problemas que el paciente trae. Esta tarea se veía favorecida por la actitud del terapeuta de suponer modos alternativos a formular el problema que la paciente estaba exponiendo. Esto le permitía en muchas ocasiones cuestionar a la paciente sobre si habría alguna otra forma de conseguir los mismos objetivos pero de forma diferente.

#### 6) Dificultades para la comunicación Terapeuta-Paciente si no se toma en consideración el proceso de Identificación.

Como en toda relación interpersonal, en la psicoterapia en mayor medida, la comunicación puede ser vista como un juego en el que hablante y oyente combaten contra las fuerzas de la confusión (Johnson, 1972).

La tendencia a confundir la conceptualización de las experiencias internas con la realidad exterior, que es la base del proceso de **Identificación**, van a suponer un obstáculo de indudable consideración en la calidad de la comunicación entre terapeuta y paciente. El dilema del paciente cuando acude a terapia es que tiene la capacidad de experimentar casi con la misma intensidad el sentirse 'sujeto agente' de la experiencia que vive y también experimenta el ser el 'sujeto paciente' u 'objeto' sobre el que recaen las consecuencias. Esto nos aporta más luz, si cabe, sobre la dificultad, en ocasiones, de que lleguemos a detectar la presencia del proceso de **Identificación**

El paciente va a considerar la sensación que experimenta al escuchar un determinado comentario del terapeuta como el

efecto causado por esas palabras. Es decir la causa de lo que siente, sea calma o inquietud, son las palabras del terapeuta. En este sentido ignora que por medio de las palabras no se llega a la experiencia misma, si sólo queda en ellas (Sullivan, 1974).

Dado lo asimétrico de la situación, las palabras del terapeuta tienen un peso mucho mayor para el paciente de lo que tendrían dichas por otra persona o en otro contexto. Entre los terapeutas, es un criterio común que el paciente no puede ir más lejos que el terapeuta. Los pacientes deben tener en cuenta que los terapeutas son también personas, y tienen áreas vulnerables, áreas que no encaran bien, en la terapia de sus pacientes (Johnson, 1988).

El terapeuta si no es consciente de que tanto él como el paciente corren el riesgo de estar 'identificando', puede caer en la tentación de confundir lo que siente al escucharlo como originado por el discurso del paciente.

En términos generales el proceso de **Identificación** supone una barrera en la comunicación en la medida que favorece la confusión entre lo que se siente y lo que se observa, se dice o escucha. Si tenemos en cuenta la incidencia de dicho proceso seremos capaces, los terapeutas, de entender lo que el paciente refiere como un abstracción más que como un hecho observable y no confundiremos lo literal con lo figurado (Erdely, 1985). En correspondencia con la capacidad del terapeuta para discernir entre lo obvio y lo imaginado, el paciente podrá ir desarrollando esa misma capacidad.

Mientras que el paciente no va a estar, al menos en los comienzos de la terapia, en disposición de tomar conciencia de cuándo y ante qué pone en marcha el proceso de **Identificación**, el terapeuta si está entrenado para ello, sí que lo puede hacer. Esto supone un beneficio para la calidad de la relación terapéutica, puesto que en todo momento va a haber uno de los componentes que va a poder hacer referencia, y por tanto poner de manifiesto las confusiones fruto del proceso de **Identificación**.

Tener capacidad de detectar el proceso de **Identificación** va a permitir al terapeuta escuchar de una forma especial. No va a tomar como verdades indiscutibles e indudables las palabras del paciente. Mas bien va a estar escuchando más allá. Tomará las palabras como una representación, como un mapa de un territorio desconocido para él y no del todo conocido para el paciente.

Escuchar significa tratar de ver el problema de la manera lo más cercana posible a la que lo ve el que habla (Hayakawa, 1953). En cierto modo se trataría de lograr una combinación adecuada de la «apatía» freudiana (abstinencia, neutralidad y mucha frialdad), la «empatía» rogeriana (vibrar con el otro, «meterse en su lugar»), la «simpatía» gestáltica (relación auténtica «Yo-Tú» ( Buber, 1984) entre dos personas en la que cada una guarda su lugar) (Ginger y Ginger, 1987)<sup>37</sup>. Es decir alcanzar la distancia conveniente para ver, de modo que quien habla se sienta escuchado y el que escucha pueda hacerse una idea de cómo se sentiría en el lugar del otro.

El terapeuta tendrá a su disposición, desde esta situación, la posibilidad de entender lo que el paciente le dice con un nivel de mayor calidad en la comprensión. En la medida que no quede enganchado en las palabras como tales, va a poder ofrecer comentarios que le permitan al paciente llevar a cabo una investigación en sí mismo que favorezca la aparición de una saludable incertidumbre.

En la medida que las palabras del terapeuta sean una expresión congruente con lo que siente y tengan una estructura que esté acorde con la 'realidad' que están experimentando también van a ser un modelo para que el paciente pueda imitarlo (Véase en el Anexo B Ciclo de Comunicación Calibrada y Ciclo de Comunicación Retroalimentada).

---

<sup>37</sup> No estamos planteando aquí un simple 'eclecticismo', sino la parcialidad de los diferentes enfoques en cuanto al conjunto de campos en los que se centran. Creemos más bien que el hecho de que aportaciones como la confrontación del proceso de Identificación, como ya hemos dicho con anterioridad, se hagan en un plano que es útil a cualquier enfoque nos evitan entrar en la controvertida cuestión sobre la 'calidad' de los modelos.



Las dificultades en el plano de la comunicación terapeuta y paciente van a verse disminuidas si al menos desde la posición del terapeuta se produce un sistemático uso del lenguaje como instrumento enriquecedor de la comunicación (Bois, 1957), con una construcción semántica adecuada, la cual ha de incorporar inevitablemente una evitación de la confusión de los órdenes de abstracción y del proceso de **Identificación**.

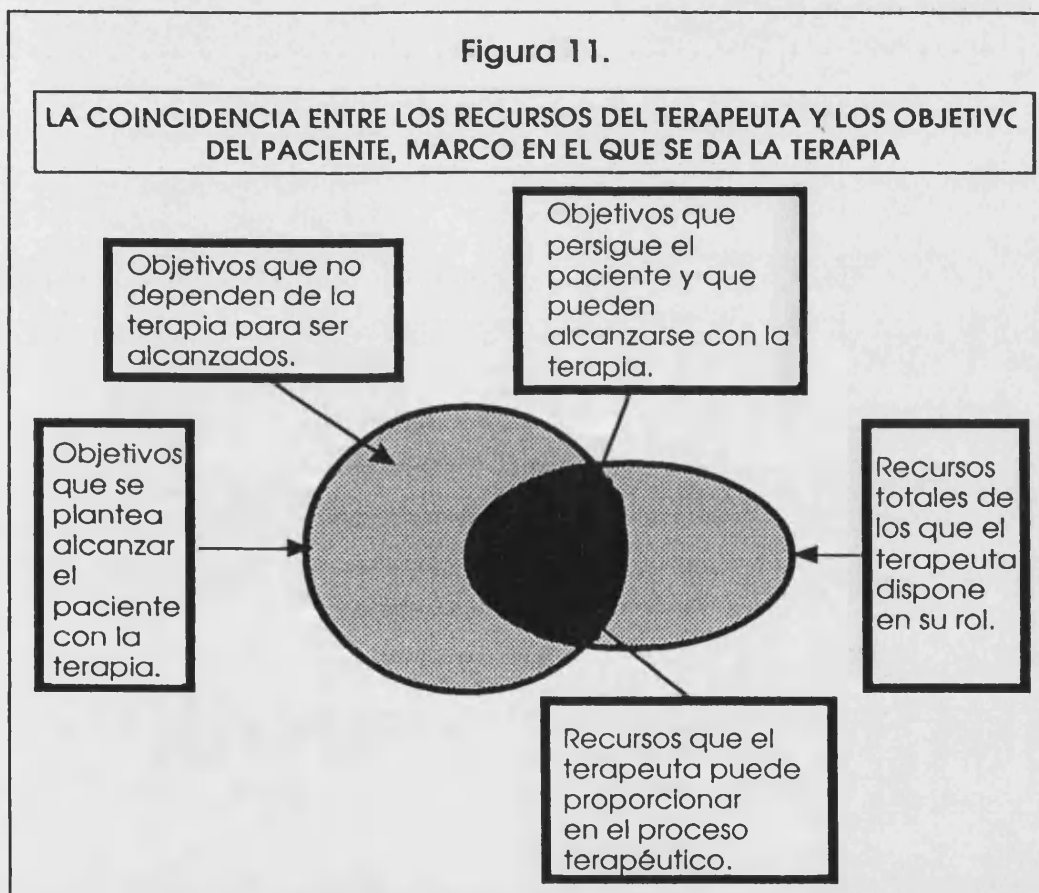
Cuando la paciente manifestaba sus deseos de no haber sufrido el abandono que ella definía como punto de partida de sus conflictos, lo cual era una muestra evidente del proceso de Identificación, estaba poniendo un serio obstáculo a la posibilidad de incluir en su discurso los detalles que le proporcionarían la sensación de poder llegar a una salida.

En ese mismo plano el terapeuta se encontraba con la dificultad de que al incluir en su discurso alguna referencia al papel protagonista de la paciente en su problema esto supusiera una ruptura o interrupción de la comunicación entre ambos.

Cuando la paciente ponía el acento en que lo doloroso de su conflicto se debía a una incapacidad personal, y por medio de esta aseveración llegaba a una conclusión de que ella 'era así', estaba dificultando la posibilidad de dialogar con ella desde la perspectiva de que su experiencia era algo variable y transitorio, y, por lo tanto modificable con su intervención.

**7) Los objetivos que persigue el paciente con la terapia, lo que el terapeuta le puede proporcionar, una clave del éxito terapéutico.**

La figura 11 nos muestra gráficamente la necesaria clarificación de la coincidencia entre las demandas y objetivos del paciente y lo que el terapeuta puede ofrecerle en base a sus recursos.



Dentro de este apartado vamos a entrar en el terreno de la clarificación de las metas de la terapia. La terapia consiste en ayudar a las personas a descubrir lo que quieren y ayudarles a obtenerlo (Klein, 1980). De forma general podemos afirmar que el objetivo de la terapia es el reconectar al paciente con la 'realidad' de su mundo de un modo no represivo ni alienante, sino auténticamente personal y libre (Bontrager, 1962; Cencillo, 1973), insiste en que las metas de la terapia hay que situarlas en el reestablecimiento de una actitud que favorezca la transformación del individuo para mantener en consonancia sus estados internos con las circunstancias en las que vive.



El establecimiento de unas metas que estén claramente definidas para terapeuta y paciente es en sí terapéutico. No debemos olvidar que uno de los riesgos más grandes del proceso terapéutico es el convertirlo en una especie de camino sin fin en el que se van abordando problemas y más problemas de modo que siempre queda algo por resolver (Freud, 1905). La tarea del terapeuta según Haley (1976), consiste en formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención. Congruentemente con nuestra propuesta las metas terapéuticas van a estar co-elaboradas entre paciente y terapeuta.

Es necesario considerar una visión general de qué es lo que caracteriza las intervenciones en el contexto del proceso terapéutico. Toda intervención psicoterapéutica no se dirige a transformar la situación exterior, a modificar las cosas, a los otros o a los acontecimientos, sino más bien a transformar la percepción interna que hace el paciente de los hechos, de sus interrelaciones y de sus múltiples significados posibles. Por lo tanto, el trabajo tiene como objetivo favorecer una experiencia personal nueva, una reelaboración del sistema individual de percepción y de representación mental de cada uno (Ginger y Ginger, 1987).

En el campo que pretende cubrir la presente tesis, la cuestión se centra en que cuando se lleva a cabo la concreción de los objetivos que se pretenden alcanzar con la terapia, se va a tener que hacer de un modo en el que se deje fuera el proceso de **Identificación**. Para que esto sea posible y la concreción de las metas no se convierta en una forma más de **Identificación** se las ha de dotar de un carácter dinámico, esto es, de proceso. Hay que dejar nítidamente patente que lo que se está proponiendo como objetivo terapéutico es algo que se refiere a un proceso, a un estado dinámico. También se ha de señalar y dejar claro el carácter de hipotético de las metas en la medida en que son un proyecto futuro y no observable en el presente.

Terapeuta y paciente van a tener que delimitar qué es lo que cae dentro del ámbito de lo modificable partiendo de las demandas y posibilidades del paciente. Qué pertenece al paciente y qué al

mundo. Intentar cambiar las condiciones exteriores sin previamente modificar el Yo interior es una lamentable pérdida de tiempo y energía (Howard, 1965).

Muchas veces al hablar acerca de los objetivos que el paciente pretende alcanzar podemos comprobar que aparecen cuatro *deseos*, que son una muestra de la incidencia del proceso de **Identificación**.

> Desea que exista una realidad 'independiente' de él en tanto que observador.

> Desea que la 'realidad' sea 'descubrible', que podamos acceder a ella.

> Desea que la 'realidad' cumpla unas normas que le permitan a él y a los demás hacerla 'predecible'.

> Desea una 'certeza' total acerca de lo que descubre de la 'realidad' (Segal, 1986).

En cierta forma va a ser la capacidad del terapeuta de seleccionar qué aspectos son los más importantes del discurso para en base a ellas ir concretando de forma clara las metas. Digamos, parafraseando a Pirsig (1974), que la diferencia entre un buen terapeuta y un mal terapeuta es la capacidad de seleccionar las 'buenas' metas y desechar las malas en base a la calidad.

Cuando el paciente expresa con sus propias palabras cuáles son los beneficios que espera alcanzar con la terapia ya está dando al terapeuta una información acerca de la fantasía de lo que él mismo considera como un estado ideal de sentirse bien. Como es conveniente que sea el paciente, no el terapeuta quien fije las metas de su terapia, es necesario que tengamos muy en cuenta que cuando una persona busca ayuda terapéutica, está siendo 'coherente' con su trayectoria y tradición vitales, (Efran y cols. 1990).

Uno de los riesgos más importantes en el proceso terapéutico estriba en la pérdida de vista de las metas de la terapia, o el inicio de esta con un objetivo sin clarificar suficientemente (O'Hanlon y Wiener-Davis, 1989).

**En este apartado, vamos a exponer algunos deseos que la paciente expresó a modo ejemplificación:**

> El deseo de que existiera una realidad 'independiente' de ella, pudiendo así mantener una posición de espectadora que le evitara el compromiso vital que ella consideraba excesivo. Como muestra baste mencionar: "Las cosas deberían ser de otra manera."

> El deseo que la 'realidad' fuera 'descubrible', de modo que ella pudiera llegar a descubrirla y por tanto, al entenderla desapareciera el conflicto. Un ejemplo de esto lo encontramos en expresiones del tipo: "Si yo lograra entender por qué él ha hecho lo que ha hecho seguro que no padecería."

> El deseo de que la 'realidad' cumpliera unas normas que le permitieran a ella hacerla 'predecible'. Este deseo lo encontramos en frases como: "El no actuó como debería." o "Yo no me imaginaba que iba a actuar como lo hizo."

> El deseo de alcanzar una 'certeza' total acerca de lo que descubría de la 'realidad', lo manifestaba la paciente en afirmaciones tales como: "Quiero estar segura de que nunca más me volverá a pasar lo mismo."

### **7.1. La búsqueda de metas 'utópicas', como una forma de entorpecer la consecución de metas 'posibles'.**

Una de las características más destacables en el proceso de clarificar las metas es que, a menudo, éstas se basan en una serie de fantasías acerca de un estado que no se ha experimentado más que momentáneamente, en el mejor de los casos, y que se pretende que sea permanente.

Estos intentos tienen su origen en la relación entre el sentimiento de la inferioridad y el 'ideal' de personalidad y se pueden hallar en

la mayoría de los tratamientos psicoterapéuticos (Adler, 1912).

Esta búsqueda de un estado permanente de bienestar es, en muchas ocasiones, una muestra más del proceso de **Identificación**. El paciente confunde lo que le gustaría sentir con lo que como persona en contacto con un ambiente siempre cambiante puede llegar a lograr. La gran mayoría de las perturbaciones neuróticas surgen de la incapacidad del individuo para encontrar y mantener el balance adecuado entre él mismo y el resto del mundo (Salama y Castanedo, 1991).

En Watzlawick y cols. (1974) encontramos una clara referencia a este intento fantasioso y alejado de las posibilidades de las que dispone la persona en lo relativo a las metas que se propone alcanzar. La tendencia a querer vivir en un mundo sin problemas hace que el ser humano crea que es posible solucionar conflictos que no tienen solución.

En la obra mencionada, Watzlawick hace referencia a cómo la tendencia al extremismo en la solución de los problemas humanos parece basarse en la creencia de que uno ha encontrado o puede encontrar la solución última y absoluta.

Esta creencia, que supone un ejemplo nítido del proceso de **Identificación** supone, en muchas ocasiones un impedimento para plantearse objetivos menos ambiciosos pero más alcanzables (Robert Ardrey citado por Watzlawick y cols. 1974 pg.71) es muy explícito cuando afirma: " Mientras perseguimos lo inalcanzable hacemos imposible lo realizable."

Como muestra palpable de lo que estamos planteando baste mencionar algunas de las frases que más a menudo se escuchan en esta fase de la terapia podemos señalar por ejemplo: «*No ponerme nervioso*», «*No sentir miedo*», «*Estar feliz*», etc... para describir las metas que se esperan con la terapia.

Este intento de alcanzar objetivos que se muestran como imposibles, algunos por los recursos de los que dispone el paciente,

otros porque encarnan tal cantidad de pensamiento fantástico que se requeriría por parte del paciente unos cambios fisiológicos que lo convertirían en un ente 'deshumanizado', implica una dispersión del ámbito y la dirección en cuanto a la aplicación de sus recursos personales. Es en este sentido en el que, para que el paciente pueda comenzar a recuperar la sensación de disponer de capacidades para desarrollarse como persona, han de elaborarse de forma cuidadosa los objetivos y metas del proceso terapéutico. La aceptación por parte del terapeuta de objetivos inalcanzables propuestos por el paciente puede convertirse en una fuente de decepción y frustración de este último. La distinción entre 'posible' e 'imposible' puede ser muy difícil en algunos momentos, sin embargo puede superarse por medio del establecimiento de pasos intermedios que sean compartidos por terapeuta y paciente como posibles.

El nivel de abstracción de las demandas nos demuestra que no tienen posibilidad de ser comprobadas en la práctica si no hay una mayor concreción de en qué situaciones espera que esto suceda. Esto hace que en la terapia, uno de los primeros pasos consiste en descubrir el papel que el paciente está desempeñando en su vida (Lowen, 1980).

Otra de las formas en las que puede ser interferido el establecimiento de las metas 'alcanzables' y que también es favorecida por el proceso de **Identificación** la encontramos en las premisas desde las que parte el paciente, a las cuales dota de un mayor nivel de 'realismo' que a aquello que puede ir comprobando que le sucede (Watzalwick, 1974).

La dificultad de este punto estriba en que no es posible alcanzar un nivel 'estable' de bienestar salvo que uno entre en un proceso de aislamiento del mundo que le rodea y permanezca en una especie de 'autismo' en el que sólo en su interior esté la fuente de lo que experimenta.

Cuando lo que pretende alcanzar el paciente es algo utópico se genera una situación en la que experimenta, de forma paradójica,

un desánimo y un fatalismo por lo inútil e infructuoso de sus intentos de cambio. Una forma de prevenir que la terapia se convierta en una forma de aumentar la patología es ceñirla a la consecución de metas 'alcanzables' y evitar así la búsqueda de soluciones milagrosas y estados idílicos.

**La paciente proporcionó muchos ejemplos en lo referente al contenido de este apartado. Veamos algunas frases que nos lo muestran lo 'utópico' de las metas:**

**P > "No quiero volver a sufrir nunca más."**

**P > "Una vez acabe la terapia seré capaz de enfrentarme a cualquier problema o conflicto sin dificultades."**

**P > "No sentir dolor cuando tenga un conflicto."**

**P > "Ser capaz de vivir la vida como la viven las personas que están bien."**

**P > "No depender de los demás para nada."**

**Fue precisamente partiendo de estas demandas, y favoreciendo una mayor concreción, desde donde se establecieron las metas alcanzables que aparecen reflejadas en el enmarcado siguiente.**

#### **8) Concreción de las metas terapéuticas y de las vías para alcanzarlas.**

Las metas terapéuticas requieren ser formuladas de forma que quede claro en qué consisten para el paciente y en qué forma sabrá que las ha alcanzado. Sea cual fuere la forma en que se manifiesta o se conceptualiza el problema y el método terapéutico, cada proceso terapéutico tiene que incluir una meta específica (De Shazer, 1982).

Dentro de los trabajos con Programación Neurolingüística se

hace especial hincapié en que el paciente describa qué es lo que tendrá que pasar o experimentar para que sepa que ha alcanzado la solución a un problema (Bandler y Grinder, 1976). Una de las cuestiones fundamentales en la determinación de las metas terapéuticas es que el paciente tenga una idea de cuáles son los efectos que esos cambios van a tener en las personas de su entorno y en él mismo de modo que no resulte 'peor el remedio que la enfermedad'.

Una de las cuestiones que hemos de tener muy presentes a la hora de concretar las metas terapéuticas es que su expresión esté hecha de forma afirmativa. No es posible plantear como meta un 'no sentimiento' o una 'no conducta' (Bateson, 1972) Es decir, que no puede ser una meta terapéutica «no sentir miedo», «no sentir tristeza», etc... esto sería un claro ejemplo del proceso de **Identificación** en la medida en que la persona está tratando de alcanzar un «no estado», lo cual sólo es posible como una expresión a nivel teórico y en un nivel muy alto de abstracción.

La forma en que se concretan las metas en terapia ha de recoger tres *criterios*:

1) No es suficiente aclarar cuáles son los síntomas que deben eliminarse; también hay que describir cuál es el funcionamiento positivo deseado.

2) Es preciso especificar cuáles son los sistemas interconectados y tratar de reducir al mínimo su desorganización.

3) Si la desorganización del sistema es inevitable, el terapeuta debe aclarar por qué valores opta (Fagan y Shepherd, 1970).

Para que las metas de la terapia puedan ser un objetivo alcanzable lo primero que hay que tener en cuenta es que han de referirse a algo que la persona que pretende alcanzarlas pueda experimentar con claridad. No solamente de forma que quede claro en qué consisten sino también el modo en que podrá detectarlas y sobre todo en qué parte son responsabilidad suya alcanzarlas. Si el paciente

plantea como objetivos el evitar el dolor y el sufrimiento, algunos autores recomiendan que sería mejor no iniciar la terapia (Scott Pack, 1978).

Hemos de ser especialmente cuidadosos a la hora de concretar puesto que, si como ya hemos dicho la **Identificación** consiste en confundir el interior de la persona con su entorno, en las metas terapéuticas pueden quedar plasmadas facetas respecto de las cuales el paciente no puede hacer nada. No es lo ideal para el ser humano, y además no le es posible conseguirlo, dejar de percibir o de sentir una situación en la que interviene, ni tampoco alcanzar una especie de 'autismo' por medio del cual no le resuena emocionalmente lo que experimenta (Cencillo, 1973).

Un buen ejemplo de esto lo podemos encontrar cuando el paciente dice que una de sus metas es que «no le molesten los comentarios que otros puedan hacer sobre él». Mientras que sí está al alcance suyo incidir sobre la reacción que va a tener a nivel de conducta, no lo está tanto la sensación que va a experimentar al escucharlos, y sobre todo lo que está fuera de su capacidad de control son los comentarios que hagan otras personas.

A través de la clarificación de quién tiene la responsabilidad a la hora de alcanzar las metas y de quién han de partir los cambios que hagan posible el alcanzarlas, podemos comprobar que en esta vertiente la confrontación del proceso de **Identificación** va a sernos de gran utilidad para poder centrar los objetivos de la terapia de un modo que resulte factible alcanzarlos.

En términos generales podemos afirmar que la principal característica de las vías que se van a seguir en terapia es la de favorecer la autorregulación de la persona entendida como organismo y el ir fomentando en la persona la capacidad de elección en la constante interacción entre organismo y ambiente (Korb y cols, 1989). En el mismo sentido Laura Perls (1992, pg. 127) afirma: "Estoy profundamente convencida de que el problema fundamental no solo de la terapia, sino de la vida misma, consiste en volver aceptable la vida para el ser humano". Lo que está claro



os que una vez que el paciente sabe lo que quiere conseguir como meta del proceso terapéutico, éste se orienta hacia las modificaciones en los planteamientos y conductas del paciente de cara a conseguir lo que se ha propuesto (Klein, 1980).

**En el caso de la paciente que estamos describiendo las metas terapéuticas se concretaron en las siguientes:**

**a) Ser capaz de recuperar su rendimiento en el trabajo de modo que este dejara de ser un problema añadido.**

**b) Compartir con su familia los aspectos emocionales que deseara, estableciendo límites que le permitieran comenzar a mantener una vida propia en ese plano.**

**c) Llegar a asumir la ruptura de la relación con su ex-novio en base a los criterios de que si bien había sido una experiencia dolorosa no implicaría la renuncia a mantener otra relación sentimental en el futuro.**

**En cuanto a las vías que se seguirían para llegar a esas metas se fijaron las siguientes:**

**a) Sesiones semanales de terapia en la que se abordarían dos aspectos:**

**- Dificultades y avances que ella experimentara en la dirección hacia las metas.**

**- Elaboración de los recuerdos y asuntos pendientes que le estuvieran suponiendo un inconveniente en su camino hacia los objetivos.**

**b) Focalizar la atención en las situaciones en las que experimentaba dificultades para desenvolverse de forma que ella deseaba.**

**c) Investigar en las actitudes por medio de las cuales ella eludía la responsabilidad de los problemas y conflictos que vivía.**

### **8.1. Algunos rasgos comunes en los diferentes enfoques de terapia relativos a las técnicas empleadas para conseguir alcanzar las metas propuestas.**

La concreción de las vías que van a conducir al paciente a alcanzar las metas que se ha propuesto de acuerdo con el terapeuta supone centrarse en los aspectos más técnicos del proceso de la terapia. Aunque uno de los puntos de discrepancia entre los diferentes enfoques reside en el momento de establecer esas metas (Korchin, 1976), aquí no vamos a hacer alusión a ese aspecto puesto que independiente del momento, lo que nos preocupa es el tipo de influencia que tienen esas metas sobre las intervenciones a realizar.

Las técnicas psicoterapéuticas utilizan actividades íntimamente relacionadas: comunicación verbal, y el hacer o incumplir contratos o promesas. En otras palabras, la destreza especial del psicoterapeuta reside en su pericia en conducir su relación con los pacientes (Szasz, 1965). El terapeuta está implicado en favorecer que sus pacientes vean la significación de lo 'obvio' (Weinberg, 1959).

No vamos a abordar aquí las diferentes técnicas que los enfoques psicoterapéuticos utilizan para llevar la terapia a buen puerto, puesto que la selección de una técnica no está, por regla general, guiada por los síntomas, sino por las características personales del terapeuta y del paciente (Frank, 1985). Lo que queremos reflejar en este punto son las características que han de tener en común las intervenciones psicoterapéuticas para convertirse en fuente de cambio y enriquecimiento de los pacientes.

A pesar del riesgo de parecer excesivamente abstractos, los rasgos que habrán de caracterizar una intervención terapéutica habrán de estar presididos por tres líneas básicas que son Respeto, Honestidad y Responsabilidad (Salama y Castanedo, 1991. Korchin, 1976). Un ejemplo de cómo ponerlo en práctica nos lo muestran Bettelheim y Rosenfeld (1993. pg.190 y sgtes) cuando escriben: "La

mejor experiencia que puede tener un paciente durante el tratamiento es que él resuelve sus propios problemas porque eso le da seguridad interior de que será capaz de hacerlo en el futuro.(...) Si el terapeuta aparece como un mago y le resuelve los problemas el paciente quedará sometido a su autoridad(..) Muchos terapeutas como resultado de su ansiedad tratan de que el paciente avance más deprisa.\*

Frank (1985) señala una serie de componentes terapéuticos compartidos que agrupa en cuatro apartados:

1) Relación emocional, de confianza con una persona que ayuda.

2) Un medio ambiente de cura que tiene como mínimo dos funciones terapéuticas:

a) Afirma el prestigio del terapeuta y refuerza la expectativa del paciente en cuanto a la capacidad de ayudarlo de aquél.

b) El lugar da seguridad.

3) Esquema racional, conceptual o mito.

4) Un ritual<sup>38</sup>.

Estos cuatro aspectos nos muestran que en cualquier terapia se ofrece de forma implícita un marco en el que una vez definidas, se van a favorecer la obtención de las metas. El paciente no se tiene que ocupar más que de sí mismo y de su relación con el terapeuta, el resto de los factores que inciden en el contexto terapéutico permanecerán como fuente de estabilidad.

---

<sup>38</sup> El término ritual lo utilizamos en el sentido en el que Watzlawick (1977, pag. 139) sugiere citando a Selvin: «un ritual es una acción o una serie de acciones, acompañada de fórmulas verbales, que se lleva a cabo con la participación del paciente. Como todo ritual tiene que consistir en la secuencia, sujeta a unas ciertas normas, de unos determinados pasos en un determinado momento en un determinado lugar.»

Las intervenciones terapéuticas tienen como meta que el paciente pueda recuperar la responsabilidad (habilidad para responder), la habilidad para elegir las reacciones propias, (Perls 1.973) es una de las cualidades que definen a la persona sana.

Tal y como señala Korzybski (1937), lo que hacen los psicoterapeutas no es otra cosa que conducir al paciente hacia la 'realidad', lo bajan a los hechos; lo cual significa una especie de extensionalización, pero sin tener una teoría general, la cual la suministra la Semántica General.

## **8.2. Criterios para seleccionar las metas en psicoterapia.**

Establecer los criterios para la selección de las metas en psicoterapia puede parecer un intento de definir lo indefinible. Sin embargo en nuestro caso es posible en la medida en que nos centramos en la perspectiva que nos aporta la confrontación del proceso de **Identificación** y ello nos da la oportunidad de centrarnos en un punto de vista concreto.

Lo que a continuación reseñamos de forma esquemática lo hemos expuesto ya en lo hasta ahora escrito de forma más amplia e incardinada en el conjunto del texto.

Las metas deben reunir los siguientes criterios:

1) *Deben responder a las necesidades presentes del paciente.* No podemos establecer unas metas que supongan la satisfacción de necesidades o la resolución de conflictos que ya pasaron o que no se han presentado todavía. Esto no excluye la reelaboración de vivencias conflictivas, lo que se contribuye es matizar la meta que se propone. En muchas ocasiones el paciente se propone la meta de conseguir que no hubiera sucedido lo que ya pasó. De ahí que la formulación de la meta habrá de variar hacia la modificación del recuerdo y la relación del paciente con ese recuerdo.

2) *Las metas han de establecerse de forma concreta y observable.* Esto va a permitir saber a lo largo del proceso terapéutico si la evolución que el paciente experimenta y que el terapeuta observa va encaminada hacia las metas propuestas.

3) *Han de clarificarse los modos de saber que se han alcanzado.* En muchas ocasiones no se clarifica qué es lo que tiene que experimentar el paciente, o qué es lo que indicará que el paciente ha alcanzado la meta propuesta. Esto puede dar lugar a una terapia sin fin.

4) *Plantear el impacto que se preve que tenga la consecución de esas metas.* Es muy conveniente tomar este punto en cuenta puesto que si no lo hacemos podemos llegar a descubrir que ha sido 'peor el remedio que la enfermedad'. Las consecuencias de una meta que solo tome en cuenta la visión parcial e incompleta del paciente ignorando los efectos sobre el entorno en el que se desenvolverá pueden ser catastróficas en el sentido que generarán o podrán generar problemas más y conflictos más graves. Es muy conveniente efectuar siempre este 'chequeo ecológico' (Bandler y Grinder, 1980)

**En el caso que reseñamos vemos que la selección de las metas fue acorde con los puntos que se señalan en la medida que:**

**a) Respondían a las necesidades presentes de la paciente: La recuperación de su nivel laboral, el establecimiento de límites que favorecieran la sensación de intimidad y el llegar a asumir el dolor de la ruptura eran manifestados por ella como objetivos que necesitaba alcanzar.**

**b) Las metas se establecieron de forma concreta y observable: En cada momento se podía observar el nivel de los avances en la medida en que tanto el trabajo como la relación con su familia eran planos observables no sólo para ella. En lo relativo a la reelaboración y asimilación de su ruptura, la forma de observarlo**

c) Los modos de saber que se habían alcanzado se establecieron en base a que fuera la paciente la que informara de ello y la opinión que tuviera el terapeuta.

d) El impacto que se preveía que tuvieran la consecución de las metas, en principio era positivo también para las personas de su entorno, sin embargo a instancias del terapeuta la paciente asumió el compromiso de evaluar, cada cierto tiempo, las consecuencias de los cambios que iba efectuando en los diferentes ambientes en los que se desenvolvía.

### 8.3. El aprendizaje 'especial' que toda psicoterapia tiene como meta.

Una meta que está presente en cualquier enfoque terapéutico es la de favorecer en el paciente un aprendizaje, aunque este habrá de ser de una clase específica.

Para clarificar este punto hemos de recurrir a G. Bateson (1972), y a la clasificación de los diferentes tipos de aprendizaje que él sugiere, Estas clases son:

\* *Aprendizaje cero*: Se caracteriza por la especificidad de la respuesta, la cual, acertada o equivocada, no está sujeta a corrección. (En este tipo de aprendizaje podría situarse la mera experimentación del Aquí y el Ahora sin más.)

\* *Aprendizaje I*: Es un cambio en la especificidad de la respuesta mediante la corrección de los errores de elección dentro de un conjunto de alternativas. (En este tipo de aprendizaje podemos situar el «darse cuenta» del Aquí y Ahora, y llegar a tomar conciencia de qué otras cosas podríamos haber hecho en el Allí y Entonces, y de las cuales no nos dimos cuenta).

\* *Aprendizaje II*: Es el cambio en el proceso del Aprendizaje I, es un cambio correctivo en el conjunto de alternativas entre las

cual es se hace la elección. (En el caso que nos ocupa este nivel de aprendizaje podemos ubicar la capacidad de utilizar las alternativas/recursos que en el nivel anterior nos habíamos dado cuenta que no habíamos considerado)

\* *Aprendizaje III*: Hace referencia al cuestionamiento de las premisas que se han considerado como inamovibles, componentes de lo que en términos coloquiales se ha llamado el carácter de las personas, y que en términos más técnicamente psicológicos se conoce como self. (En la comparación que nos ocupa, se correspondería con el cambio en la forma y fondo de vivir/experienciar nuestro Aquí y Ahora, y en cómo utilizamos nuestro «damos cuenta»).

Este último y más profundo de los niveles de aprendizaje es el que se puede dar dentro del marco controlado y protector de la relación terapéutica. La confrontación del proceso de **Identificación** nos conduce a un aprendizaje de este tipo en la medida que supone la reconsideración de las convicciones en las que se asiente la evaluación de nuestra experiencia.

En este punto podemos observar en síntesis lo que hemos postulado como un cambio importante en la concepción del conocimiento y aprendizaje humanos. La participación del sujeto en la formación de su conocimiento, que hasta el primer tercio de este siglo se veía como un defecto, un inconveniente que debía ser evitado pasa ahora, a ser reconocida como la guía y el agente dominante del poder cognoscitivo de la persona (Polany, 1966). Tenemos pues que el aprendizaje es un proceso manifiestamente personal (Bateson y Bateson, 1987).

El catalogar a la psicoterapia como un aprendizaje personal nos evita que caigamos en la creencia de que el paciente al alcanzar los objetivos que se ha propuesto ha llegado a convertirse en un 'discípulo' del terapeuta. Si esto fuera así hipotecaría su autonomía (Bettelheim y Rossenfeld, 1993). Se trata de que el proceso terapéutico sirva para devolverle al paciente la capacidad de regir su propio destino.

#### **8.4. Algunas consideraciones respecto de la concreción de metas en psicoterapia.**

En este punto conviene recordar que la experiencia psicoterapéutica nunca será un sustituto de la vida, sino más bien un lugar donde poder investigar sin tantos riesgos como en la vida cotidiana.

Terapeuta y paciente se interesarán o deberán interesarse por los aspectos de la vida de este último que revelen discrepancias. Estas se manifiestan de varios modos: por quejas y síntomas y por la adaptación a ellos del paciente, por contradicciones entre afirmaciones hechas diversas veces, por incongruencias entre palabras y hechos, y así sucesivamente (Szasz, 1965).

Como ya hemos dicho anteriormente la terapia tiene un medio fundamental para favorecer el cambio, el diálogo terapeuta-paciente, por lo que al referirnos a las vías que se van a utilizar siempre habrá que hacer una referencia a la calidad del diálogo. Gracias a ese diálogo el terapeuta va a tener la posibilidad de conocer cuál es el significado del que dota el paciente a sus ideas (Hayakawa, 1953).

Si bien el contexto en el que se da el diálogo es especial, en cuanto que tanto terapeuta como paciente se encuentran en el marco de la sesión, la comunicación capaz de favorecer un efecto terapéutico no difiere, en cuanto a las expresiones se refiere, de lo que ocurre en los intercambios comunes y ordinarios (Ruesch, 1980). La calidad de la conversación, lo que pueda tener de terapéutico, va a estar en función del nivel de implicación y de contacto que suponga para el paciente el discurso que expone y las respuestas que recibe.

Ha de existir en todo tipo de intervención un nivel de intimidad y de seguridad para el paciente, el cual se verá incrementado en la medida en que sienta que es comprendido y no juzgado. De ahí que la garantía de que éste va a suceder durante el proceso



terapéutico, ha de verse refrendada por las actitudes y actuaciones del terapeuta. No podemos olvidar que el paciente ha trabajado mucho para proveerse de un autoconcepto, que aunque a menudo es bastante erróneo, es lo que le ha permitido ir sobreviviendo (Perls, 1973).

El respeto que toda persona necesita para poder atreverse a internarse en el mundo de sus conflictos es también otra de las características que habrán de concretarse en la forma de intervenir que tenga el terapeuta. Este respeto necesita de una constante atención por parte del terapeuta, no sólo con sus palabras sino con sus silencios y con la ausencia de juicios de valor. Uno de los errores por medio de los cuales el terapeuta puede dificultar el establecimiento de unas metas terapéuticas alcanzables y el desarrollo posterior del proceso terapéutico es el de proponer unas vías a seguir antes de que el paciente se sienta plenamente entendido (Keeney, 1990; U'Ren, 1980).

Una característica que define la situación problemática que el paciente experimenta es la de la gran tenacidad que él pone para estar mejor sin conseguirlo (Hall, 1959). Hay que tener en cuenta que esa tenacidad será mayor cuanto más profunda sea la necesidad a satisfacer y que al quedar insatisfecha hace posible la experiencia conflictiva del paciente.

Ha de estar plasmado de forma clara y concisa, por medio de un diálogo entre terapeuta y paciente, que en los medios terapéuticos que se van a utilizar va a estar presente un profundo respeto hacia la integridad de la persona del paciente.

Las dificultades que para alcanzar las metas planteadas van a aparecer a lo largo del proceso terapéutico, así como el ritmo con que puede modificarse la conducta con un grado razonable de permanencia depende de que esta sea central o periférica en relación con la estructura de personalidad, y en la medida en que se entrecruce con otros sistemas que puedan ejercer presión para mantenerla vigente (Fagan y Shepherd, 1970).

La dificultad que el paciente experimenta para sentirse responsable de la dirección del curso de su vida puede convertirse, por parte del paciente, en una demanda de directrices concretas en cuanto qué ha de hacer. En este sentido el terapeuta ha de tener en cuenta que el especial carácter pedagógico que se contiene en la terapia. Una persona puede carecer de conocimiento de sí mismo y de habilidades interpersonales; su propio comportamiento o el de los demás puede confundirle y producirle descontento; para mejorar su bienestar personal, puede decidir aprender más sobre sí mismo y sobre sus relaciones con los demás. La verdadera meta de la terapia consiste en llegar al punto en que los pesares y los dolores pasados ya no le impiden al paciente seguir adelante (Johnson, 1988).

En la concreción de la forma en la que se va a llevar a cabo la psicoterapia hemos de considerar que a menudo el paciente, muy afectado en su autoestima, va a intentar repetir actitudes de predisposición a la autopunición y ésto le va a suponer, en cierto modo una frustración cuando el terapeuta no entre a jugar ese juego (Haley, 1963).

En muchas ocasiones nos vamos a encontrar con que por parte del paciente existen unas expectativas en cuanto a las respuestas que suscitan en los demás sus actitudes y cuando esto no sucede puede ser la ocasión en la que pueda aprender algo. Inevitablemente los pacientes sitúan a los terapeutas en una posición parental, es decir, ven en ellos a personas que tienen el secreto de la vida y los ponen a prueba de mil maneras para comprobar si les servirán como modelos (Fagan y Shepherd, 1970).

El terapeuta no puede arrastrar al paciente a través del proceso terapéutico, el paciente tiene que ir por propia voluntad (Horney, 1991). El terapeuta ha de estar pendiente para no caer en el error de 'juzgar' las acciones del paciente. No es objetivo de la terapia que el paciente se comporte 'bien' (Cencillo, 1973).

No podemos olvidar, y si lo hacemos estaremos deteriorando en gran medida la calidad del proceso terapéutico, que el terapeuta

sólo puede ayudar al paciente en el descubrimiento de sí mismo actuando como un espejo ampliador. El terapeuta no puede hacer descubrimientos para el paciente, aunque este se lo va a demandar a menudo, solo puede facilitarle el proceso al paciente (Perls, 1973).

Dentro del proceso terapéutico las vías que se van a recorrer son, en cierto modo, una forma de ejemplificar modos alternativos de abordar la relación con uno mismo y con el mundo. El aspecto más valioso de la terapia consiste la extensión de los descubrimientos y habilidades que el paciente encuentra durante la sesión a los asuntos y relaciones que experimenta en su vida diaria (Scott Peck, 1978).

Esto supone que, ya desde el inicio de la terapia, la relación terapeuta paciente, se convierte, o al menos conviene que se tienda a ello, en una de las formas que el paciente tiene de aprender, de conocer y en última instancia de descubrir modos para llevar el cambio que desea. Una síntesis muy precisa de lo que queremos significar en este punto nos la ofrece Schumacher (1973. pg. 78) cuando citando a Confucio escribe: "Cuando sabes una cosa el reconocer que la sabes y cuando no la sabes el saber que no la sabes; ésto es conocimiento."

### 9) Beneficios que puede proporcionar el confrontar el proceso de Identificación al formular las metas terapéuticas.

Uno de los objetivos de esta tesis es el mostrar las ventajas de incorporar en el proceso terapéutico la confrontación de la **Identificación**, veamos en el cuadro 15, de modo resumido algunos de los beneficios.

<b>Cuadro 15.</b>	
<b>Aspectos de las metas terapéuticas que se benefician de la confrontación del proceso de Identificación.</b>	
<b>Beneficios que proporciona.</b>	<b>Aspectos de las metas en los que incide.</b>
Consideración de la meta como una 'parte' del 'todo' que es el paciente .	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Formulación de las metas y de los beneficios que van a proporcionar su consecución.</li> <li>&gt; Diseño de los pasos Intermedios que se van a seguir para alcanzar las metas formuladas.</li> <li>&gt; Toma en consideración de los diferentes aspectos del paciente como persona que se van a ver modificados al conseguir las metas.</li> </ul>
Consideración de la meta como algo dinámico y no como un punto estático que una vez alcanzado va a permanecer constante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Especial incidencia en el 'cómo' alcanzar la meta, más que en el 'por qué' alcanzarla.</li> <li>&gt; Oportunidad en el momento en el que se van a enunciar y formular las metas.</li> <li>&gt; Mayor flexibilidad y claridad en cuanto a los criterios por medio de los cuales, terapeuta y paciente, sabrán que las metas han sido alcanzadas.</li> </ul>
Mayor 'realismo' en las metas formuladas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; La meta se formula en base a criterios que desde el presente se consideran alcanzables.</li> <li>&gt; Se eliminan de la formulación términos y expresiones que se refieran a condiciones que no dependen del paciente.</li> </ul>
Las metas favorecen el desarrollo de la creatividad del paciente en el sentido de hacer y experimentar las cosas de modo diferente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; En la formulación de las metas y en la de las vías que a ellas conducen, se incluyen aspectos que puedan dar lugar a la integración de nuevas formas que el paciente descubra por sí mismo a lo largo del proceso terapéutico.</li> <li>&gt; El descubrimiento de nuevas relaciones entre mapa y territorio se evalúa, por parte del paciente, como fruto de su capacidad de crear nuevos recursos.</li> </ul>
La responsabilidad de alcanzar y determinar si las metas se han conseguido o no está compartida de forma adecuada entre terapeuta y paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; La distancia que el terapeuta establece respecto de las metas y su consecución permite el desarrollo y la evolución del paciente sin que por ello, éste se sienta abandonado.</li> <li>&gt; No se producen interferencias fruto de la confusión o la ambigüedad de qué corresponde a cada uno.</li> </ul>

Los beneficios que proporciona la confrontación del proceso de **Identificación** a la hora de establecer las metas terapéuticas, los hemos aludido superficialmente en el anterior apartado. Vamos ahora a exponerlos de forma más pormenorizada.

1) En primer lugar uno de los beneficios más claros que se pueden obtener es el de evitar la parcialización o la consideración aislada de lo que el paciente quiere conseguir. La perspectiva del ser humano considerado como un todo en contacto con el ambiente nos evita el caer en la aplicación de técnicas o en la planificación de metas que son una abstracción del proceso total (Perls, 1973).

No se produce una división físico-mental, persona-ambiente, sino que se plantean las metas considerando el conjunto indisoluble persona-ambiente y esto hace que tenga que clarificar exactamente en qué plano se van a alcanzar esas metas, y a la vez cuáles van a ser las influencias que van a tener en el conjunto de la persona y su ambiente.

Desde el momento que confrontamos el proceso de **Identificación** y consideramos al individuo en su ambiente como un ser social que forma parte del campo (organismo-ambiente), pierde todo sentido, culpar de la causa de los conflictos al individuo o al ambiente, dado que ambos son elementos de un todo único y a ninguno se le puede calificar como responsable de los males del otro (Salama y Castanedo, 1991).

Así cuando terapeuta y paciente empiezan a concretar cuáles son los beneficios alcanzables por medio de la psicoterapia van a tener en todo momento que hacer referencia a los diferentes planos que el paciente experimenta y vive. No se van a quedar sólo en una mera definición racional del objetivo. Así a la hora de concretar las metas vamos tener presente que las personas tenemos reacciones semánticas las cuales son una especie de forma de totalidad no-elementalística como espacio-tiempo, donde 'emociones' e 'intelecto' no están divididas (Korzybski, 1937).

2) Como se parte del criterio de que no existe una situación vital estable, salvo en la fantasía del paciente, las metas van a ser vistas como final de un proceso y a la vez, comienzo de otro, y lo más importante en la valoración que hacen terapeuta y paciente va a ser el cómo llevar hacia delante el proceso conducente a alcanzar las metas. No caerán así en la tentación de explicar el 'por que' el paciente está mal, sino en el descubrimiento del 'cómo' hace para no estar mejor.

Partiendo de la confrontación de la **Identificación** disponemos de un marco de fluidez que, contrario a lo estático, es en sí mismo favorecedor de una óptica de cambio. Como terapeutas hemos de estar permanentemente conscientes de esto puesto que, desde el momento que tomamos cualquier cosa como un hecho establecido y lo descartamos como obvio, es que no tenemos ni la más remota disposición para efectuar un cambio ni tenemos las herramientas para hacerlo (Perls, 1973).

Este punto nos permite afirmar que es necesario tenerlo en cuenta si queremos mantener una postura científica en nuestro trabajo de terapeutas puesto que la acción básica de la ciencia es vista como la toma en consideración de la percepción de lo que es nuevo y diferente de momento en momento (Bohm, 1970).

3) Al tener claro que no existe la invaribilidad, salvo en el interior de la cabeza de quien la defiende (Hayakawa, 1953), las metas se van a plantear como algo que será provisional y que va a dar paso a situaciones y experiencias cualitativamente distintas. Esto nos aporta una actitud de prevención en cuanto a que no vamos a entrar en la dinámica que el paciente nos va a proponer, a menudo, de búsqueda de un mundo estático en el que estar 'bien' es la característica más observable. Hemos de ser conscientes de que si las personas percibimos por diferencia, y aceptamos la no-identidad, siempre podremos estar aprendiendo algo.

Al asumir lo que planteamos como fruto de la confrontación del proceso de **Identificación** nos encontramos frente a la necesaria

humildad<sup>39</sup> que debe presidir toda relación terapéutica. Pues puede suponer una grave hipoteca a la labor del psicoterapeuta la idea de que tiene que ser capaz de resolver cualquier problema que se le presente, o, en otras palabras, que puede ser imprescindible en la vida del paciente para que éste pueda seguir funcionando.

La meta fundamental de la terapia como ya hemos aludido en otras partes de este escrito es proporcionarle al paciente los medios con los cuales pueda resolver sus problemas actuales, en su 'aquí y ahora', y cualesquiera que puedan surgirle en el futuro (Perls, 1973). La terapia no puede erradicar el pasado, se relaciona con él en términos de sus efectos sobre el presente (Lowen, 1980).

He aquí uno de las características más definitorias de la Psicoterapia como disciplina que pretende ayudar a las personas a recuperar la salud, y que la diferencia de aquellas otras que podríamos llamar pertenecientes al campo de la Medicina, o mejor aún, que permite considerar a la Psicoterapia como un modelo de intervención más allá de los paradigmas terapéuticos basados en el Modelo Médico. Dado que lo que se origina como un proceso de aprendizaje (entendido éste en sentido amplio), sólo puede ser rectificado por un nuevo proceso de aprendizaje. Conviene recordar que no se trata de 'desmontar' el sistema de valores del paciente sino favorecer el reajuste interior y la capacidad de conectar con su mundo (Cencillo, 1973).

La Semántica General como ya hemos aludido cuando hemos hablado de la evolución de pensamiento de Korzybski, incorpora la visión originariamente conductista, aunque él fuera crítico con algunos aspectos excesivamente reduccionistas de este enfoque, y posteriormente incorporada por otros enfoques de la focalización en el 'aquí y ahora'. La idea de que es posible resolver en el presente aspectos que ya pasaron o que todavía no han llegado es una muestra más de los problemas a que da lugar las confusiones que

---

<sup>39</sup> Esta expresión la adoptamos en el sentido que le da Starak (1.995): "Humildad significa la capacidad de ser desprendido en cuanto a los deseos de control en mis relaciones con el mundo."

recoge el proceso de **Identificación**. A lo que da lugar el trabajo psicoterapéutico es a la modificación de la evaluación que la persona hace de un evento ya sucedido o de la fantasía que uno suceda. Sólo en la medida en que creemos que se puede 'repetir idénticamente un fenómeno' va a aparecer en nosotros el deseo de evitarlo o repetirlo y esto es una creación que nosotros efectuamos (Weinberg, 1959).

Como gracias a la confrontación del proceso de **Identificación** podemos distinguir entre lo que está en el ambiente y lo que está siendo creado por la persona, a la hora de formalizar las metas lo vamos a hacer desde el presente. Así evitaremos el caer en uno de los peligros más habituales de la terapia, la pretensión de soluciones mágicas y desconectadas de las posibilidades actuales reales.

4) Una de las vertientes en que el terapeuta ha de ser cuidadoso es en el establecimiento de las metas terapéuticas en la medida que si las plantea demasiado elevadas puede favorecer la decepción del paciente (U'Ren, 1980). El hecho de que el paciente crea que puede llegar a una solución de sus problemas en el transcurso del tiempo de la terapia ya es un paso adelante (Horney, 1945).

Muchas veces las personas pretendemos alcanzar metas demasiado ambiciosas antes de disponer de medios adecuados para alcanzarlas (Zinker, 1977), esto vamos a poder prevenirlo dentro del proceso terapéutico en la medida que vamos a favorecer la toma de conciencia que le permita al paciente diferenciar entre lo que gracias al proceso de abstracción puede pensar, como dice Bateson (1991) la mente siempre opera apartada un paso de la materia, y lo que en cada 'aquí y ahora' la persona puede llevar a cabo.

5) También es un fruto de la confrontación de la **Identificación** el hacer posible como una meta terapéutica la creatividad en la vida diaria del paciente. Conviene no olvidar que nuestras reacciones de **Identificación** son sencillamente mecanismos protectores heredados de la necesidad de sobrevivir bajo condiciones de vida más primitivas (Hayakawa, 1953).



Al tener una conciencia clara de la diferencia entre mapa y territorio se pueden crear nuevas relaciones y precisar algunas características de ambos que a menudo son ignoradas en la vida cotidiana (Magritte, citado por Foucault, 1973). Como sostenía Goldstein (citado por Gingery y Ginger, 1987) lo normal debe definirse no por la adaptación, sino al contrario, por la capacidad de inventar normas nuevas.

6) Como el terapeuta no confunde su deseo interior de ayudar con la posibilidad de descubrir las alternativas para lograr un cambio siempre se va a mantener a una distancia suficiente como para no cargar sobre sí mismo lo que es responsabilidad y posibilidad exclusivamente del paciente. No caerá en la tentación de proporcionarle soluciones que en el fondo no serían más que una 'proyección' de su propia visión del problema. El terapeuta ha de ser una instancia más bien neutra, en cuanto a los juicios, que sirve como reflejo en el que el paciente puede 'redescubrirse' gracias al diálogo que establecen, terapeuta y paciente, y comenzar su recuperación como persona integrada (Cencillo, 1973).

Precisamente la capacidad del terapeuta para discernir qué es suyo y qué es del paciente le permite poder sintonizarse con la persona con quien está en contacto, convirtiéndose, en cierto modo, en una cámara de resonancia para lo que ocurre entre el paciente y él. Recibe y hace reverberar todo el acontecer de esta interacción y lo amplía hasta incorporarlo a la dinámica de la terapia (Zinker, 1977).

Si el terapeuta adopta unas actitudes congruentes con lo que defendemos en este apartado, se acercará al paciente pensando que esa persona va a requerir un procedimiento único en su género (Haley, 1976). No lo 'identificará' a pacientes diferentes ni tampoco utilizará automáticamente 'técnicas' que han 'funcionado' con otros pacientes. Uno de los desafíos constantes y uno de los aspectos más fascinantes de la terapia es, sin duda, la variedad de exigencias que le plantea al terapeuta y el hecho de que requiera y provoque

que le plantea al terapeuta y el hecho de que requiera y provoque la apelación de este a todos sus recursos (Fagan y Shepherd, 1970).

Estamos en condiciones de afirmar que en la medida que terapeuta y paciente llegan en forma nítida y clara a un acuerdo sobre las metas que se persiguen con la terapia, tal y como las estamos planteando aquí, puede darse un paso adelante en la concepción del proceso de ayuda. Convirtiéndose en una muestra de consideración a la persona del paciente como un ser individual y que siempre dispone de recursos que le permitan mejorar su calidad de vida. El propósito de la psicoterapia debería de ser ayudar al paciente. Al prestarle auxilio, debería respetarse por completo y utilizarse todo lo que el paciente presenta, sea lo que fuere (Haley citado por De Shazer, 1985).

Lo que constatamos en terapia es que el problema reside, la mayoría de las veces, no tanto en lo que la persona pretende conseguir, sino en que no es consciente de las capacidades que tiene para conseguirlo. El trabajo va a favorecer el que el paciente vaya dando los pasos previos que le conduzcan de forma paulatina a su objetivo. Visto esto tendremos consecuentemente que concluir que la recuperación de detalles en su modelo del mundo es la meta y el origen de su proceso de cambio.

## **VIII) FASE INTERMEDIA DEL PROCESO TERAPEUTICO**

---

---

Esta fase se corresponde con lo que sería el periodo en el que se van a dar las interacciones más centradas en lo que el paciente le demanda a la terapia. En la medida en que ya no existen inquietudes en cuanto a la figura del terapeuta y el paciente se siente lo suficientemente cómodo como para que la novedad de la relación sea un elemento de inquietud. De otro lado todavía no ha comenzado la interferencia de la despedida sobre la problemática abordada en la terapia que se da en la fase final del proceso terapéutico.

En esta fase de la terapia nos vamos a encontrar con una serie de dificultades características de las situaciones en que las personas tendemos a considerar que siempre pasa 'lo mismo'. Nos hemos identificado a tal punto con el papel que 'debemos' de desempeñar y el juego en el que nos hemos de desenvolver, que no podemos siquiera concebir la posibilidad de ser diferentes (Lowen, 1980).

Una buena terapia tiene principio, parte intermedia y final, y si se produce una demora en la parte intermedia, se pierde la posibilidad de la toma de conciencia y la fuerza que trae consigo una terminación exitosa. La parte intermedia de la psicoterapia es, habitualmente, un periodo de intenso apego al terapeuta (Johnson, 1988).

Como el proceso ya está definido, en gran parte, en cuanto a sus metas y también en cuanto a los medios que se van a utilizar, el foco de atención se va centrar más en los aspectos

que terapeuta y paciente abordan ciñéndose a la problemática propiamente dicha.

Existe el riesgo de que tanto el terapeuta como el paciente tiendan a acomodarse, cada uno en la posición que han pactado. Conviene tener presente en todo momento del proceso terapéutico, y quizás más en esta fase, que el terapeuta y el paciente van a ir experimentando cambios en sus posiciones y actitudes (Garfield, 1995), sobre todo en lo que a los conflictos que el paciente aborda y las respuestas que recibe por parte del terapeuta.

En la medida en que estos cambios no sucedan, o se den de modo insuficiente, supondrá una demostración más de la tendencia de los seres humanos a buscar y/o promover una estaticidad en las relaciones con nosotros mismos y nuestro entorno, es decir del proceso de **Identificación**, lo cual irá en detrimento del avance y la calidad de la psicoterapia.

En base a lo que hemos ido proponiendo anteriormente, el trabajo terapéutico hay que considerarlo, sobre todo en esta fase, como la puesta en práctica de un tipo especial de relación. La cual, si bien va a tener muchos aspectos semejantes con las que mantendría el paciente en el contexto de su vida diaria, también tiene que suponer un grado de 'novedad' que le permita tener que afrontar situaciones frente a las cuales no tiene el hábito de encontrarse. Como además el contenido sobre el que versa la conversación está centrado en las referencias a los aspectos problemáticos de la experiencia también va a dotar de un carácter 'especial' al diálogo.

Las confrontaciones y matizaciones que el terapeuta realiza van a hacer referencia a una amplia gama de conductas, construidas sobre miles de pequeños detalles que han ido transmitiéndose de generación en generación en el marco familiar y cultural del que proviene el paciente. También se van a ver cuestionadas las 'costumbres' en la vida del paciente de situación en situación, y de las que nadie, a menudo ni siquiera él, conoce las reglas que las rigen. Sólo cuando esas reglas se rompen puede el paciente darse cuenta de que existen (Hall, 1959).

Gran parte del trabajo terapéutico, sobre todo en esta fase, consiste en el intento de ayudar al paciente a que vaya desarrollando sistemas de evaluación y respuesta cada vez más flexibles (Scott Peck, 1978).

Con tacto y sutileza, el buen terapeuta ayuda al paciente a lograr su propia comprensión, orientándolo continuamente a examinar los paralelos entre la terapia y la vida (Johnson, 1988).

La capacidad por parte del terapeuta de plantear cuestiones en cierto modo 'inesperadas' por el paciente puede ser un buen recurso de cara a hacer más fructífera la terapia. La tendencia de las personas que tienen problemas a repetir determinado tipo de actitudes y acciones, fruto de su deseo de estar bien, es una de las fuentes de los conflictos que experimenta. El repetir 'más de lo mismo'<sup>40</sup> (Watzlawick y cols. 1982) es uno de los peligros que el terapeuta debe de considerar en cuanto a los aspectos del

---

<sup>40</sup> En la obra *Cambio*, Watzlawick y cols. (1982) se refieren a esta forma de intentar resolver problemas cuando tras intentar una solución y no alcanzarla insistimos con mayor intensidad en los modos de solución ya intentados sin variar en la realización, con lo que el intento de solución se convierte a veces en un problema.

discurso del paciente que confronta y el modo en que lo hace. De hecho el 'más de lo mismo' es una versión corregida y aumentada, en la medida que supone una mayor energía invertida, del proceso de **Identificación**.

Hay un aspecto que conviene resaltar en cuanto lo 'significativo' o 'importante' de la interacción entre terapeuta y paciente. El terapeuta que desea ayudar a su paciente no debe jamás desdeñar o rechazar ningún aspecto de su conducta puesto que, muchas veces la terapia suele sustentarse sobre bases muy sólidas mediante la utilización de manifestaciones 'tontas', 'absurdas', 'irracionales' y 'contradictorias' (Haley, citado por De Shazer, 1982; Glasser, 1979).

En este periodo terapéutico, la presencia y la figura del terapeuta, van a experimentar un cambio a los ojos del paciente. Ya no va a ser tan novedoso como lo era al principio. Terapeuta y paciente se conocen más y esto hace que por parte de la persona que está enfrente se desarrollen una serie de mecanismos repetitivos y una serie de expectativas que van a hacer que disminuya la capacidad de experimentar cada momento como diferente. A estas alturas de la relación terapéutica va a ser todavía más necesario que tanto terapeuta como paciente muestren de forma congruente sus mensajes. Si quieren hacer referencia a cosas que se quieren connotar como 'verdaderas' esas cosas deben parecer 'verdaderas' (Eco, 1977-83).

No debemos olvidar que la base en la que se asienta el proceso terapéutico como fuente de cambio es la construcción de una realidad dialógica entre terapeuta y paciente.

En muchas ocasiones el paciente llega a asumir hasta la forma de hablar y de ver el mundo del terapeuta. Esto aunque resulta

lógico, puede suponer un peligro si no va acompañado de un verdadero aprendizaje para el paciente a nivel de experiencia personal y de una forma integradora.

La fase intermedia de la terapia, entre otras cosas por su duración en el tiempo, suele ser la más prolongada, y por estar centrada más específicamente en la problemática del paciente, es la que más sometida está a los avatares del curso vital que la persona experimenta fuera de la sesión terapéutica.

La mayor ósmosis entre terapia y vida cotidiana del paciente va a ser una oportunidad si el terapeuta es capaz de favorecer la incorporación de las experiencias que el paciente vive. Si bien se puede considerar positivo que el paciente vaya poniendo en práctica fuera de la terapia lo que va aprendiendo, también conviene que se establezca claramente la diferencia entre el contexto terapéutico y el extraterapéutico. Esto va a permitirle al paciente el ir tomando en cuenta los diferentes ambientes en los que se desenvuelve de manera que vaya comprobando qué le corresponde a él y qué al ambiente en cada situación que vive.

Dadas las características que configuran esta fase podemos decir que el contexto terapéutico juega, junto con la relación que en él se da, un papel muy destacado. Una muestra de lo que consideramos que es importante a la hora de referirnos a los procesos que se dan en esta fase lo encontramos en Frank (1985) cuando hablado de las funciones del 'mito' y el 'ritual' en terapia señala las siguientes:

\*1) Reforzar la relación terapéutica, combatiendo por tanto la sensación de alienación del paciente. (...)

- 2) Activar y mantener las expectativas de ayuda del paciente. (...)
- 3) Ofrecer nuevas experiencias de aprendizaje. (...)
- 4) Activación de emociones. (...)
- 5) Aumentar la sensación de dominio o de autoeficiencia. (...)
- 6) Dar oportunidad para la práctica.\*

Por nuestra parte consideramos que el conjunto de actividades que se desarrollan en la fase intermedia podemos resumirlo en una serie de puntos:

1) Se abordan, por medio del diálogo y de diferentes técnicas, que más adelante veremos, las experiencias problemáticas respecto de las cuales el paciente quiere efectuar cambios.

2) Se proponen interacciones y conversaciones, ya sea por parte del paciente ya por parte del terapeuta, cuyas características y contenido suponen una forma de llevar a cabo una re-evaluación y re-elaboración desde la óptica de la experiencia del paciente.

3) Se utiliza la especificidad de la relación y el contacto entre terapeuta y paciente como vía de búsqueda de caminos que conduzcan hacia las metas propuestas en la fase inicial de la terapia.

4) Se ponen en tela de juicio 'seguridades' que el paciente daba por inamovibles, en el marco 'controlado' y 'protector' de la relación con el terapeuta.



En esta fase los aspectos que queremos reseñar del caso que nos ocupan son los siguientes:

a) En el plano de reforzar la relación terapéutica, combatiendo por tanto la sensación de alienación del paciente, la labor terapéutica se centró en favorecer la recuperación de la sensación de responsabilidad en todas las facetas de la vida de la paciente. Se le cuestionaba por parte del terapeuta el grado de implicación que ella tenía en los problemas que parecía ser, según ella, que le causaban otras personas.

b) En lo referido a activar y mantener las expectativas de ayuda de la paciente, la actitud del terapeuta de no evitar los momentos en que ella no podía controlar su llanto, o expresaba sentimientos de forma alterada, y permanecer acompañándola en la experiencia tuvo resultados muy beneficiosos.

c) Respecto de que en la terapia se le ofrecieran a la paciente nuevas experiencias de aprendizaje, el trabajo con dramatizaciones, acentuación de tonos de voz, manifestación de sentimientos de forma no verbal, etc... cubrió de forma muy satisfactoria esta vertiente.

d) Dado el enfoque al que pertenece el terapeuta, la activación de emociones, era uno de los ámbitos en los que la paciente pudo evolucionar y desenvolverse más a su gusto. Una cuestión que resultó interesante para ella fue descubrir que en la terapia también se podían comentar aspectos 'divertidos' de lo que experimentaba.

e) De cara a que la paciente pudiera aumentar su sensación de dominio o de autoeficiencia, una de las intervenciones que repetidamente efectuaba el terapeuta era demandar: "¿Qué aprendes de tí cuando ves que eres capaz de avanzar?"

f) El trabajo con dramatizaciones y el establecimiento de compromisos de acciones a realizar durante el periodo de tiempo

entre sesiones, fue una de las vías que se utilizó para dar a la paciente la oportunidad para la práctica.

Consideramos que, en este caso, en la fase intermedia se dieron muchos de los detalles que en esta tesis se apuntan como 'ideales', como indicamos a continuación:

a) Se abordaron, en las sesiones, las experiencias problemáticas respecto de las cuales la paciente quería efectuar cambios.

b) Las interacciones y conversaciones supusieron una re-evaluación y re-elaboración desde la óptica de la experiencia de la paciente, como ella misma refirió posteriormente.

3) La relación entre el terapeuta y la paciente supuso el transitar caminos que, desde el marco de la sesión, conducían hacia las metas propuestas.

4) Se pusieron en tela de juicio 'seguridades' que la paciente daba por inamovibles.

### **1) El proceso terapéutico como muestra de la posibilidad de cambio.**

Si algo determina que una relación interpersonal sea terapéutica es que supone un tipo especial de aprendizaje para una de las partes en el sentido que le permite alcanzar la capacidad de vivir la vida de una manera más saludable. A lo largo del proceso terapéutico, y especialmente en esta fase, siempre hay elementos y rasgos de la relación entre terapeuta y paciente que tienen, es necesario que lo tengan si la terapia va por buen camino, cierto paralelismo y similitud con la vida cotidiana del paciente y la problemática que en ella experimenta.

Aunque más adelante lo abordaremos con mayor profundidad, baste decir aquí que, en la medida en que el paciente puede 'probar' con el terapeuta nuevas actitudes y formas de interacción esto le va a 'enseñar algo nuevo' respecto del modo de desenvolverse fuera de la terapia. Conviene, no obstante, que no olvidemos que la terapia siempre es un 'como si' respecto de la vida, y esto es, precisamente, lo que la convierte en un proceso promotor del cambio. Lo que nunca será, no puede serlo, es un sustitutivo de la vida, como tal, en toda su complejidad.

Aunque en principio lo de 'especial' se pudiera aplicar a otras relaciones, el rasgo distintivo de la terapia es que en ella el paciente no va a correr algunos riesgos, al menos eso sería lo conveniente, que estarían presentes en otras relaciones, tales como el estar sometido a ningún juicio que no sea el suyo propio, el recibir respuestas de su entorno que nada tuvieran que ver con lo que está tratando de averiguar, etc...

En la terapia, el paciente descubre los cambios que están a su alcance a través de un 'riesgo medido'.

Un aspecto que le va a ser de mucha ayuda es que descubra en el terapeuta un atributo esencial, la capacidad de infundir la esperanza de que las cosas, el paciente, pueden cambiar, (Johnson, 1988, Mahoney, 1985).

La importancia de este aspecto de la relación terapéutica es algo que todos los enfoques asumen y que subraya el carácter 'especial' de la terapia. Hay que distinguir a la Psicoterapia de las actividades que puedan estar comprendidas en los apartados tales como exhortación, persuasión, etc., puesto que cuando una

persona actúa en su condición de terapeuta, su objetivo no consiste en dominar o persuadir, sino simplemente en restablecer un estado de buena salud (White, 1964).

En la medida que las formas de relación que se produzcan en el proceso terapéutico le permitan al paciente mantener focalizada su conciencia en lo que le está sucediendo, en el cómo se siente durante la sesión, en lo que le supone de conflictivo o de agradable, de aceptable o inaceptable, en su encuentro con el terapeuta, va a tener ante sí la posibilidad de poderlo aplicar en otras facetas de su vida. Esta va a ser la base en la que se asienta la posibilidad de convertir el proceso terapéutico en una muestra de la posibilidad de cambio.

Es importantísimo que los terapeutas no propongan las formas de resolución del conflicto que el paciente plantea haciendo lo que éste ya ha estado haciendo, desde sus intervenciones siempre tiene que haber una aportación de una perspectiva distinta (De Shazer, 1982; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Dentro del capítulo que estos autores dedican a las cosas a evitar en terapia encontramos un apartado dedicado a 'hacer lo que anteriormente no ha funcionado' en el que encontramos los siguientes puntos:

> «Repetir los enfoques ineficaces de terapeutas anteriores.

> Repetir lo que el paciente ha estado haciendo infructuosamente para resolver el problema.

> Repetir los consejos bienintencionados de familiares y amigos.»

El paciente, habituado a manejarse con juegos neuróticos para obtener de su entorno todo aquello que cree que comportándose de una forma saludable no obtendría, trata de mantener el 'mismo' tipo de relación con el psicoterapeuta. Si se trata de un terapeuta que ha llegado en su crecimiento personal más allá del nivel del juego que le propone el paciente, no entrará en el juego, con la consiguiente frustración de este último, el cual casi seguro dará rienda suelta a su hábito de proyección para acusarle de «frío», «insensible», etc... Nos vamos a encontrar en una relación a la que el calificativo más apropiado es el de «especial». Alguien que está pidiendo ayuda, no es ayudado en el sentido que él espera por otra persona que le cobra por ayudarle (Haley, 1976).

La primera ley de la Terapia que propone Zeig (Robles & Zeig, 1991) consiste en conducir la terapia hasta el nivel de experiencia en donde se genera el problema, dicho en términos de la Semántica General se trataría de partir de un nivel de abstracción en el que el paciente se diera cuenta de que está efectuando la abstracción. Esto supone que el terapeuta ha de tener clara la visión respecto de los presupuestos y las características en base a los que el paciente configura su problema, pero sabiendo que no los conoce todos. En cierto modo podemos afirmar que en la medida en que por medio de la confrontación del proceso de **Identificación**, no se repiten dos situaciones en terapia, ésta presenta las características más de un 'arte' que de una 'ciencia' (Klein, 1980).

Tal y como afirma White (1964), la 'Psicoterapia' debe ceñirse a aquellos métodos que dependen de una interacción directa entre paciente y psicoterapeuta. El beneficio de la psicoterapia se encuentra en el reaprendizaje o nuevo aprendizaje que el paciente es capaz de lograr a través de la conversación con el terapeuta y a través de la relación personal resultante., la característica básica

on el discurso del terapeuta es la concordancia de sus palabras con el mundo, la semejanza en estructura, se evita por todos los medios el convertir en estático lo dinámico de la experiencia (Minteer, 1953).

En esta fase es donde se han de ir concretando las diferencias que supongan para el paciente la posibilidad de vivir y experimentar algo distinto. Incluso en el enfoque psicoanalítico está asumiéndose que la 'veracidad' de que lo que se recuerda es menos importante que su efecto sobre la actual visión del paciente sobre su vida (Efran y cols. 1990).

En esta incorporación de la idea de cambio en cada experiencia presente encontramos el paralelismo con otras disciplinas, la física cuántica en este caso, en la que se sostiene la idea de que cambios extremadamente débiles en el medio externo pueden llevar a comportamientos internos completamente distintos, abriendo la posibilidad de que el sistema se adecúe al mundo (Prigogine, 1988). Esta mención a un campo tan, a primera vista, distante de la psicoterapia podemos entenderla un poco mejor si hacemos caso a los comentarios de Mahoney (1985) respecto de las explicaciones de los procesos de cambio que propone el propio Prigogine por él citado.

Los planteamientos mas innovadores dentro la terapia breve (De Shazer, 1985. Keeney, 1983. etc...) recogen también la idea de favorecer experiencias en las que el paciente pueda darse cuenta de los cambios que va experimentando, aunque no le resulte posible, en un principio, definirlos o explicarlos.

Cuando el paciente se encuentra en la sesión con el terapeuta

puede experimentar que por fin alguien que está con él, lo hace sin reproches, sin censuras, sin falsas alabanzas ni alientos forzados, en definitiva alguien que le acepta como es. Como cada una de las partes construye una experiencia de la presencia del otro, la actitud del terapeuta va a suponer una forma de promover experiencias nuevas para el paciente y constituirse en uno de los factores de cambio más potentes (Feixas y Villegas, 1990).

La intervención del terapeuta va a ser aceptada por el paciente en la medida en que éste no se sienta amenazado como ser humano. Ningún terapeuta es quién para, aprovechando la autoridad que le proporciona su rol, destruir los puntos de referencia y de valores del paciente (Cencillo, 1973). No tiene mucho sentido, en cuanto a lo terapéutico que pueda resultar, el tratar de persuadir al paciente sobre la conveniencia de efectuar un cambio si éste lo vive como amenazante para su identidad personal ( Bateson, 1991; Hayakawa, 1953).

**En este apartado hemos de referirnos a la calidad de la interacción que entre paciente y terapeuta se estableció, casi desde el inicio del proceso terapéutico.**

**La actitud de respeto del terapeuta fue vivida por la paciente como un contraste con las experiencias que anteriormente había vivido. También fue para ella una sorpresa que el terapeuta manifestara sus posiciones con claridad, especialmente a lo que hacía referencia a las responsabilidades que estaba dispuesto asumir. Como no percibió en ningún momento descalificación alguna hacia sus incapacidades iniciales para resolver sus problemas empezó a considerar que no era tan 'rara' como pensaba en un principio. El que hubiera un marco en el que se pudiera desenvolver de otro modo fue una apoyo de inestimable valor para poder ir arriesgándose en el exterior del ámbito terapéutico.**



## **2) Características de la comunicación entre terapeuta y paciente.**

El situar este apartado en la fase intermedia puede parecer un tanto extraño, si, como nosotros defendemos la comunicación aparece desde el mismo momento en que una persona percibe o se da cuenta de la presencia de otra. No obstante lo colocamos en esta fase para señalar que en ella es donde va a jugar un papel más destacado en el conjunto del proceso de interacción que se da entre terapeuta y paciente. La primacía de la comunicación en esta fase viene determinada por la disminución de otros aspectos de la interacción (novedad, expectativas, incertidumbre, desconocimiento de en qué consiste la terapia, etc...) que condicionan la relación terapéutica.

Partiendo de lo específico y particular que es el marco en el que se desarrolla la terapia, una relación entre dos o más personas en un contexto claramente estructurado y con unas metas definidas, la comunicación va a adquirir unas connotaciones y una orientación muy particular.

En primer lugar hemos de señalar que la existencia de unas metas preestablecidas va a jugar un papel muy destacado en cuanto al contenido de la comunicación. El paciente va a reseñar en cada una de las sesiones aquello que considera importante de cara a los objetivos del proceso terapéutico que en su momento se establecieron.

La referencia que hace el paciente puede considerarse como un arma de doble filo. A menudo comprobamos que en el discurso del paciente encontramos que, si bien por un lado efectúa una mayor focalización en cuanto al conjunto de aspectos



problemáticos del tema que se comenta, por otro lado puede suponer un sesgo en cuanto a que no van a ser manifestados determinados aspectos o situaciones que puedan dar lugar a una información más amplia, pero que el paciente no valora como interesante. Como ejemplo de ello tenemos la tendencia de la mayoría de los pacientes a comparar su estado actual con el que creen que experimentarán cuando alcancen las metas propuestas. Muchas veces el fruto de esa comparación desenfoca y distorsiona la evaluación de la calidad de los cambios que ha experimentado.

La comunicación, si tomamos en cuenta el proceso de **Identificación**, va a estar caracterizada por una ausencia de información respecto de la experiencia a la que se refiere, por lo que el terapeuta va a tener que estar pendiente de algunas de las afirmaciones que el paciente hace y el carácter del que éste las dota. En muchas ocasiones van a ser más nítidas y en otras no tanto.

Los cambios que existen entre experiencia y explicación de la experiencia van a ser uno de los puntos en los que durante esta fase de la terapia el terapeuta va a tener que prestar más atención, y la sensibilidad para hacerlo se la va a proporcionar la actitud de confrontar el proceso de **Identificación**.

Las posibilidades que en la terapia cristalicen, de forma más dramática si cabe, los errores de comunicación hace conveniente que hagamos referencia aquí, de nuevo, a uno de los mayores enemigos de una comunicación efectiva, la 'proyección' (Berman, 1962). Para este autor podemos conceptualizar tres clases de proyección, a saber:

1) Cuando ponemos el significado que nosotros damos a las palabras en las palabras de los otros.

2) Cuando ponemos en el mundo lo que está dentro de nosotros. Esta clase de proyección es el fiel reflejo del proceso de **Identificación**.

3) Cuando proyectamos nuestros sentimientos de incomodidad en otros. Este sería el tipo de proyección al que habitualmente se hace referencia desde los enfoques psicoterapéuticos.

Tal y como hemos expuesto el proceso de **Identificación**, vemos que la proyección es el vehículo por el que las personas podemos confundirnos al evaluar nuestras experiencias.

Desde esta perspectiva, podemos ver que, tanto terapeuta como paciente, pueden incurrir en proyecciones en su comunicación. Si están pendientes de ello y cada uno va asumiendo lo que siente, dice y hace como propio, estarán utilizando la comunicación que establecen durante la sesión como una forma de descubrimiento personal y de búsqueda y hallazgo de alternativas en su experiencia vital.

También vemos con frecuencia a lo largo de la etapa intermedia del proceso terapéutico, como van apareciendo los rasgos más característicos de los hábitos comunicacionales del paciente. La tendencia a generalizar, las situaciones, a colocar fuera de sí la responsabilidad de lo que le sucede por medio de la proyección, la atribución de una relación causa-efecto de muchas de las situaciones que experimenta, etc... Un instrumento muy útil en esta

vertiente de la terapia es el «Metamodelo<sup>41</sup>» (Bandler y Grinder, 1975, 1976, 1985) En el cuadro 'Uso del metamodelo en psicoterapia' ( Anexo C) exponemos una serie de preguntas que servirán para confrontar la mayoría de este tipo de errores comunicacionales

---

<sup>41</sup> El metamodelo es una serie de preguntas que intentan trastocar y aclarar las eliminaciones, distorsiones y generalizaciones del lenguaje. Estas preguntas tienen la finalidad de llenar la información perdida, remodelar la estructura y sonsacar información específica para dar sentido a la comunicación.

*El metamodelo reconecta el lenguaje con las experiencias y puede usarse para:*

- 1.- Recoger la información.
- 2.- Aclarar significados.
- 3.- Identificar limitaciones.
- 4.- Abrir nuevas opciones.

*En primer lugar, nos permite reunir información de alta calidad cuando es importante entender exactamente lo que los demás quieren decir.*

*En segundo lugar, el metamodelo aclara significados.*

*En tercer lugar, el metamodelo da opciones. Las creencias, los universales, las nominalizaciones y las reglas, todos ponen límites. Y los límites existen en las palabras, no en el mundo.*

*Qué violación del metamodelo debe el terapeuta impugnar dependerá del contexto de la comunicación y su propio objetivo. El metamodelo es una forma poderosa de reunir información, aclarar significados e identificar límites en la forma de pensar de una persona.*

La existencia de metas preestablecidas dotó en este caso a la comunicación de un punto de referencia concreto al que el terapeuta podía acudir cuando la paciente comentaba o proponía soluciones inalcanzables. Esto facilitaba una comunicación bastante estructurada.

También era destacable en la comunicación la petición de explicaciones de lo que para la paciente significaban términos como: "Ser incapaz.", "No valer para nada.", "Saber vivir.", etc...

Como uno de los puntos de atención destacada del terapeuta era la calidad de la comunicación, en lo que a las características de ésta se refiere los avances de la paciente fueron bastante espectaculares y rápidos. Esto no quiere decir que en bastantes momentos, y con frases que ya hemos mencionado en otros apartados, no se pudieran detectar numerosas muestras de 'proyecciones' en el discurso de la paciente.

### **2.1. Hábitos disfuncionales de comunicación que son patentes en el discurso del paciente.**

Los hábitos disfuncionales de la comunicación tales como excesiva expresión verbal, evaluación rígida, confusión de los órdenes de abstracción, etc...(Fox, 1981), van a ir apareciendo en la medida que el contacto verbal entre terapeuta y paciente se va intensificando. La evaluación como disfuncional de alguna de las características o hábitos en el discurso del paciente es algo que depende de la habilidad y criterio del terapeuta, por tanto, será conveniente que dejemos siempre un cierto margen en cuanto otros aspectos tales como frecuencia con la que aparece, temas en los que es más patente, momentos de la sesión en los que son más acentuados etc...

Veamos a continuación algunas ideas en cuanto a esos hábitos de forma más pormenorizada.

La *tendencia del paciente a extenderse sobremanera* en la explicación de los problemas que padece puede ser considerada como una forma de tratar de eludir lo que está experimentando en el nivel no traducible a palabras. Para autores como Naranjo (1989) Perls y cols. (1951), y otros, la excesiva verbalización supone un impedimento para que la persona llegue a tomar conciencia plena de su experiencia. Una serie de versiones sobre un mismo hecho, puede dar información al terapeuta, sin embargo también puede ser un modo a través del cual el paciente se protege de reconectar con sensaciones desagradables. El exceso de palabras puede ser también muestra de querer mantener una determinada imagen.

Esto va a hacer más difícil que el proceso terapéutico se centre en los conflictos o limitaciones concretas en las que el paciente se encuentra inmerso y en los cuáles se bloquea. Se puede caer entonces en una especie como de 'charla de café' en la que la actividad que se lleva a cabo puede quedar reducida a un hablar 'acerca de' que elimina la implicación de la persona que habla (Castanedo, 1983; Fagan y Shepherd, 1970; Latner, 1973; Perls, 1973; etc...). En esta situación se produce una distorsión, pues lo más importante pasa a ser el diálogo y queda al margen de la conciencia lo que la persona experimenta.

En lo referente a la *evaluación rígida* que hace el paciente y que queda plasmada en la calidad de su discurso, muchas son las referencias que podemos encontrar. Desde Korzybski (1933, 1937, 1951) hasta Caro (1990, 1994), pasando por Bandler y Grinder (1975, 1976, 1980),; Ellerbroek, 1980; Johnson (1946) y un largo etcétera.

Lo más esencial que dicen estos autores se refiere a lo nocivo de

la evaluación rígida de cara a poder percibir y tomar conciencia de la complejidad de la experiencia. En la medida en que se da por sentado que sólo hay una forma de evaluar una experiencia las demás formas posibles desaparecen o pasan a segundo plano en cuanto a su disponibilidad.

La lógica de dos valores que se desprende de las propuestas de la filosofía aristotélica es también una clara muestra de lo que sería una evaluación rígida.

Esta forma de evaluar entorpece, y en algunos casos impide totalmente, la posibilidad de llevar a cabo una comunicación fluida y enriquecedora para ambas partes.

Algunos ejemplos los encontramos en expresiones de los pacientes tipo: «Yo siempre he sido así.», «Es un 'mala' persona.», «Las cosas son como son.», etc...

En cuanto al tercer punto que hemos mencionado el de la *confusión de los órdenes de abstracción* podemos afirmar que sobre ésta vertiente de las dificultades comunicacionales pocos son los autores que desde la Semántica General no hayan efectuado alguna aportación. Sólo citaremos a Korzybski (1933, 1937) para no extendernos en exceso.

La importancia de este hábito disfuncional podemos centrarla en que quien lo efectúa está confundiendo los niveles de abstracción a los que hace referencia en su discurso. Esto lo podemos comprobar en casos como aquellos cuando refiriéndose a un proceso lo expresa por medio de un sustantivo que le da un carácter estático. Dar por seguro lo improbable, dar por terminado lo inacabado,

etc... también serían ejemplos de confusión de órdenes de abstracción.

La confusión de los niveles de abstracción es una de las vías por las que es muy fácil desarrollar pautas comunicacionales conflictivas y problemáticas. En la medida en que terapeuta y paciente estén expresándose desde niveles de abstracción diferentes las palabras que cada cual utilice van a tener niveles de significación distintos y por tanto van a dificultar la comprensión por parte del otro y a favorecer un aumento en la sensación de frustración por no sentirse comprendidos. Creemos que un sólo ejemplo va a dar la suficiente luz como para dejar claro este punto. Cuando un paciente que siente palpitaciones y sudoración en las manos y dice: «La 'ansiedad' que siento no me deja vivir.», nos muestra cómo un concepto 'abstracto' y 'técnico' como la ansiedad es confundido con una experiencia fisiológica como las palpitaciones o la sudoración en las manos, y con las conclusiones que a partir de su experiencia el paciente hace.

En esta fase de la terapia la calidad de la comunicación entre terapeuta y paciente van a tener una mayor importancia en la medida en que ambos se encuentran en una situación de mayor confianza y conocimiento mutuo.

Una forma sintética y muy clara de exponer los peligros que pueden aparecer en la calidad de comunicación en esta fase, aunque no exclusivamente en ella lo encontramos en la descripción, que tomado de Caro (1990d), hemos adaptado para el tema que nos ocupa.

*Los hábitos disfuncionales en la comunicación entre terapeuta y cliente se concretan en:*

> Expresiones que configuran la experiencia como estática. Por ejemplo: «Siempre he sido nervioso.»

> En el discurso se separan cosas que no se pueden separar en la experiencia de la 'realidad'. Por ejemplo: «La cabeza me dice una cosa y el corazón otra»

> El discurso aporta un grado de diferenciación deficiente. Por ejemplo: «Las personas no me toman en cuenta.»

> En los términos expresados se percibe un escaso grado de variabilidad. Por ejemplo: «En todas las situaciones me comporto igual.»

> En el discurso se proponen un tipo de relaciones que no son semejantes en estructura a lo que hacen referencia (causa-efecto, dependencia, etc...) y no aportan una información clarificadora. Por ejemplo: «Mis vecinos me ponen nervioso.» o «Si la gente me mira 'mal' no puedo hacer lo que quiero.»

**La paciente en el inicio de la terapia mostró una tendencia a perderse en circunloquios y explicaciones redundantes. Este rasgo fue desapareciendo poco a poco a lo largo de esta fase, sobre todo como fruto de que el terapeuta al final de muchos de ellos preguntaba "¿Exactamente qué es lo que me quieres decir?".**

**También era ostensible la evaluación rígida como muestra de los hábitos disfuncionales de comunicación de la paciente, la cual era confrontada con preguntas por parte del terapeuta. A expresiones de la paciente del tipo: "Solo hay una forma de hacer bien las cosas." el terapeuta contestaba con la interrogación : "¿Sólo una?"**



En lo referente a la confusión de los órdenes de abstracción que la paciente mostraba podemos afirmar que eran bastante frecuentes. Las frases de la paciente como: "He tenido un ataque de nervios." al ser contestadas por el terapeuta con una pregunta del tipo: "¿Cómo sabes que era un ataque?" la paciente respondía: "Porque me he puesto a gritarle a mi hermana." Podemos comprobar como la acción de gritar se confunde con una etiqueta de más alto nivel de abstracción como la de 'ataque de nervios'.

## 2.2. La atención a la comunicación no-verbal como complemento imprescindible para una comunicación eficaz.

Los rasgos analógicos de la comunicación van a cobrar una mayor importancia en esta fase en la medida que, generalmente, va a haber una repetición de partes del discurso que ya ha sido pronunciado antes. El terapeuta podrá comprobar las diferencias del discurso del paciente si es capaz de detectar los niveles de sonido de la voz del paciente. En la medida que mayor sea la 'repetición' de algo ya dicho la voz del paciente va a sonar más mecánica y carente de implicación emocional (Merloo, 1957).

Si la parte de gestos y detalles que acompañan a la expresión verbal es siempre importante, se trate de la fase del proceso terapéutico de la que se trate, en esta fase concretamente se hace más notorio en cuanto que el paciente y el terapeuta pueden estar menos pendientes del modo en cómo le hablan al otro (Davis, 1971). El terapeuta ha de ser un observador astuto de la conducta del paciente en la sesión terapéutica y ser sensible a toda comunicación que el paciente emita y que proporcione información al proceso terapéutico y a sus interacciones (Garfield, 1995).

Desde este punto de vista la comunicación no-verbal, el lenguaje analógico que acompaña a todo discurso va a suponer una información más valorada por quien recibe el mensaje. Un suspiro, un cambio en la coloración de la cara, la disminución del tono de voz, la aceleración del ritmo del discurso, etc... pueden aportar más información y suponer más modificaciones de la relación que una serie de frases y de comentarios (Ruesch y Kees, 1956) Esta posición es congruente con la consideración que la Semántica General hace del ser humano como un todo indivisible. De este modo se evita caer en una disociación que hace del cuerpo un objeto separado del pensamiento y que es consecuencia de la estructura del lenguaje que usamos y queda patente en muchos fragmentos del discurso del paciente (Kepner, 1987).

En cada fase el efecto de la comunicación en el receptor tiene características específicas, en este caso, no podía ser de otra manera, también.

Como ejemplo baste poner los silencios con los que podemos encontrarnos en esta fase de la terapia. Tienen un significado distinto, en la medida que van a tener más que ver con la experiencia interna del paciente y la concentración de éste, que con el temor o la desconfianza hacia la figura del terapeuta.

El tomar en consideración la comunicación no-verbal y la verbal como un conjunto Indisoluble permite el desarrollo de la terapia como un todo integrador en base a que se considera que:

1) El proceso psicológico que el paciente expresa verbalmente está explícitamente conectado a sus expresiones corporales.

2) Los procesos físicos como postura, contención muscular y perturbaciones somáticas son vistos por el terapeuta como expresiones significativas del paciente.

3) Se considera que tanto los procesos físicos como los psicológicos son aspectos de un todo (la persona) (Kepner, 1987).

**Durante todo el proceso terapéutico esta faceta de la comunicación interpersonal fue utilizada como fuente para favorecer la toma de conciencia de la paciente en lo que a congruencia de su discurso con su experiencia interna se refiere.**

**En muchos momentos se le pregunto sobre la diferencia entre la expresión de su cara (solía mostrar una sonrisa bastante artificial) y el contenido de lo que decía.**

### **3) Semejanzas y diferencias entre la relación terapéutica y las relaciones cotidianas del paciente.**

La innegable existencia de semejanzas y diferencias entre terapia y vida es la clave de la utilidad de la terapia como forma de mejorar la calidad de vida. Si una u otra son excesivas vamos a ver seriamente afectada la efectividad y utilidad de la terapia y la posibilidad de lograr sus fines.

En aras a una mayor claridad, vamos a considerar tres aspectos en los que podemos observar las semejanzas y diferencias. Esta división no es mas que un recurso teórico, queremos señalar, sin embargo, que en la práctica la relación terapéutica supone un todo indivisible.

### 3.1. Similitudes y diferencias en el contexto.

En cuanto a las *similitudes* que se observan en el plano contextual podemos resumirlas en los siguientes puntos:

a) *Contacto interpersonal*: el paciente y el terapeuta se sirve de las normas de relación vigentes en el contexto sociocultural al que pertenecen.

b) *Experiencias previas del paciente*: Modo de relacionarse que tienen con profesionales de los cuales ha solicitado sus servicios.

c) *Actitudes del paciente*: La situación de solicitar ayuda terapéutica hace que el paciente adopte unas actitudes que son similares a otros contextos en los que haya necesitado de otras personas para resolver sus problemas.

En el contexto terapéutico encontramos una serie de *diferencias* respecto de la vida cotidiana del paciente en una serie de aspectos que, generalmente definidos en la primera entrevista, o en el fase inicial de la terapia, podemos agrupar en los siguientes apartados:

a) *Marco de la sesión*: El medio físico en el que se desarrolla la sesión, en términos generales, supone un lugar destinado a ese fin en el que no existen ningún tipo de interferencia (teléfono, interrupciones, etc...)

b) *Horario y duración de las sesiones*: El establecimiento de una cita previa, y una duración determinada configuran un contexto muy concreto.

c) *Honorarios y compromiso de pago*: El que el paciente tenga que pagar por la atención del terapeuta, también dota al contexto de matices especiales.

Para que la relación terapéutica se convierta en una fuente de cambio ha de suponer para el paciente, especialmente, un marco en el que no tenga, de antemano, todas las claves para desenvolverse. Este marco no puede crearse exclusivamente con técnicas, tengamos presente que la relación terapéutica es una técnica y a la vez trasciende todas las técnicas (Fagan y Shepherd, 1970).

**En cuanto a las semejanzas queremos señalar:**

a) **Contacto interpersonal**: La semejanza de nivel cultural y social entre el terapeuta y la paciente sirvió como un elemento favorable en el comienzo de la relación terapéutica.

b) **Experiencias previas del paciente**: La costumbre de la paciente a relacionarse con profesionales de otras áreas con motivo de su trabajo disminuyó, en cierto grado, el impacto de las expectativas respecto de la primera entrevista.

c) **Actitudes del paciente**: Algunos momentos parecía que la paciente estaba hablando con un médico, con la demanda de ayuda que esto implica.

**En lo que a las diferencias se refiere destacar que:**

a) **Marco de la sesión**: La paciente manifestó lo agradable que le resultaba no verse interrumpida por circunstancias externas.

b) **Horario y duración de las sesiones**: El establecimiento de una cita previa, y una duración determinada le resultaba impactante en cuanto a que no tenía mucha costumbre de ser puntal. Esta cuestión comenzó a variar cuando un par de sesiones que habían comenzado más tarde al no llegar

puntual, finalizaron a la misma hora que si hubieran comenzado en punto.

c) Honorarios y compromiso de pago: La cuestión económica tenía su importancia en la medida en que desde el primer momento se pactó que el dinero saldría de su bolsillo y que no iba a pedir nada a sus padres, con los cuales compartía parte de su sueldo.

### 3.2. Semejanzas y diferencias en el diálogo.

En el diálogo que tiene lugar durante la sesión terapéutica nos encontramos con una serie de *semejanzas* que resumiríamos en los siguientes aspectos:

a) El idioma que terapeuta y paciente utilizan es el que les sirve como medio de comunicación en su vida cotidiana. cuanto más amplia sea el área de términos y expresiones común para ambos mayor fluidez para la comunicación.

b) En momentos determinados de la sesión el contenido del diálogo no va a estar ceñido exclusivamente a la problemática del paciente (U'Ren, 1980), por lo que la conversación será de gran semejanza con otras que, tanto terapeuta como paciente, mantiene en el transcurso de su vida.

c) El intercambio verbal va a ser en muchos momentos el de una conversación en la que una y otra parte hablan alternativamente.

En lo que a las *diferencias* se refiere podemos concretarlas en los apartados siguientes:

a) El discurso del paciente tiende a centrarse en los conflictos y situaciones problemáticas que motivan la búsqueda de terapia. Esto va a condicionar el rumbo de la sesión y va a convertir en un tipo 'especial' de conversación en cuanto a los resultados a los que puede dar lugar.

b) Mientras que en un diálogo de la vida cotidiana del paciente, las palabras del interlocutor son tenidas como las de un igual, en el marco de la sesión, el discurso del interlocutor, el terapeuta, corresponde al del 'experto' que va dar una visión 'autorizada' y 'técnica' que puede contener las sugerencias y consejos que le ayuden a encontrar una solución.

c) Mientras lo que dice uno (el paciente) está sujeto a un cuestionamiento y análisis, lo que el otro (el terapeuta) expresa es fruto del resultado del conjunto de conocimientos técnicos que posee. En determinados enfoques terapéuticos, el psicoanálisis ortodoxo, por ejemplo, el discurso del terapeuta está claramente circunscrito y delimitado mientras que el del paciente no.

En la medida que paciente y terapeuta están inmersos en un genuino proceso de investigación y descubrimiento del mundo del paciente, éste se va a encontrar con que a menudo no encuentra palabras con las que definir sus experiencias. Esto puede suponer en sí una fuente de aprendizaje para el paciente, en la medida que va a tener que hacer uso de su 'creatividad' para poder expresar verbalmente lo que le pasa.

Es necesario que recordemos que dentro del proceso terapéutico van a haber bastantes momentos en los que la interacción terapeuta-paciente no va estar, estrictamente, orientada hacia la



solución de los problemas (U'Ren, 1980), sin embargo lo que en ningún momento podemos negar es que esa relación puede resultar didáctica y/o terapéutica para el paciente.

Los recuerdos y las narraciones que el paciente aporta en la sesión terapéutica hemos de considerarlas como actuaciones en el aquí y ahora de la sesión terapéutica, en la medida en que nunca describen una 'realidad objetiva' sino una experiencia (Efran y cols. 1990)

**En relación a las semejanzas:**

a) El léxico utilizado era bastante semejante, si bien en algunos momentos algún término de lterapeuta hubo de ser clarificado.

b) En los momentos de la sesión en los que el contenido del diálogo no estaba ceñido exclusivamente a la problemática de la paciente, esta mostraba disponer de un buen nivel de habilidades sociales,

c) Si bien al principio eran bastante extensas sus verbalizaciones, en todo momento mantenían una corrección socialmente aceptable.

**En lo que a las diferencias se refiere:**

a) El discurso de la paciente tendía a centrarse en los conflictos y situaciones problemáticas que motivan la búsqueda de terapia. Hablaba fundamentalmente sobre su malestar, esto fue desapareciendo a medida que avanzaba el proceso terapéutico.

b) En algún momento las palabras del terapeuta fueron interpretadas como la única manera que la paciente tenía para encontrar una solución.

c) La paciente tenía la tendencia a valorar más las opiniones del terapeuta que las suyas propias. si bien esto podía ser considerado una semejanza, por parte del terapeuta se le señaló si a todas las opiniones atendía más que a las suyas.



### 3.3. Semejanzas y diferencias en la relación.

La relación entre paciente y terapeuta está considerada como básica en lo que a la efectividad de la terapia se refiere (Frank, 1985), de ahí que si tomamos en cuentas sus rasgos principales estemos haciendo referencia a un punto de relevante interés.

En la vertiente de las *semejanzas* que encontramos cabe señalar las siguientes:

a) En la faceta de la interacción muchos de los rasgos serán comunes a los de relación social entre dos personas ( por ejemplo trato, formalismos, cortesía, etc...)

b) Como ya hay un ambiente de confianza entre terapeuta y paciente las interacciones entre ambos van recoger determinadas pautas 'automáticas' procedentes de sus actitudes vitales y estilos personales, como por ejemplo: cordialidad, franqueza, etc...

c) En cierto modo van a haber atribuciones desde la posición del paciente, en cuanto a lo que el terapeuta ha de hacer, basadas en otras relaciones en las que un técnico ha jugado el papel protagonista en la solución de un problema del paciente.

En cuanto a las *diferencias* que aparecen en la relación terapeuta-paciente respecto de otras mantenidas por ambos fuera del marco terapéutico vamos a concretarlas en los siguientes puntos:

a) La condición de relación 'asimétrica' que tiene la psicoterapia promueve una serie de modos de interactuar en la que la posición

de terapeuta y paciente no están en el plano de la igualdad. Mientras que es totalmente comprensible que el paciente demande al terapeuta opiniones sobre los puntos de vista que aquél está expresando, no tendría mucho sentido que el terapeuta consumiera la sesión pidiéndole al paciente consejo sobre su vida personal.

b) El modo en que el paciente puede estar relacionándose con el terapeuta no está limitado más que por las normas de educación y respeto. Sin embargo la 'distancia' que el terapeuta va a mantener respecto del paciente va a responder también a criterios técnicos y metodológicos que van más allá de los meros formalismos sociales.

c) La 'ayuda' del terapeuta al paciente va a tener una serie de características diferenciadoras respecto del tipo de apoyo que amigos y otros profesionales le hayan podido prestar. Como ejemplos podemos señalar: No hay una actitud de hacer las cosas por el paciente, las respuestas sus preguntas, en muchas ocasiones, son otras preguntas, los consejos están formulados desde una posición de promover la posición activa y protagonista del paciente , etc...

**Respecto de las semejanzas cabe señalar las siguientes:**

a) El trato, formalismos, cor esía, etc... de la paciente eran los de una persona habituada a las relaciones sociales.

b) Como había un ambiente de confianza entre terapeuta y paciente las interacciones entre ambos eran bastante distendidas.

c) En algunas ocasiones la paciente se descubría esperando a lo que el terapeuta había de hacer, basándose en otras relaciones en las que un técnico había intervenido en la solución de un problema suyo.

**En cuanto a las diferencias las vamos a concretar en los siguientes puntos:**

**a) La condición de relación 'asimétrica' aparecía en algunas demandas de la paciente del tipo: "Dime qué tengo que hacer,"**

**b) La 'distancia' que el terapeuta mantenía respecto del paciente era de cierta 'proximidad' emocional y a la vez de no implicación cuando ella trataba de obtener una respuesta externa a sus conflictos..**

**c) La 'ayuda' del terapeuta a la paciente fue en algunos momentos fuente de enfrentamientos puesto que ella, esperaba recetas que no se le ofrecían.**

En la fase intermedia del proceso terapéutico es en el que van a aparecer los aspectos más nítidos de cómo la relación interpersonal muestra las dificultades que cada cuál experimenta para vivir saludablemente. Todo lo relacionado con el 'autoconcepto' y la 'autovaloración' que aparecía como inamovible e invariable para el paciente, a través de la relación con el terapeuta, por medio de la confrontación y de la reformulación, va a ir siendo percibido desde unas perspectivas diferentes que hasta ese momento no habían sido tomadas en consideración por aquél.

En este punto conviene hacer mención del concepto de 'transferencia'<sup>42</sup> que, aportado por el psicoanálisis, hace referencia a los aspectos emocionales que el paciente experimenta respecto

---

<sup>42</sup> El concepto de transferencia que adoptamos aquí, que resulta congruente con el tema de la presente tesis es el propuesto por Scott Peck (1.978) que la define como: «Transferencia es el conjunto de modos de percibir y responder al mundo que es desarrollado en la infancia y que generalmente es totalmente apropiado para el entorno infantil (a menudo, incluso es protector de la vida) pero que resulta totalmente inapropiado cuando lo trasladamos al entorno adulto.»

del terapeuta y al concepto de 'contratransferencia' que engloba lo referente a los aspectos emocionales que el terapeuta experimenta respecto del paciente.

En esta fase debido a que ya existe un clima de mayor proximidad estos sentimientos empiezan a jugar un papel más destacado en la experiencia de la relación terapéutica que cada uno vive. En este plano es en el podemos entender la aparición en el proceso terapéutico de la 'transferencia' y tal y como afirmaba Korzybski (1937) la utilización de una lógica y una estructura de pensamiento que se corresponde con las etapas iniciales de la vida, cargadas de inmadurez.

La aparición de este fenómeno en terapia nos indica la conveniencia de trabajar centrando la atención sobre los 'mapas' que el paciente está utilizando, los cuales estarán muy sesgados por criterios asumidos en la infancia y todavía no cuestionados (Scott Peck, 1978).

En esta fase todo en la terapia se vincula con el tacto y la oportunidad; ningún terapeuta formula jamás un análisis directo. Al contrario, constantemente, calibra la disposición del paciente para considerar una interpretación (Johnson, 1988). El terapeuta ha de tener presente en su acción terapéutica aquello que proponía Blas Pascal (Citado por May, 1967, pg. ): "Es peligroso mostrarle al hombre con demasiada frecuencia que es igual a las bestias sin mostrarle su grandeza. También es peligroso mostrarle demasiado a menudo su grandeza sin su vulgaridad. Es aún más peligroso que el hombre ignore ambas cualidades. Lo deseable es mostrarle ambas, y mostrárselas juntas."

Dentro de este escrito sin embargo queremos resaltar la diferencia que existe, y a menudo no muy tomada en cuenta, entre lo que el paciente siente hacia el terapeuta, que puede recordarle otras relaciones en las que ha experimentado algo parecido. Pero precisamente por ser en el marco de la terapia las características son diferenciadoras y la conciencia de esas diferencias va a permitirle investigar, conocer e incorporar nuevas formas de vivir una relación (Perls, 1973).

La tendencia a repetir las actitudes por parte del paciente, al ser confrontada por el terapeuta, siempre va a dar lugar a detalles nuevos y enriquecedores si el paciente es capaz de detectarlos.

En otro orden de cosas May (1967) alude a dos bloqueos que pueden aparecer en este periodo:

1) Pueden cristalizar modos de relación que supongan un modo de protección del terapeuta frente a la ansiedad que le provoca el encuentro directo con el paciente.

2) Se puede producir en la línea de debilitar la experiencia y el sentido de 'realidad' durante la terapia, tanto terapeuta como paciente se dedican a repetir de forma automática lo que se supone que corresponde a cada uno de sus roles. En ambos casos vemos que confrontando el proceso de **Identificación** se pueden prevenir y en el mejor de los casos evitar tales bloqueos.

Las concepciones que el paciente tiene más rigidificadas van a suponer una traba en el desarrollo del proceso terapéutico. El campo fundamental donde están enraizadas estas concepciones

es el de las 'creencias'<sup>43</sup> que el paciente tiene sobre sí mismo y sobre los demás. Es en este sentido en el que se va a aferrar a ellas en la medida de lo posible para poder mantener la falsa seguridad en la que tanta confianza ha ido depositando.

Estas concepciones al tenerla presentes el terapeuta le van a permitir conocer los intentos del paciente por excluir de su visión del mundo y de sí mismo aquellas percepciones que les resultan molestas y conflictivas (Hayakawa, 1953).

En la relación terapéutica tiene que estar presente la tendencia a la consciencia de la diferencia entre las palabras y lo que designan, puesto que de ese modo podemos percibir las diferencias que hay en el mundo (Hayakawa, 1953). Esta conciencia de la diferencia es la que predomina en una relación terapéutica si tomamos en cuenta el proceso de **Identificación** y en este sentido siempre va a caracterizar al proceso terapéutico como una fuente de cambios para el paciente.

En una buena parte, la posición del terapeuta va a tener que ser correspondida por el paciente. Los comentarios que el terapeuta haga, por ejemplo, si recogen una perspectiva distinta, y necesariamente la han de recoger, van a proporcionar al paciente la oportunidad de hacer algo distinto. También podemos comprobar que en la medida que la terapia suponen un encuentro entre personas el paciente va a poder usar su experiencia de otras relaciones para poder desenvolverse durante la sesión y comprobar

---

<sup>43</sup> Según O'Connor & Seymour (1993) Las creencias agrupan las diversas ideas que pensamos que son verdad, y empleamos como base para la acción diaria. Las creencias pueden ser tanto permisivas como limitativas.

su tendencia repetir determinados patrones de interacción y evaluación.

#### **4) Permanencia y cambio en la dinámica de las sesiones, la demostración práctica de la evolución personal.**

La sensación de que algo se repite o algo cambia en la experiencia de una persona siempre es una cuestión interna de quién la experimenta (Weinberg, 1959). Como ya hemos dicho en diversas partes de esta tesis, no existe la posibilidad de que algo permanezca estable más que en la fantasía de quien lo piensa.

Uno de los modos en los que la confrontación del proceso de **Identificación** supone un instrumento facilitador de la terapia es, precisamente, en la detección de las experiencias que el paciente califica como iguales y las que valora como diferentes. En las referencias que el paciente hace a sus recursos, a los problemas que ha tenido que superar en su vida, a la situación en la que se encuentra y que le conduce a terapia, pueden observarse como hay rasgos de 'repetición' y de 'diferencia'. Si el terapeuta tiene la suficiente sensibilidad, y a esto ayuda la actitud de confrontación del proceso de **Identificación**, va a poder cuestionarlos de cara a dar lugar a una toma de conciencia más profunda del paciente.

Todos los enfoques terapéuticos tienen como objetivo la búsqueda de cambios, por ello hemos de asumir que en la medida que la persona perciba que "nunca dos veces es lo mismo" (Korzybski, 1933) y sea capaz de integrar esa percepción como fuente de incremento de sus recursos personales, estará avanzando hacia modos de vida menos conflictivos y más saludables.

La posibilidad de que no aparezca nada nuevo, en el transcurso de los diálogos terapéuticos es nula, sin embargo el problema reside que una o ambas partes del sistema terapéutico hagan desaparecer las diferencias, o mejor dicho no tengan la sensibilidad suficiente como para poder detectar los detalles novedosos. La posibilidad de percibir que algo permanece constante es bastante difícil (Bateson y Ruesch, 1951). Como afirma Laborit (1966) cuando un sistema, el paciente en este caso, recibe energía exterior aumentan las posibilidades de "complejificación" y ello es fuente de cambio y de diferencias.

Vamos a aludir ahora de forma más detallada en algunos de los aspectos en los que la tendencia a la repetición y la posibilidad de un cambio aparecen como actitudes enfrentadas y en algunos de los planos en los que la terapia puede favorecer la superación de este enfrentamiento. La utilización que hacemos en los apartados de cuantificadores universales (nunca, nada, siempre, etc...) se basa en el convencimiento de que lo único que es constante y permanente en la experiencia humana es la variación y el cambio.

*> Nunca nada debe ser 'igual' en el proceso terapéutico (véase "a" en la reseña del caso, pg. 383).*

Una de las cuestiones por las que es conveniente focalizar en los planos de repetición y cambio estriba en que sólo en la medida en que algo 'no es igual' puede ser fuente de aprendizaje. Para que el paciente llegue a descubrir sus capacidades y recursos personales tiene que llegar a un contacto íntimo consigo mismo y a un mayor nivel de autoconocimiento. Ello es posible gracias a que dispone de un modo peculiar, personal y único de realizarse como persona, y por otra parte a que ese modo de ser uno mismo no es una estructura estática sino evolutiva (Cencillo, 1973).



Las actitudes de paciente y terapeuta van a tender a 'estabilizarse' como consecuencia de la duración en el tiempo de la relación terapéutica. Si el terapeuta tiene esto en cuenta va a evitar el 'permanecer' estático en cuanto a su posición, lo cual dará pie a nuevas actitudes del paciente para reestablecer el equilibrio de la relación.

> *El contacto terapeuta-paciente siempre debe ofrecer aspectos novedosos (véase caso reseñado, pg. 383).*

El contacto con el terapeuta, tanto por la presencia de éste como mediante el diálogo que mantiene con él, favorece la experiencia del paciente de aprender por sí mismo (Polster, 1973). Los terapeutas tratamos de ayudar al paciente a apreciar y dar sentido a su vida, viéndola como un todo (Lowen, 1980). En la medida en que el paciente tenga la sensación de conocer 'todas' las respuestas y actitudes del terapeuta va a experimentar una sensación de monotonía que puede interferir de forma nociva en los frutos que obtenga de la terapia. En la medida en que el terapeuta interprete que el paciente siempre reacciona y se comporta 'igual' puede estar dejando fuera de su campo de percepción análisis rasgos que pudieran ser utilizados como fuente de cambio.

> *Las respuestas del terapeuta deben favorecer la apertura hacia modos alternativos de conceptualizar la realidad (véase "c" en el caso reseñado pg. 383).*

Las características especiales de las respuestas y los comentarios del terapeuta van a suponer un 'reencuadre'<sup>44</sup> de lo que comenta el paciente y por tanto una situación 'diferente' que va a suponerle

---

<sup>44</sup> *Reencuadre: (Bandler y Grinder, 1982) Es un modo específico de contactar la parte de la persona que está ocasionándole determinada conducta o que le está implendiendo la ocurrencia de cierta conducta deseada.*

al paciente la posibilidad de elaborar un nuevo conjunto de creencias (De Shazer, 1982). El feedback verbal para aquellos que lo desean (emocional y no racional o interpretativo) puede ser provechoso de cara a favorecer nuevas experiencias para el paciente (Ginger y Ginger, 1987).

Una de las medidas más terapéuticas es la de favorecer que el paciente logre ver la otra cara de la moneda, que llegue a darse cuenta de su responsabilidad y el cómo pone en práctica los efectos incapacitadores de sus conflictos y tendencias neuróticas (Horney, 1991). Esto en cierta medida va a hacer posible que podamos superar el obstáculo en que en muchas ocasiones va a quedar encallado el proceso terapéutico, de preguntar 'por qué' el paciente hace lo que hace. Al devolver la responsabilidad de ser él el que construye su realidad, estamos dándole la oportunidad de hacer el cambio (Glasser, 1979)

*> La tendencia a la repetición siempre que es confrontada por el terapeuta permite al paciente el descubrimiento y la toma de conciencia de nuevas posibilidades en su experiencia (véase "d" en la reseña del caso, pg. 384).*

Aunque las intervenciones del terapeuta van a favorecer el cambio, las posibilidades del paciente de asimilar los mensajes que recibe, van a estar condicionadas por la tendencia a la repetición, fruto del intento de permanecer en sus creencias anteriores, las cuales si bien le resultaban problemáticas por lo menos le eran familiares y la cual pone en práctica sin tomar conciencia de que lo hace.

La tendencia a establecer una serie de actitudes repetitivas en

cuanto a una relación es uno de los peligros que en terapia van a estar siempre al acecho. Esta tendencia es uno de los frutos más destacables de la puesta en práctica del proceso de **Identificación** puesto que se intenta encontrar en el exterior una repetición que sólo existe en el interior de la persona. Si terapeuta y paciente no están pendientes de ello, especialmente el terapeuta, la efectividad de la terapia se va a ver seriamente amenazada.

*> En las pautas que el terapeuta propone siempre se recogen propuestas favorecedoras del cambio.*

El terapeuta es ante todo un individuo que percibe y elabora pautas (Fagan y Shepherd, 1970). Es con esas pautas con las que va a elaborar sus propuestas para el paciente y las cuestiones que le va a plantear. La mejor analogía del proceso de pautamiento la ofrece la creación artística, en la que intervienen a veces la capacidad cognitiva, otras la perceptual o la intuitiva, en interacción con el material y las demandas del paciente. Lo haga desde la capacidad que lo haga el criterio de la intervención siempre ha de tener como fin el favorecer el cambio.

Muchas veces vamos a encontrar una discrepancia entre lo que el paciente comenta que ha ido modificando y la valoración que hace de ello. Esto, una vez más es una muestra del proceso de **Identificación** que realiza. La tarea del terapeuta en estas situaciones ha de ir encaminada a establecer un acercamiento entre las acciones y valoraciones de ellas, aunque está claro que en última instancia el paciente es quien va a decir la última palabra sobre cómo él lo evalúa.

*> Para que la terapia sea fuente de cambio siempre ha de haber un trabajo conjunto entre terapeuta y paciente (véase "e" en la reseña del caso pg. 384)*

Una de las tareas del terapeuta será, ya no de mantener a cualquier precio al paciente a lo largo de un itinerario determinado, sino ayudarlo a aprovechar al máximo lo que encuentra en el camino de su terapia, a identificar mejor los obstáculos y los peligros, a distinguir las evitaciones inoportunas de las vueltas necesarias, a elegir los descubrimientos aprovechables, al regreso de cada experiencia (Ginger y Ginger, 1987). Para que pueda darse esto es necesario que el paciente vaya teniendo capacidad para diferenciar entre lo que vive y la evaluación que hace de lo que vive. Aquí sería provechoso hacer una referencia a la importancia que la retroalimentación del terapeuta pueda tener en el conjunto del diálogo terapéutico (Castanedo, 1983). El 'feedback' verbal para aquellos que lo desean (emocional y no racional o interpretativo) puede ser provechoso para el que acaba de ser protagonista (Ginger y Ginger, 1987)

*> Si el terapeuta está pendiente de confrontar el proceso de **Identificación** hasta las repeticiones del paciente serán fuente de cambio (véase en la reseña del caso pg. 384).*

Ya hemos mencionado anteriormente que la posibilidad de repetir eventos de forma 'idéntica' sólo existe en la mente de la persona que lo realiza la descripción, sin embargo en la sesión terapéutica, cuando esto sucede, va a ser mas fácilmente detectado y cuestionado por parte del terapeuta en la medida en que éste esté habituado a confrontar el proceso de **Identificación**.

Si el terapeuta está pendiente de confrontar el proceso de **Identificación** podrá devolver mensajes que pongan de manifiesto esa característica del discurso del paciente. Si esto no es así, muy

probablemente, se va a entrar en una especie de *impasse* en el que el paciente se va a sentir como atascado, aunque sin energía, y es en este punto donde se producen muchos de los abandonos en terapia.

El terapeuta también podrá usar la información que le reporta la actitud del paciente en cuanto que no siente que le suceda nada especial, o que no experimenta ningún cambio. Esto es un signo de cómo está el paciente viviendo el proceso terapéutico y a la vez del estilo de vida que lleva fuera de la terapia. No podemos dejar fuera de este punto que el intento de que todo permanezca 'igual' puede ser una muestra del intento del paciente por eludir las molestias y conflictos que experimenta en la terapia los cuales son inherentes a las relaciones y descubrimientos que se establecen en el proceso mismo.

La relación entre estos dos aspectos del caso que estamos describiendo podemos señalarla como sigue:

a) Por parte del terapeuta se hacía especial hincapié, hacia el final de la sesión, en lo que de novedoso había descubierto ese día la paciente, la pregunta "¿Qué dirías que has aprendido después de esta sesión?", favorecía la conciencia de haber hecho algo diferente.

b) Las respuestas del terapeuta y algunos de sus comentarios causaron sorpresa en la paciente, en la medida en que no eran formas de responder 'habituales' para ella. El que no hubiera, por parte del terapeuta, una especial, mención sobre si debía dejar de llorar o no en la sesión, por ejemplo, según comentó ella mas tarde le supuso una 'novedad' muy significativa en el sentido que lloró mientras tuvo ganas y no se sintió coartada.

c) El que el terapeuta respondiera a muchas de sus preguntas de la paciente con otras preguntas colocaba a ésta en la tesitura de tener que responder a la pregunta inicial que había hecho o hacerlo a la que el terapeuta planteaba.

d) En determinados momentos de la terapia la paciente utilizaba su hábito de pedirle al terapeuta que le diera una solución, a lo que éste reponía con preguntas del tipo: "Y tú ¿qué solución ves?". Esto en algunos momentos fue vivido por la paciente como frustrante, sin embargo debido al nivel de confianza en la interacción con el terapeuta ella continuó con su avance.

e) Las discusiones entre paciente y terapeuta fueron utilizadas en este caso como método para establecer las características de la problemática que la paciente deseaba abordar. En todo momento podía utilizarse como punto de partida del trabajo en terapia cualquier actitud o comentario que la paciente aportara.

f) Uno de los modos en que la paciente descubrió su capacidad de hacer las cosas de forma diferente fue a través de la repetición de cualquier gesto o comentario a demanda del terapeuta, que se lo solicitaba muy a menudo.

### **5) La detección del proceso de Identificación como muestra de los bloqueos del paciente.**

Como ya hemos dicho anteriormente, es en esta fase de la terapia cuando el trabajo terapéutico alcanza su mayor nitidez puesto que no hay tanta interferencia por otros aspectos paralelos a la problemática en sí. Es por ello por lo que en este punto nos vamos a centrar en los dificultades y bloqueos del paciente.

Cuando en el discurso del paciente el terapeuta detecta la presencia de forma indiscriminada y en diversas facetas del proceso de **Identificación**, puede tener la práctica seguridad que esa persona tiene bloqueada la capacidad de mantener un contacto adecuado y saludable con el entorno que le rodea.

Podremos comprobar cómo en el transcurso de la terapia van a haber fases, mas o menos prolongadas, en las que el paciente va a desplazar la localización de los conflictos.

Lo va a hacer en dos sentidos:

a) Puede estar haciéndose cargo de responsabilidades o soluciones que no dependen de él.

b) Puede estar poniendo el factor de cambio en personas de su entorno cuando le corresponden a él los pasos que puedan producir un cambio.

Distinguir entre lo que es responsabilidad propia y lo que no es uno de los grandes problemas de la existencia humana. Nunca lo vamos a resolver completamente, puesto que hemos de estar a lo largo de nuestra vida comprobando y rectificando donde descansan nuestras responsabilidades en el curso de las situaciones siempre cambiantes (Scott Peck, 1978).

Una forma bastante útil de comprobar estos extremos la podemos encontrar a través del análisis de su discurso. El uso del sujeto de sus

oraciones nos indicará a quién atribuye el paciente la responsabilidad de la situación. En muchos va a ser una oración impersonal la que nos indique que el no se está haciendo responsable de la experiencia conflictiva en la que está atrapado.

Hemos de tener en cuenta que cuando nos referimos a bloqueos del paciente nos referimos a la incapacidad de tomar de su ambiente lo que le resulta necesario y de poner en marcha mecanismos o recursos personales que él dispone para conseguirlo, los cuales no resultan accesibles debido, fundamentalmente, a la construcción (mapa) que hace de la 'realidad' con su discurso.

A continuación, en el cuadro 16 ofrecemos una serie de frases que según Salama (1992) se corresponden con bloqueos<sup>45</sup> que la persona experimenta a la hora de llevar a cabo una experiencia fluida.

<b>Cuadro 16.</b>	
<b>Frase que usa el paciente</b>	<b>Bloqueo que suele experimentar</b>
<i>Luego lo hago...</i>	<b>Retención</b>
<i>No siento...</i>	<b>Desensibilización</b>
<i>Por culpa de..</i>	<b>Proyección</b>
<i>Debería.../Tendría que.../ Habría de...</i>	<b>Introyección</b>
<i>Me aguanto...</i>	<b>Retroflexión-Proflexión</b>
<i>Mejor lo evito...</i>	<b>Deflexión</b>
<i>Lo que tú dices/Tú mandas..</i>	<b>Confluencia</b>
<i>No puedo dejar de.../ No dejo de...</i>	<b>Fijación</b>

<sup>45</sup> En el anexo D Fases y Bloqueos en el Ciclo de la Experiencia se exponen detalladamente las fases y en qué consiste cada uno de los bloqueos.



En el cuadro 17, tomado de Salama (1992) que a continuación reseñamos vamos a exponer el mensaje que la persona está creando por medio del proceso de **Identificación** que se concreta en la creencia de que será la respuesta de su entorno y que da lugar a la aparición de cada bloqueo.

<b>Cuadro 17.</b>	
<b>Bloqueo</b>	<b>Mensaje fruto del proceso de Identificación.</b>
<b>Retención</b>	<i>No te mereces</i>
<b>Desensibilización</b>	<i>No te amarán</i>
<b>Proyección</b>	<i>Te dañarán</i>
<b>Introyección</b>	<i>Te rechazarán</i>
<b>Retroflexión-Proflexión</b>	<i>No actúes</i>
<b>Deflexión</b>	<i>No te enfrentes</i>
<b>Confluencia</b>	<i>Te dejarán</i>
<b>Fijación</b>	<i>Estarás solo</i>

Como podemos observar claramente el paciente está tratando de evitar una serie de temores que le causan las reacciones que cree que va a tener del entorno. Estos temores son un claro ejemplo del proceso de **Identificación** en la medida en que los ha creado en su interior y no dispone de ninguna seguridad de que sean así. Ni siquiera el hecho de que anteriormente haya sucedido algo semejante le puede dar la total seguridad que experimenta internamente.

La necesidad del paciente de sentir una especie de validación social (Goodman, 1977) por parte de aquellos que le rodean de los sentimientos o vivencias que experimenta como algo 'normal' puede dar lugar a que trate de llevar a cabo comportamientos que estén valorados por él como adaptativos, aunque no respondan mas que a su deseo de ser como los demás.

Es en el plano de la percepción, condicionada por el modelo y el discurso, del terapeuta donde hemos de poner énfasis en cuanto a la detección de los bloqueos, ya que el paciente no está en disposición de hacerlo. Salvo que un 'otro' le devuelva información de lo que está diciendo no podrá darse cuenta de lo que está haciendo.

Como ejemplos de lo que conviene que recoja la devolución del terapeuta vamos a señalar, en el cuadro 18, las necesidades que, presumiblemente, subyacen a los bloqueos del paciente (Salama, 1992). El discurso del terapeuta tendrá que hacer mención de ellas para favorecer la toma de conciencia del paciente de aquello en lo que se está bloqueando. Al señalar las necesidades, el terapeuta, puede dar pie al paciente a descubrir intenciones y aspectos positivos en aquello que el consideraba totalmente negativo.

<b>Cuadro 18.</b>	
<b>Bloqueo</b>	<b>Necesidad que refleja el bloqueo.</b>
<b>Retención</b>	<i>Relajación</i>
<b>Desensibilización</b>	<i>Placer</i>
<b>Proyección</b>	<i>Reconocimiento</i>
<b>Introyección</b>	<i>Aceptación</i>
<b>Retroflexión-Proflexión</b>	<i>Expresión</i>
<b>Deflexión</b>	<i>Identificación</i>
<b>Confluencia</b>	<i>Pertenencia</i>
<b>Fijación</b>	<i>Independencia</i>

La posibilidad de que mediante la confrontación del proceso de **Identificación** se produzca un cambio reside en que el terapeuta ayuda al paciente a encarar la situación con la que se encuentra de una manera nueva (Efran y cols. 1990). La novedad en la forma de hacer frente a la situación será más terapéutica en la medida que el paciente vaya asumiendo su responsabilidad en la resolución del conflicto que experimenta (Scott Peck, 1978). Este último cuadro nos muestra que la detección del proceso de **Identificación** y los bloqueos que conlleva van a servir como instrumento para el terapeuta de cara a favorecer el cambio en el paciente.

#### **6) Modos de superar terapéuticamente los bloqueos a través de la confrontación del proceso de Identificación.**

La superación de los bloqueos y dificultades con los que el paciente se encuentra durante la terapia y que tienen su origen y permanencia en el proceso de **Identificación** requieren de un trabajo centrado en cómo la persona conforma y vive su experiencia.

En muchas ocasiones va a ser el discurso pronunciado por el paciente, en otras algún movimiento que le resulte perceptible al terapeuta, también los gestos y la postura de aquel pueden ser fuente para comenzar la investigación (Binswanger, 1961).

Va a ser en los puntos que siguen en los que intentaremos reflejar la positiva aportación de la confrontación del proceso de **Identificación** en la marcha de la terapia.

Como consecuencia de la consideración del ser humano como un todo la percepción del terapeuta no puede centrarse exclusivamente en los aspectos dialógicos de la relación con el paciente. Esto va suponer un esfuerzo por no quedar preso en el contenido del discurso. Mas bien al contrario, la observación de discurso y actitud, de comunicación verbal y no-verbal como un conjunto indisoluble lo que potenciará en el terapeuta la capacidad del terapeuta de detectar la presencia del proceso de **Identificación**.

El contenido y la implicación del paciente en lo que dice van a tener que ser congruentes para que la **Identificación** no esté presente. Hablar de las opiniones de otro como vivencias propias, o poner sus experiencias en el ámbito de la responsabilidad de otros, requiere de una discrepancia entre el 'qué' y el 'cómo' se dice que van a servir como señales al terapeuta de que el paciente está identificando.

### **6.1. Las expresiones del paciente como punto de partida.**

Partiendo de lo que el paciente expresa y del modo en cómo lo expresa el terapeuta ha de plantear una serie de cuestiones, preguntas o experiencias que se centren en fomentar la capacidad del paciente de discernir y tomar conciencia respecto de qué forma parte de su mundo interior y qué está formando parte de su entorno. El tipo de preguntas las hemos reflejado en el cuadro *Uso del metamodelo en psicoterapia* (Anexo C). Y como característica general pretenden un cuestionamiento de las seguridades, generalizaciones y ausencias que el terapeuta detecta en el discurso del paciente. También en estas preguntas el terapeuta puede señalar las incongruencias entre comunicación verbal y no-verbal que observa en el paciente. En este último caso las preguntas serán del tipo «¿Qué significa para tí el modo en que dices lo que dices?».

En la dirección de poder tomar el discurso del paciente como punto de partida cuando este menciona vivencias pasadas, conviene que tengamos en cuenta lo que apuntaba Minkowski (1968, pag. 8): «no hablamos de los «viejos tiempos» mas que porque proyectamos en ellos, sin darnos cuenta, lo que nuestro presente parece negarnos.»

El terapeuta ha de utilizar 'mapas' más amplios que los del paciente puesto que si no lo hace no va a poder plantear investigaciones o cuestiones que conduzcan al paciente a la búsqueda de soluciones nuevas. El terapeuta ha de tener a su disposición la capacidad de trascender el lenguaje del paciente y el modelo del mundo que este conlleva (Efran y cols. 1990).

Con sus expresiones, el terapeuta, puede llegar a mostrar que la manipulación de un lenguaje puede llegar a producirse, fruto de la experiencia y la habilidad (Lee, 1949).

**En el caso de la paciente que nos ocupa ya hemos referido en otros puntos de esta tesis ejemplos del tipo de expresiones que utilizaba. En este apartado sólo vamos a hacer mención de la acentuada presencia de cuantificadores universales del tipo: "Todo, nunca, nada, etc..." y también de las relaciones 'causa-efecto' como mecanismo para explicar su estado.**

## **6.2. La frontera persona-ambiente lugar en el que se juntan la experiencia interna y lo observable para otros.**

La experiencia de la persona, tal y como sostiene entre otros enfoques (Terapia Gestalt, Terapia Familiar, Psicoterapia Breve, etc...) la Semántica General, se da en la frontera de contacto entre el ser humano y el ambiente del cual es inseparable. La frontera de contacto es el órgano de una relación particular entre el organismo y el ambiente (Perls y cols. 1951). Es el punto de relación del 'yo' con lo que es el 'no yo'.

El contacto es la savia vital del crecimiento, el medio de cambiar uno mismo y la experiencia que uno tiene del mundo. El contacto es el darse cuenta de, y una conducta hacia, una novedad asimilable, y el rechazo de la novedad no asimilable. La experiencia de los seres humanos está en función de las condiciones con las que contacta, es condicional, no condicionada (Weinberg, 1959). Esta es a la vez la clave del cambio. El contacto es incompatible con el hecho de seguir siempre igual (Polster, 1973).

Dado que la incidencia del proceso de **Identificación** está centrada en el modo en cómo el paciente construye su experiencia una de las formas más útiles de enfrentar dicho proceso consiste en proponerle experiencias en las que se vea cuestionada la rigidez en cuanto a lo que cae en el ámbito del interior de la persona y en lo que corresponde al ambiente. El paciente puede experimentar tres tipos de fronteras (Polster, 1973):

*A) Fronteras del cuerpo*

El cuerpo suele ser la muestra física de muchas de las restricciones y de los bloqueos que la persona se hace.

*B) Fronteras de los valores*

Nuestros principios éticos suponen una frontera en la que en muchas ocasiones cristalizan los deseos de identidad y las defensas de lo que consideramos ataques de nuestro entorno. Tomarlas como algo rígido hace muy difícil el contacto con otras persona que tienen otros valores.

*c) Fronteras de la familiaridad*

La idea de cambio inspira tanto temor en algunas personas que se mantienen dentro de las fronteras de la familiaridad como una forma de eliminar el riesgo que supondría ir más allá.

Lo que el terapeuta va a proporcionarle al paciente durante la terapia son posibilidades de tomar conciencia del proceso por medio del cual ordena el mundo al entrar en contacto con él, dándole sentido a la 'realidad', mientras la va percibiendo (Latner, 1972).

**La paciente mostraba en su discurso detalles que le permitían al terapeuta señalar que eso no le resultaba observable para él, que lo que desde su óptica podía ver era algo mucho más superficial y sencillo. Por ejemplo cuando la paciente decía: "Me encuentro 'mal'" y simultáneamente sonreía, el terapeuta comentaba: "Me resulta difícil poder creer las dos cosas a al vez." Este tipo de interacciones ayudaron a la paciente a recuperar la congruencia entre gesto y mensaje. Entre experiencia interna y actitudes observables para los otros.**

### **6.3. La Integración por parte del paciente de lo que experimenta en terapia, un referente para conseguir la superación del proceso de Identificación.**

Un rasgo que ha de presidir la intervención terapéutica es el de hacer posible para el paciente la integración de lo experimentado durante la sesión. Si a una persona, el paciente en este caso, en el contexto de la terapia, se le coloca en una situación en la que emite una respuesta pero no tiene la oportunidad de responsabilizarse de ella puede dar lugar a que se esté favoreciendo el agravamiento de la patología (Zinker, 1977).

Para que en el contexto de la terapia se puedan enfrentar los bloqueos del paciente, el terapeuta ha de permitirse utilizar, de forma integradora, toda la información de la que dispone a lo largo del proceso terapéutico, así como la aplicación en el aquí y ahora de aquellos recursos que congruentes con lo que observa tenga a su disposición (Bergman, 1985; Castanedo, 1983; Glasser, 1979 ).

El ir cuestionando el discurso y proponiéndole al paciente propuestas de reflexión o actuación en el transcurso de la sesión supone una forma de intervenir en el proceso que este lleva a cabo en la construcción de su discurso y por tanto en la conceptualización y la experiencia que realiza. Se trata de volver más explícito lo que es implícito, proyectando sobre la escena exterior lo que se representa en la interior, permitiendo así al paciente tomar una mejor conciencia de la forma cómo funciona aquí y ahora, en la «frontera de contacto» entre él mismo y su medio (Ginger y Ginger, 1987).

En sus intervenciones el terapeuta se convierte en una fuente de información, de retroalimentación, para el paciente, y en la medida que esa información sea recibida por éste como una visión distinta va a suponer un punto de partida para el cambio y el aprendizaje (Keeney, 1983). Siempre hemos de tener en cuenta que el cambio en la conducta y la experiencia del paciente puede producirse de muy diferentes maneras y a través de medios o experiencias muy diversas.

En lo que respecta a los contenidos de la sesión terapéutica, si tomamos en cuenta la confrontación del proceso de **Identificación**, hemos de colocar el acento en el propio proceso de interacción, entre terapeuta y paciente, tomando en cuenta incluso los recursos que emplea éste último para fomentar o poner en peligro dicha interacción, o para bloquear la conciencia y el cambio (Fagan y Shepherd, 1970).

El papel que dentro del devenir terapéutico juega la confrontación del proceso de **Identificación**, en lo que al aspecto de la integración de lo que el paciente experimenta en terapia, podemos concretarlo en los siguientes aspectos:

A) Las experiencias vividas suponen un reflejo de otras que, procedentes de la vida del paciente, han sido evaluadas como conflictivas e insuperables. Por medio de la reevaluación de los aspectos del discurso a través de los cual es el paciente las narra, se produce una resituación de la responsabilidad. No se pone 'fuera' lo que es una creación desde 'dentro'.

B) Una vez situada cada referencia en el plano de abstracción correspondiente, el paciente se encuentra en disposición de enfrentar de forma distinta los problemas a que la evaluación errónea daba lugar. Ya puede hacer suyas las facetas de la experiencia que hasta este momento veía como ajenas, y, simultáneamente, desprenderse de aquellas sobre las que, hasta ese momento, estaba asumiendo una incidencia y responsabilidad que no le pertenecía.

C) La clase de integración a la que la confrontación del proceso de **Identificación** da lugar es de tipo 'global'. Con este término queremos recoger que los aprendizajes que el paciente efectúa no sólo suponen un cambio a nivel racional. Mas bien el aprendizaje que se desprende como fruto de esa integración promueve cambios actitudinales, del tipo de una mayor flexibilidad en los criterios en los que se basa, con la clama que en su discurso se refleja. Las tensiones posturales y del modo de expresarse van tornándose en una mayor fluidez y relajación tanto en el esquema corporal como en la calidad del discurso.



D) Puesto que ya no hay una 'permanente' forma de evaluación respecto de lo que está 'dentro' y lo que está 'fuera', ya no es necesaria la rigidez de planteamientos que se precisa para mantener fijo lo que está en constante cambio.

**En la mayoría de las sesiones, y sobre todo, en aquéllas en las que la descarga e implicación emocional había sido especialmente intensa, se invertía un tiempo en la parte final de la sesión con el objetivo de que la paciente pudiera verbalizar e integrar lo experimentado durante la misma. Con comentarios del tipo: P " me he dado cuenta cómo me siento cuando digo lo que quiero y que puedo hacerlo" mostró la paciente lo útil de ese tiempo invertido para la integración.**

#### **6.4. El 'aquí y ahora' de la sesión, espacio tiempo en el que se fragua el cambio.**

Una condición que está siempre en el trabajo terapéutico y que a menudo parece olvidarse es la de que éste se produce en un espacio-tiempo determinado (Atkings, 1981) y que por tanto, todos los temas que en esa sesión se abordan hacen referencia a lo que en ese momento sucede. Sólo se puede vivenciar en el presente, en el aquí y ahora, (Naranjo, 1989)

Puede cuestionarse si el hecho de que el paciente haga referencia a una experiencia anterior no contradice lo anteriormente afirmado. La respuesta, desde nuestra parte es que no. Mas bien al contrario, cuando el paciente hace mención de un hecho o experiencia procedente de otro espacio-tiempo de su vida, salvo que caigamos en la confusión de la que la Semántica General no previene, no podemos valorarlo como la experiencia misma.

El paciente en el momento presente de la sesión re-crea por medio de su discurso la experiencia que en ese momento valora con la suficiente importancia como para convertirla en tema de la terapia. La narración, que siempre implica cambios respecto de la experiencia original, va a ir en muchas ocasiones acompañadas de

sentimientos similares a los de la experiencia original, sin embargo hay una distancia que es la que permite reelaborar la valoración que impregna el recuerdo de la experiencia.

El trabajo terapéutico se ha de dar, inevitablemente, sobre lo que sucede en la sesión. Esto no quiere decir que los efectos de una reelaboración y la posterior integración por parte del paciente no se vayan a extender más allá. De hecho la efectividad de la terapia estará puesta de manifiesto en la medida en que los cambios se generalicen en la vida diaria del paciente. La labor terapéutica va a estar centrada en lo que en cada momento es 'figura' en la experiencia que aparece expuesta en el discurso del paciente

Esto condiciona el papel del terapeuta en la medida en que la directividad va a estar matizada por lo que el paciente expone. En base a considerar el protagonismo del paciente en lo que concierne a su aprendizaje, hay que recordar que los avances en terapia los va a favorecer la sensibilización a la que él pueda llegar. En muchas ocasiones se pretende adjudicar al terapeuta un papel de 'estimulante' que haga descubrir cosas al paciente.

Este intento de ceder al terapeuta el protagonismo principal si es asumido por el terapeuta va suponer un serio condicionante en lo que a la efectividad de la terapia se refiere. Conviene que en todo momento se tienda hacia una responsabilidad compartida en lo relativo a la creación del contenido de la sesión. Como señala Tyler y Tyler en el prefacio de Keeney (1990 pag. 13): «El encuentro terapéutico se convierte así en una conversación en la cual terapeuta y cliente se responden el uno al otro sin contar con ningún libreto, ni siquiera con un relato *preestablecido*. El terapeuta no controla ni la conversación encaminándola hacia las tramas apropiadas de la patología o por los párrafos adecuados de la enfermedad, sino que deja su propio curso por los múltiples caminos y numerosos desvíos que se van abriendo. El terapeuta no es el que da la 'charla magistral', el 'rey supremo de la palabra' que maneja el discurso y dicta su significado.»

Como terapeutas nos habremos de contentar en seguir, paso a

paso, lo que pasa, lo que surge en el instante y como atraer la atención del paciente, su darse cuenta "awareness", sobre lo que hace y cómo lo hace, proponiéndole eventualmente ampliar los fenómenos espontáneos a fin de que tomen más conciencia de lo que estos inducen o evocan en él mismo, como el único capaz de comprender el sentido profundo de su comportamiento (Ginger y Ginger, 1987). El terapeuta en el aquí y ahora interviene con los recursos que en ese espacio-tiempo dispone como técnico y como ser humano.

Como ya hemos apuntado con anterioridad la terapia se va a dar en la frontera del contacto entre terapeuta y paciente en el aquí y ahora de la sesión y en ese sentido las acciones del paciente y la manifestación de sus síntomas pueden ser vistos como un intento de mantener bajo su control una situación que no siente como controlada (Fagan y Shepherd, 1970)

Por parte del paciente el terapeuta va a encontrar una tendencia a mantener los límites o fronteras como algo estático, repitiendo conductas y/o actitudes en las que a pesar de sentirse incómodo se siente más seguro que como imagina que se sentirá si se arriesga a un cambio.

**Dada la pertenencia del terapeuta a un enfoque existencial, la focalización en el presente era favorecida a través no sólo de la demanda de hablar en presente, sino también de la petición que la paciente expresara lo que sentía en el aquí y ahora de la sesión. También el señalar los aspectos posturales y gestuales de la paciente servía como un camino muy útil para que la paciente pudiera conectar con su aquí y ahora.**

#### **6.5. El uso de 'técnicas' en terapia, como una forma de favorecer el cambio del paciente.**

Dentro de este apartado vamos a referirnos a las técnicas que el terapeuta puede emplear a lo largo de la terapia desde la óptica de lo que suponen para el paciente. No lo vamos a hacer desde la mención de técnicas concretas, sino más bien desde la perspectiva de lo que favorecen o pueden favorecer.

El hecho de conceptualizar la sesión como un proceso de interacción encaminado a favorecer los cambios en el aquí y ahora, supone de por sí una técnica y un modo de confrontar el proceso de **Identificación** puesto que, en la medida en que lo que aparezca como tema de la sesión les descentre o no de ese momento presente es creación de los participantes y les desconectará del ambiente en mayor o menor medida. El mero conocimiento de por qué una tendencia neurótica se desarrolló originalmente, sólo puede tener un valor secundario, lo que se aborda en la terapia es cómo cambiar las fuerzas que operan en el presente (Horney, 1945).

Naranjo (1989) propone *tres tipos de técnicas* que el terapeuta tiene a su disposición:

1) Supresivas: Se le pide al paciente que deje de hacer algo que está haciendo y que tome conciencia qué experimenta cuando no lo hace.

2) Expresivas: Se le pide al paciente que ponga acciones o palabras a los sentimientos que experimenta.

3) De integración: Se le pide al paciente que se haga responsable de los sentimientos contradictorios que experimenta y que de alguna manera elabore una síntesis integradora que suponga la incorporación de ambos como suyos.

En las tres direcciones que plantean estas técnicas el terapeuta puede hacer uso del conjunto de recursos que le proporciona la confrontación de la **Identificación**.

En el caso de las *técnicas supresivas*, puede ir devolviéndole al paciente información en cuanto los cambios que suceden en el ambiente o que son observables en él al dejar de hacer algo. En este sentido, podemos comprobar en las expresiones del paciente las confusiones entre lo que el experimenta y lo que las personas de su entorno puedan llegar a percibir. En el impedimento para hacer algo, el paciente va a tener a su alcance la posibilidad de

comprobar cuánto de lo que hacía y durante el experimento no puede hacer es fruto de una especie como de automatismo del cual no es consciente. Cuando el paciente ya no dispone, entre el repertorio de actitudes y conductas, de una determinada necesariamente ha de buscar una alternativa por medio de la cual descubrir otros modos de actuar.

En la medida en que pretendemos que el paciente llegue a una mayor toma de conciencia, y que esto lo haga en el marco de la terapia, nos encontramos con que el primer requisito para vivenciar lo que potencialmente puede vivenciar, es dejar de hacer alguna otra cosa, especialmente aquello que le permite desenvolverse de un modo 'automático'. Con sólo que el paciente pudiera dejar de jugar algunos sus juegos habituales, encontraría que el vivenciar ya no es algo que tiene que buscar, sino algo que no puede evitar. Como ejemplo de este tipo de técnicas tenemos la prohibición de usar durante la sesión terapéutica de determinadas expresiones como: Hablar de otros momentos, referirse a otras personas, utilizar verbos que no lleven como sujeto a 'Yo' y cuyo tiempo sea el presente, etc...

En el apartado de las *técnicas expresivas* el terapeuta va a tener posibilidad de señalar determinadas acciones o palabras, pudiendo, el paciente distinguir entre lo que es suyo, la realización de la acción y los efectos que puede llegar a producir en las personas de su entorno. El terapeuta le va a señalar la diferencia entre acción y respuesta del entorno, pudiendo fomentar la conciencia de la separación de ambas como dos procesos en los cuales el punto de partida es distinto.

La expresión no sólo es una forma de aumentar la autoconciencia, también es una de las características de la persona desarrollada. Por medio de estas técnicas podemos alcanzar tres objetivos básicos en el proceso terapéutico que son: expresar lo inexpresado, completar la expresión y favorecer que la expresión sea directa.

En este tipo de técnicas la 'acción' sustituye a la inactividad presente en el discurso y planteamientos del paciente. Un ejemplo

típico de ellas es el acentuar un gesto o un tono de voz. El terapeuta al percibir un pequeño detalle que considera que puede resultar de importancia en la evaluación de la experiencia que hace el paciente, le propone que lo exagere y observe si percibe algún cambio en su experiencia global al modificar ese rasgo. En otras ocasiones la propuesta de finalizar frases que el paciente deja inacabadas en su discurso es también un claro exponente de este tipo de técnicas.

Respecto de las *técnicas de integración* el confrontar el proceso de **Identificación**, va a servir, entre otras cuestiones, para que el paciente observe la posibilidad de sustituir la lógica, tan instaurada en el pensamiento de las personas con modos de vida problemáticos, de la exclusión. Uno de los beneficios que el paciente va a poder alcanzar en aquellas experiencias que le hacen posible la integración es la de llegar a darse cuenta que no existen partes separadas de uno mismo sino que siempre tenemos nexos de unión entre aspectos de nuestra personalidad, y que la incorporación de habilidades complementarias son una fuente de promoción de nuestra capacidad de vivir saludablemente.

En el apartado de los ejemplos de estas técnicas vemos detalles que están muy en consonancia con lo que planteamos en el conjunto de esta tesis. El que el paciente se identifique con las partes de su discurso que determinan las responsabilidades en su experiencia le permitirá tomar una mayor conciencia de sobre quién hace recaer la fuente y la resolución de sus conflictos. En especial estas técnicas favorecen la clarificación y asimilación de las 'proyecciones' por medio de las cuales el paciente pierde la capacidad de evaluar adecuadamente una experiencia. Respecto de aquellos conceptos que 'introyecta' el paciente podemos decir que en la medida en que lleva a cabo la discriminación y posterior integración puede deshacerse de ideas y conceptualizaciones que se ha 'tragado' sin asimilar (Perls, 1973).

**En el ámbito de las técnicas supresivas se le pidió a la paciente evitar sonreír cuando decía algo que consideraba serio e importante, y que se diera cuenta de lo que para ella suponía hacerlo así.**



En lo relativo a las técnicas expresivas la prescripción, fue, inicialmente con dramatizaciones y, posteriormente, con el terapeuta como interlocutor, la de expresar sus sentimientos y pensamientos en primera persona y mirando a los ojos de la persona a quien hablaba.

Respecto de las técnicas de integración lo que se le propuso fué que comprobara cómo cambiaba la evaluación que hacía de sí misma al ser capaz de hablar claramente y mirando a los ojos. De este modo la conciencia de capacidad y la capacidad ya ejercitada dejaban de ser dos partes para pasar a ser un todo integrado.

#### 6.6. Los 'experimentos' que el terapeuta propone, una vía para superar la Identificación.

Para superar esta situación el terapeuta puede proponer 'experimentos' o 'ejercicios' en el marco de la sesión que supongan una posibilidad de conocer cómo se sentiría en el caso de realizar esas acciones y mantener esas actitudes fuera de la terapia. En las intervenciones del terapeuta se tienen que tomar en cuenta que la tendencia del paciente cuando experimenta un sentimiento inesperado es la de suprimirlo o negarlo desde su conciencia, en la medida que aceptarlos conllevaría tener que reorganizar la imagen de sí mismo, y ésto, siempre es vivido por el paciente como algo cuanto menos inquietante (Hayakawa, 1953).

La situación terapéutica que se persigue lograr cuando el terapeuta parte de confrontar el proceso de **Identificación** es la de un marco en el que la experiencia del paciente desemboque en una clarificación y una mayor conciencia de cómo elabora las pautas que rigen su vida utilizando como reflejo el aquí y ahora de la sesión.

La interacción entre terapeuta y paciente, aunque fundamentalmente verbal, también supone la existencia de un ser humano frente a otro y esto conlleva una serie de connotaciones

y significados que difícilmente pueden ser medidos por alguien que no interviene en la sesión. Esto nos lleva a considerar el sistema terapeuta-paciente como algo indisoluble por lo que podemos afirmar, sin temor a pecar de inexactos, que ambos están implicados, cada uno desde su rol y desde su 'epistemología' en lo que supone una 'creación' en todo momento.

Al terapeuta le corresponde en cierto modo responder a los planteamientos del paciente con una propuesta que partiendo de lo que el paciente experimenta aquí y ahora, de los repertorios de experiencias vitales de ambos y de su bagaje teórico y práctico (Zinker, 1977), suponga un marco en el que sea inevitable para el paciente el desarrollar una nueva actitud.

El nombre que le pongamos a esa propuesta que hace el terapeuta no va a importar excesivamente. En cada enfoque terapéutico se le va a llamar de una manera distinta, desde 'experimento' según la Terapia Gestalt, a 'ensayo de conducta' en el Enfoque Conductual, 'puesta en escena' en el Psicodrama, etc.... Esto va a suponer una oportunidad para el paciente para aprender por experiencia propia en un contexto de riesgo controlado y con el apoyo del terapeuta.

Lo que en todos los enfoques sí sucede es que cuando una propuesta está centrada en lo que son las auténticas necesidades del paciente durante la sesión terapéutica, se da pie a que éste aprenda algo novedoso que le resulta de utilidad en la línea de resolver la problemática que plantea.

En Oldham y cols. (1978) y en Stevens (1971) encontramos una serie de ejemplos de 'experimentos' procedentes del campo de la Terapia Gestalt. El que nos centremos en este enfoque se deriva de que es sobre el que quien esto escribe tiene más conocimiento y experiencia. A continuación, en el cuadro 19 exponemos algunos ejemplos y el objetivo que desde la posición del terapeuta se pretende alcanzar.



<b>Cuadro 19.</b>	
<b>Bloqueo</b>	<b>Experimento que se propone para resolver y superar el bloqueo.</b>
<b>Retención</b>	<i>Dejar partir el pasado.</i>
<b>Desensibilización</b>	<i>Escultura de uno mismo. Diálogo entre partes del cuerpo.</i>
<b>Proyección</b>	<i>Distinción entre "tengo que-elijo que". Diferencias entre "no puedo-no quiero."</i>
<b>Introyección</b>	<i>Investigación sobre la exigencia que siente y la respuesta que el paciente da.</i>
<b>Retroflexión-Proflexión</b>	<i>Transformación de las preguntas en afirmaciones,</i>
<b>Deflexión</b>	<i>Expresión de sentimientos hacia los demás. Hablar directamente</i>
<b>Confluencia</b>	<i>Diferencias entre 'yo-tú'</i>
<b>Fijación</b>	<i>Expresión de sentimientos pendientes en el pasado hacia alguien significativo.</i>

### **6.7. Objetivos que el terapeuta persigue con los 'experimento que le propone al paciente.**

Los objetivos que el terapeuta persiguen con estas intervenciones hay que tener en cuenta que son fruto de sus hipótesis y de su conceptualización del momento por el que atraviesa el proceso terapéutico y que se plasman en el aquí ahora de la sesión. Podemos concretarlos de forma esquemática en:

1) El objetivo último es el de expandir el repertorio de conductas del paciente.

2) Crear las condiciones en las cuales el paciente pueda ver su vida como una creación propia. Esto va a permitir una mayor implicación en la terapia en la medida que supone una actividad encaminada a mejorar su calidad de vida.

3) Dar pie al aprendizaje experimental del paciente a y favorecer así la elaboración de un nuevo autoconcepto refrendado en el plano del comportamiento.

4) Completar aquellos huecos que el paciente experimenta en su personalidad y que le suponen un bloqueo en su capacidad de tomar contacto y desenvolverse en el ambiente en el que vive.

5) Favorecer una integración entre los planos intelectual y de expresión conductual.

6) Avanzar en el descubrimiento de facetas propias de las cuales no tiene conciencia.

7) Estimular la integración entre tendencias personales en conflicto.

8) Situar aquellas responsabilidades que no están claramente delimitadas en cuanto a la posición que les corresponde para una vida saludable.

9) Desarrollar en el paciente la capacidad para evaluar las situaciones en las que se desenvuelve y poder poner así en práctica sus recursos personales (Zinker, 1977).

No cabe la menor duda que, desde la óptica que estamos defendiendo, el trabajo tiene que estar siempre centrado en los modos en que el paciente lleva a cabo las evaluaciones de lo que observa siente y hace. No es una cuestión fundamental el plantear cual es la causa que subyace. La incidencia de la terapia ha de ser sobre la 'forma' que el paciente tiene de vivir sus problemas. Si admitiéramos la existencia de los 'problemas' en abstracto no haríamos otra cosa que caer presos del proceso de **Identificación** al dar carta de existencia a eventos o experiencias que sólo existen en cuanto a que son experimentados por las personas.

En terapia se persigue una 'clarificación' para el paciente. Las experiencias que el paciente vive como problemáticas están

caracterizadas por varios niveles de significación. El paso de uno a otro nivel de forma automática es lo que genera una buena parte de los problemas. Es más, en el proceso de **Identificación** cristaliza la confusión entre lo que es interno y propio del mundo del paciente y lo que es manifiesto y observable para el terapeuta. Si durante las sesiones la intervención del terapeuta va en una dirección adecuada, el paciente va a desarrollar la capacidad para discernir ambos niveles y llegará a integrarlos sin confundirlos.

En cada uno de los pasos que se siguen en el conjunto de la experiencia propuesta por el terapeuta, se requiere de una cooperación, de una implicación podríamos decir, por parte del paciente. No se trata de una mera dirección impartida por un técnico y que es seguida por un lego que no puede hacer otra cosa que obedecer ciegamente una consigna. La corresponsabilidad es necesaria en la medida que si esta no existe el paciente, probablemente, va a mantenerse en un segundo plano en cuanto a sobre quién recae la responsabilidad de su propia vida, mermando en gran medida su implicación en el proceso terapéutico.

En la interacción entre terapeuta y paciente, cuando el primero interviene durante la sesión lo hace desde la posición de favorecer una profundización del paciente en su toma de conciencia de lo que está experimentando, para poder así elaborar alternativas a su situación problemática. El principio que hay que recordar es que la terapia marcha bien cuando el paciente siente que funciona, cuando percibe un avance, cuando se siente estimulado a decir lo que piensa (Johnson, 1988).

#### **6.8. Características que deben reunir las propuestas del terapeuta para que sea de utilidad el desarrollo de un 'experimento'.**

En sus intervenciones el terapeuta tiene que tener presente que el referente siempre es el paciente. También debe recordar que en la medida en que él es un observador participante puede estar cayendo en inexactitudes sobre cómo evalúa el estado y la situación en la que se encuentra el paciente. Si es consciente que siempre

van a haber diferencias entre lo que él observa en el paciente y lo que éste está experimentando sus propuestas están siempre teñidas de un carácter tentativo y de respeto que redundarán en beneficio de la calidad de la experiencia del paciente.

Las características del desarrollo de un experimento podemos resumirlas en (Zinker, 1977) :

- 1) Establecer una base de trabajo.
- 2) Negociar un consenso entre terapeuta y paciente.
- 3) Graduar el trabajo en función de las dificultades que el paciente experimenta.
- 4) Poner de manifiesto la conciencia del paciente.
- 5) Localizar la energía del paciente.
- 6) Concentrar la conciencia y la energía en el desarrollo de un tema.
- 7) Generar, tanto en el paciente como en sí mismo, factores que les sirvan de apoyo.
- 8) Elegir un experimento particular.
- 9) Ejecutar el experimento.
- 10) Integración por parte del paciente de lo experimentado .

Estos pasos son orientativos, aunque en términos generales, hemos de admitir que si en el desarrollo de una sesión se alcanzan, podemos hablar de una sesión satisfactoria.

Dependiendo del enfoque al que pertenece el terapeuta se va a hacer más hincapié en unos pasos o en otros. La cuestión que hemos de señalar es que en la medida que el paciente se encuentra 'haciendo' algo en la sesión, ese algo ha de servirle para percibir las 'diferencias' con otras situaciones semejantes. Esto va favorecer que el paciente incremente su sensación de capacidad en lo relativo a vivir saludablemente.

En este contexto la confrontación del proceso de **Identificación**, es un instrumento en manos del terapeuta en dos sentidos:

- > Va a poder establecer una forma diferente de escuchar y

comprender el discurso del paciente, puesto que cuando este le exponga sus experiencias ya puede distinguir en qué vertiente de su mapa las experimenta y cómo las conceptualiza.

> Cuando el terapeuta va a proponerle un experimento va a poder hacerlo de manera que el paciente haya de focalizar su atención en un discurso, el del terapeuta, en el que no se contienen expresiones que le aumenten su confusión, sino más bien al contrario.

Un terapeuta que tenga en cuenta el proceso de **Identificación** no va a caer en el error de pasar por alto las expresiones del paciente en las que se recogen confusiones o proyecciones, y las va a poder confrontar cuando lo estime oportuno. (Véase el anexo C «Uso del Metamodelo en psicoterapia»).

### **7) Cómo y cuándo finaliza esta fase.**

A lo largo del proceso terapéutico el paso de una fase a otra no puede concretarse en un momento o situación concreta. Es la aparición de diversos detalles lo que va indicando al terapeuta que una fase está finalizando y otra comenzando.

En lo relacionado con el modo y el momento de finalización de la fase intermedia podemos señalar algunos puntos orientativos. Son los siguientes:

a) Los contenidos de la sesión van centrándose más en los avances conseguidos que las dificultades para avanzar.

b) Las capacidades que el paciente ha ido desarrollando van dando sus frutos en la vida cotidiana del paciente y ello es referido en las sesiones.

c) La intensidad emocional de los temas tratados en las sesiones va disminuyendo en la medida en que lo que fue, en su momento, motivo de consulta ha ido perdiendo o modificando su incidencia en la experiencia del paciente.

d) El paciente se muestra más relajado y con mayor sensación de autodomnio respecto de los temas que le atormentaban en el pasado.

e) El discurso del paciente recobra una fluidez y claridad que había estado ausente al inicio del proceso terapéutico.

Estos rasgos permiten inferir al terapeuta que la mayor parte del trabajo terapéutico ha sido realizado y puede comenzar a incluir entre los temas de conversación el de la valoración de las metas y resultados que el paciente está obteniendo gracias a la terapia.

## **IX) LA FASE FINAL DEL PROCESO TERAPEUTICO**

---

---

### **1) Rasgos característicos de esta fase.**

La fase de finalización de la terapia podemos caracterizarla por los siguientes rasgos:

a) El tema del discurso se centra más en lo alcanzado que en lo que no se ha de conseguir.

b) Se le presta mayor atención a la puesta en práctica de las capacidades adquiridas por el paciente que a lo que tendrá que variar o aprender.

c) La incidencia de la expectativa de finalización comienza a aparecer tanto en el discurso del paciente como en el del terapeuta.

d) La relación entre terapeuta y paciente presenta características de mayor igualdad. Ya no está tan presente la posición del paciente de «Yo estoy mal - tú estás bien» con respecto del terapeuta.

e) El objetivo fundamental en esta fase es finalizar de la forma más constructiva posible en la línea de dar paso a una vida autónoma del paciente.

Esta fase se inicia cuando terapeuta y paciente comienzan a percibir que las metas propuestas están siendo alcanzadas (Korchin, 1976, U'Ren, 1980). Como las metas han sido planteadas como algo que no supone una cuestión definitiva y estática esta sensación puede ser percibida de forma diferente por el terapeuta y el paciente. Esto hace que la cuestión sea planteada por una de las dos partes y corresponda a la otra dar una respuesta de cara a este tema.

En esta fase van a aparecer las expectativas y fantasías del

paciente en relación con la sensación de ser capaz de vivir su vida, sin el apoyo que para él supone la figura del terapeuta y la relación terapéutica.

Debido a estas fantasías es, generalmente, el terapeuta el que va a tener que proponer el que se piense en ir finalizando la terapia. No se trata de que haga un planteamiento radical sobre cuándo se ha de llevar a cabo la terminación, puesto que esto podría ser el reflejo de que es el terapeuta el que conoce mejor el estado del paciente, pero sí que en muchas ocasiones va a tener que dar el primer paso y conviene que lo haga de forma tentativa. En otras ocasiones, sin embargo, según Garfield (1995) hay una señal inequívoca de que la terapia está llegando a su fin y es cuando después de un progreso razonable va apareciendo en los comentarios y actitudes del paciente.

No obstante la reacción del paciente al comentario del terapeuta respecto de la conveniencia de ir pensando en finalizar la terapia también va a suponer una fuente de información que el terapeuta habrá de tomar en consideración. Congruente con el planteamiento y las características de la relación terapéutica que estamos proponiendo a lo largo de esta tesis la co-construcción de la relación hace que ambas partes tengan que mostrar su postura al respecto.

En muchas ocasiones los primeros pasos para la finalización de la terapia pueden ser el ir distanciando la frecuencia de las sesiones.

La problemática particular que puede suponer el comenzar a transitar por esta fase va a estar en función de la problemática que durante el proceso se haya abordado y del enfoque terapéutico utilizado. Mientras que en el psicoanálisis ortodoxo el proceso de finalización de la terapia va a ser prolongado, en la terapia breve o en las terapias con un número de sesiones pactadas de antemano esta etapa va a ser mucho más breve o en un plazo fijado de antemano (Garfield, 1995).

El nivel de profundidad alcanzado en la relación terapéutica es



una de las claves que van a condicionar dificultando, en mayor o menor medida, la posibilidad de finalizar el proceso de la terapia de forma útil para el paciente. En la medida que el contacto entre terapeuta y paciente haya tenido un componente emocional e intenso va a suponer el tener que confrontar más aspectos de la capacidad del paciente para andar por su propio pie. La psicoterapia puede ser tan poderosa, tan abarcadora, que salirse de ella se siente, por parte del paciente, como aventurarse en un terreno desconocido (Johnson, 1988).

Aunque no hay límite al crecimiento y desarrollo personal, es conveniente que la terapia se finalice cuando se han alcanzado las metas propuestas al principio del proceso terapéutico (Korchin, 1976).

Si la terapia se ha desarrollado en base a los criterios que aporta la confrontación del proceso de **Identificación** el paciente tendrá una conciencia mayor en relación con lo que de su sensación de seguridad le corresponde a él y cuánto de esa seguridad la está poniendo todavía en el ámbito de la responsabilidad del terapeuta.

El modo en que el paciente llega a desarrollar esa mayor conciencia puede concretarse en una serie de aspectos que a continuación pasamos a señalar:

a) Como su discurso ya no recoge confusiones en lo que a la evaluación de sus experiencias se refiere, lo cual le permite darse cuenta del modo en que puede optimizar o deteriorar sus recursos ante las experiencias que considera conflictivas.

b) Se muestra más capaz de aceptar la variabilidad de las experiencias que vive puesto que ya no va a la busca desesperada de una seguridad 'externa' que le proporcione tranquilidad a la inquietud y conflicto 'internos'.

c) La 'seguridad' que experimenta en relación consigo mismo y con su entorno ya no está basada en 'fantasías y modelos imaginarios, sino en el contacto fructífero con lo que necesita y los

modos de los dispone para alcanzar la satisfacción de esas necesidades.

La confrontación del proceso de Identificación supone una ayuda para alcanzar ese estado en la medida en que favorece un contacto de mayor amplitud y profundidad del paciente con su experiencia a través de la prevención y evitación de los errores de evaluación.

Para poder llevar a cabo una finalización fructífera de la terapia, ambas partes, terapeuta y paciente han de haber establecido una relación que habrá ido pasando de la 'dependencia' inicial a la corresponsabilidad que ha de caracterizar esta última fase. Esta corresponsabilidad se ha de haber ido fraguando en los diferentes pasos que a lo largo del proceso intermedio han ido recorriendo ambos.

Una de las aportaciones que para el terapeuta supone el confrontar el proceso de **Identificación** es que en muchas ocasiones habrá tenido la oportunidad de devolverle al paciente la 'patata caliente' de tomar la decisión de qué hacer. También habrá podido el paciente descubrir cómo, en sus modelos del mundo, ha incluido o excluido fuentes de responsabilidad que estaban siendo situadas fuera de lugar, y una de las más importantes es la de saber qué es suyo y qué no.

## **2) Aportaciones de la confrontación del proceso de Identificación en esta fase.**

Al igual que en el resto del proceso terapéutico, también en esta fase la confrontación del proceso de Identificación supone una serie de aportaciones, las cuáles pasamos a enumerar a continuación.

En primer lugar, favorece la consolidación en el paciente de una sensación de protagonismo en lo que a la dirección de su vida se



roflere. Esto da lugar a que la posibilidad de ir finalizando la terapia se vea como una consecuencia lógica del camino recorrido.

En segundo lugar, al desarrollar la capacidad de evaluar más correctamente, el final de la terapia se considera un paso adelante en el proceso de crecer como persona, puesto que la ayuda procedente de otras personas se concibe como algo temporal y pasajero. Es la autoayuda lo que va a ser 'vitalicio'.

En tercer lugar, se facilita la expresión de algunas de las preocupaciones que para el paciente pueda suponer acabar la terapia. No obstante estas preocupaciones, generalmente, son asumidas como algo que no está en el presente por lo que en el momento que se pudieran presentar el paciente podrá abordarlas con las habilidades que ha adquirido a lo largo de la terapia.

### **3) Valoración y significación de las metas alcanzadas.**

Como punto de partida y congruentemente con la concepción que hemos defendido en esta tesis al proponer la confrontación del proceso de **Identificación**, hemos de considerar el hecho de que en terapia la verdad está siempre abierta a la interpretación. Esto vuelve más confusa la cuestión para todos aquellos que están implicados en el proceso terapéutico.

El hecho de que la labor psicoterapéutica no ofrezca criterios nítidos para establecer cuándo la terapia está terminada (Johnson, 1988) hace que la valoración y significación de las metas sea algo personal e intransferible puesto que depende de quien lo experimenta. La calidad del contacto entre terapeuta y paciente va a ser determinante en lo que a la posibilidad de ser abierto y claro que cada uno tenga.

Wolberg citado por Small (1971) sostiene que terapeuta y paciente deben considerar la terminación desde puntos de vista distintos:

El terapeuta va a basar su opinión en que se hayan alcanzado las metas.

El paciente se basará en haber logrado lo siguiente:

- 1) Alivio o eliminación de la sintomatología motivo de consulta.
- 2) La mejora de otros síntomas perturbadores.
- 3) Claro grado de 'insight' acerca de las fuentes de sus dificultades.
- 4) Comprensión de lo que necesita hacer para conseguir adaptarse de la mejor manera.
- 5) Mayor tolerancia de la frustración y la privación.
- 6) Mayor dominio de los aspectos problemáticos de su medio.
- 7) Cambio de su visión de la vida.
- 8) Clara capacidad de autoobservación y autorrelajamiento.
- 9) Preparación para dar el tratamiento por terminado.

Otra forma en que tenemos que evaluar los cambios es guiándonos por tres criterios:

- A) Rapidez con que ha desaparecido el síntoma.
- B) Conducta positiva que lo ha reemplazado.
- C) Cuales han sido los trastornos producidos en los sistemas conexos (Fagan y Shepherd, 1970).

La forma en que se valoran los resultados alcanzados pasa necesariamente por una comparación con las metas que al comienzo de la terapia se establecieron. Esto implica que en la medida en que las metas fueron establecidas de forma clara y concisa más fácilmente se podrá llevar a cabo la comprobación de lo alcanzado.

En la elaboración del significado de las metas alcanzadas van a poder constatarse los modos alternativos que el paciente ha aprendido en cuanto a la conceptualización de su 'realidad' y de su experiencia. Por parte del paciente muchas veces van a aparecer rasgos de sus antiguos modos de expresar su 'realidad', esto puede ser una muestra de que todavía no es el momento, aunque en la mayoría de los casos, no va a ser más que un indicio del temor que experimenta respecto del pasar a la condición de ex-paciente.

El que el paciente haya llegado a alcanzar una salud mental

madura lo observaremos en la medida que ponga en práctica la capacidad de ser flexible y reexamine en cada momento el equilibrio que experimenta entre metas, necesidades, responsabilidades, etc... (Scott Peck, 1978). Desde las propuestas que hemos efectuado en esta tesis, la consideración del avance del paciente la puede hacer el terapeuta desde la capacidad que observa en el paciente en cuanto a evitar la práctica de la **Identificación**. Por ejemplo ya no aparecen en su discurso 'culpabilizaciones' al 'mundo' o a 'otros' respecto de los conflictos que experimenta. Se percibe en su actitud una asunción de responsabilidades que le liberan del círculo vicioso 'culpar a otros - sensación de incapacidad».

Si el trabajo terapéutico ha sido fructífero, el paciente mismo va a poder detectar la maniobra que efectúa cuando distorsiona los resultados y su experiencia de ellos. Su capacidad para detectar las 'proyecciones' le va a permitir assimilarlas o desecharlas según corresponda.

En las situaciones en las que el paciente todavía se confunde al evaluar su experiencia el terapeuta va a poder señalar que lo que observa es más bien un intento de mantenerse en la cómoda condición de paciente a la que se ha ido acostumbrando a largo del proceso de la terapia.

También en esta fase la confrontación del proceso **Identificación** es de gran ayuda. Si el paciente ha aprendido a distinguir entre lo que le es propio y lo que pertenece al ambiente en el que se desenvuelve no atribuirá a sus limitaciones el temor a dejar la terapia, sino que podrá comprobar claramente la inercia a permanecer en un estadio que ya le resulta familiar y conocido.

Como a lo largo del proceso psicoterapéutico se habrá ido produciendo una mejora de la autoestima, el paciente no va a estar tan limitado en cuanto a poder aceptar que tiene valores y

cualidades que ya considera como propias y que gracias a ellas dispone de recursos para mejorar su calidad de vida. Es más, como los cambios que habrá ido experimentando en su vida cotidiana le habrán ido demostrando, ya se siente capaz de arriesgarse a caminar por su propio pie.

### 3.1. Para el Paciente.

En el ámbito de la experiencia del paciente y en la vertiente de la valoración que hace las metas alcanzadas podemos comprobar que el papel de la confrontación del proceso de **Identificación** se concreta en:

a) Evalúa como propios los avances conseguidos y no como un fruto de la intervención del terapeuta exclusivamente.

b) No considera a las metas como algo que una vez alcanzado va a permanecer inalterable y siempre a su disposición. Mas bien al contrario, asume la necesidad de ponerlas en práctica y familiarizarse con las habilidades que de ellas desprenden.

c) Las metas alcanzadas se tornan en un paso más en el proceso de desarrollo personal y pierden su condición de fin en sí mismas.

d) Sienta las bases de una despedida no traumática, en la medida que cada cual asume su parte en el proceso y la temporalidad de éste.

Poner fin a la terapia sería ya bastante difícil aunque el paciente tuviera que enfrentarse solamente con su fuerte apego al terapeuta. El paciente tropieza además con otro gran obstáculo: su situación con respecto a su terapeuta. Puede ser muy arduo tomar una decisión fundamental en la vida desde una posición de 'inferioridad' (Johnson, 1988). Es por esto por lo que el paciente ha de haber modificado su autoimagen y su autovaloración. Ya no se encuentra en la situación de 'inferioridad' con la que tuvo que cargar cuando tomó la decisión de consultar a un profesional, ahora dispone de un bagaje de recursos que ha ido descubriendo a lo largo del proceso terapéutico.

Como resultado de la terapia, en la que los beneficios del proceso de **Identificación** habrán dado lugar a que el paciente desarrolle la finura de su percepción, se reordena la visión en cuanto a las responsabilidades y en quién recaen. El paciente, que ya sabía desde el comienzo de la terapia que deseaba cambiar, ha transformado ese conocimiento en conciencia. Esta es la fuente del cambio (May, 1967). Desde esa conciencia es desde donde surge la capacidad que le permite disponer de forma integrada de modos de vivir diferentes. Como ya hemos señalado con anterioridad ha recorrido el camino que le ha llevado desde un cambio en la toma de conciencia a la toma de conciencia del cambio.

El paciente empieza a experimentar en sí mismo como algo posible de llevar a la práctica lo que Maslow (1968, pag. 213) definía como características de los ejemplares humanos saludables y que concretaba en:

- " «1) Una percepción más clara y eficiente de la realidad.
- 2) Mayor apertura a la experiencia.
- 3) Mayor integración, cohesión y unidad de la persona.
- 4) Mayor espontaneidad y expresividad; pleno funcionamiento; vitalidad.
- 5) Un yo real; una identidad firme; autonomía, unicidad.
- 6) Mayor objetividad, independencia, trascendencia del yo.
- 7) Recuperación de la creatividad.
- 8) Capacidad de fusión de lo concreto y o abstracto.
- 9) Estructura democrática.
- 10) Capacidad amorosa, etc...»"

Aunque en algunas de las expresiones de Maslow podamos observar el sesgo del momento histórico en que las escribió, no podemos por menos que comprobar que coinciden con lo que todo paciente consideraría como los frutos y metas deseables de la terapia.

Lo que también nos señala Maslow (op. cit.) es que la experiencia subjetiva del paciente va a ser la clave en la que se asiente la asunción de la 'realidad' de esos cambios conseguidos.

Como ha sido el paciente, no el terapeuta, quien, fundamentalmente, ha fijado las metas de su terapia, es a él a quien corresponde la decisión de seguir con su terapeuta o irse debe basarse en sus avances... tanto dentro como fuera de la terapia (Johnson, 1988).

El paciente que llega a la fase final después de un recorrido terapéutico adecuado distingue claramente entre su aquí y ahora y las fantasías que se crea respecto de su situación. La asunción del riesgo, por parte del paciente, de ejercitar su poder para tomar decisiones y llevarlas a la práctica, que hasta ese momento había sido vista como más dolorosa que la de permanecer paralizado e inactivo (Scott Peck, 1978) es otra de las claves del nivel alcanzado como resultado del proceso terapéutico.

La integración de una de las capacidades distintivas de la personalidad madura, la de estructurar jerárquicamente la 'realidad' (Rof Carballo, 1956), al ser puesta en práctica es vivida por el paciente como un recurso de cara a no verse preso en el intento fantasioso, tan típico en la adolescencia, de querer resolver 'todo' de inmediato.

La relación de lo tratado en este apartado con la confrontación del proceso de **Identificación** podemos observarla, fundamentalmente, en que el paciente no está preso de una estructura de conceptualización que le haga confundir capacidades propias con desencadenantes externos. De ese modo las metas se toman en frutos de los avances que el ha ido elaborando.



Como no hace recaer sobre las circunstancias lo que le corresponde a él, se encuentra, por decirlo de algún modo, como vacunado contra la posibilidad de sentirse decepcionado por lo que el mundo no le da. También ha dejado de lado la tendencia a hacerse responsable de cuestiones que no le competen a él en cuanto a la resolución, pudiendo utilizar la energía que antes invertía en tratar de arreglar problemas ajenos en la adopción de una distancia adecuada de los problemas de otros. La incertidumbre, que es lo único cierto del mundo en el que vive, deja de ser vivida como una amenaza para pasar a convertirse en una fuente para el desarrollo de su creatividad vital.

No existe en su discurso el empleo de los tiempos verbales condicionales, del tipo «podría», «habría», «si estuviera», «si fuera», etc... que tanto le perjudicaban para el desarrollo de una existencia saludable. El empleo del tiempo verbal presente se torna en protagonista del discurso del que está a punto de convertirse en ex-paciente.

No se encuentra en su discurso la queja subyacente de que el mundo debería ser de otra manera. No se escucha la queja de que si él hubiera sido capaz de hacer otra cosa los resultados hubieran sido más satisfactorios. Los hábitos más saludables de incidir sobre lo 'obvio' comienzan a observarse en su experiencia del mundo y las muestras que da al terapeuta de ella. Estos cambios suponen un mecanismo de retroalimentación gracias al cual el paciente, cada vez menos, focaliza en lo que podría haber sido y no fué, que es la característica básica de una experiencia vital empobrecida.

La clave para el paciente reside en que sea capaz de asumir que eso ya forma parte de su repertorio de recursos de vivir. Si la terapia ha favorecido la necesaria integración ya no se ve como algo ajeno la capacidad de discriminar entre lo propio y lo externo.

De cara sintetizar los beneficios que de una forma general alcanza el paciente como consecuencia de un proceso terapéutico en el que ha estado presente la confrontación del proceso de **Identificación**, vamos a utilizar la estructura del cuadro 20 que

tomado de Ford y Urban presenta Shulman (1985), pero introduciendo las variaciones que permitan ver reflejados los cambios conseguidos.

Lo que reproducimos a continuación puede aplicarse a cualquier modelo terapéutico, sin embargo lo reflejamos aquí en la medida en la confrontación del proceso de identificación, como ya hemos señalado con anterioridad, puede utilizarse como un instrumento independientemente modelo terapéutico al que pertenezca el terapeuta.

**Cuadro 20.**  
**Facetas que ha cambiado el paciente**

Faceta en la que ha cambiado el paciente.	Descripción de en qué ha consistido el cambio.
<i>Percepciones privadas</i>	Utilización de una actitud más acorde con los conocimientos que con los impulsos .
<i>Sensibilidad perceptual.</i>	Desaparición de las interpretaciones repetitivas, apareciendo interpretaciones diferentes basadas en los cambios que experimenta.
<i>Modo de apercepción.</i>	Desaparición del pensamiento antitético, el cual es sustituido por otro de múltiples valores.
<i>Pensamiento analógico.</i>	El fatalismo y/o la hiperseguridad en el futuro son sustituidos por una actitud centrada en el ahora y de flexibilidad respecto de lo venidero .
<i>Pensamiento metafórico.</i>	No hay confusión entre lo 'obvio' y lo 'imaginado'.
<i>Rigidez de pensamiento</i>	Los hechos y las experiencias son las bases en las que se fundamenta y no al revés.
<i>Extracción de conclusiones.</i>	El pensamiento se desarrolla de forma coordinado y siguiendo un proceso escalonado.
<i>Capacidad de discriminación.</i>	La discriminación tiene el nivel adecuado sin caer en el exceso de detalles que podría suponer un inconveniente más que una ventaja.
<i>Normas que usa consigo mismo.</i>	Las aspiraciones, respecto de sí mismo y de los demás, están marcadas por el contacto con la experiencia de un modo 'realista'.
<i>Autoimagen/Autoconcepto.</i>	La elabora en base a evaluaciones apropiadas y coherentes con lo que experimenta.
<i>Pesimismo/optimismo.</i>	La tendencia a centrarse en las expectativas es sustituida por la evaluación y el análisis de los hechos.

El paciente, en la medida en que ha sido fructífera la terapia y le permitido alcanzar las metas que en su día planteó, va a poder experimentar su actividad sin ningún tipo de antagonismo interior, como un sentimiento de libertad, que se produce en la medida en que no existe fricción entre la exigencia de la actividad y su propia realización (Worringer, 1908).

**Las afirmaciones respecto de las metas alcanzadas que mejor muestran el estado que experimentaba la paciente son:**

> “Me siento muy contenta de haber descubierto que estaba muy equivocada en cuanto a lo creía que era capaz de hacer.”

> “Ya sé que lo que he conseguido hasta ahora no es algo definitivo si no sigo poniéndolo en práctica.”

> “Ahora lo que me planteo es cómo poder seguir adelante en los cambios que ya he hecho.”

> “Algunos días pienso que la terapia ya va a llegar a su fin, y por una parte no me apetece y por otra lo veo lógico.”

### **3.2. Para el Terapeuta.**

Conviene dejar claro antes que nada que también los terapeutas sufren la pérdida, y tienen que vérselas con la posibilidad adicional de que el irse el paciente indique una crítica implícita a su trabajo si éste tiene la sensación de que las metas no han sido alcanzadas. (Johnson, 1988). Este aspecto puede ser fuente de distorsión en lo que a la evaluación que el terapeuta hace de los cambios que el paciente ha experimentado como fruto del proceso terapéutico.

La valoración del terapeuta de lo alcanzado por el paciente en el proceso terapéutico se va a ver afectada si éste toma en cuenta la confrontación del proceso de **Identificación**. Al no dar un criterio de 'objetividad' a sus expectativas en cuanto al modo y nivel que

debían tener las metas previstas, lo cual es una creación suya, tomará en consideración lo que el paciente manifiesta de un modo más aproximado a la experiencia de éste. Quisiéramos recordar aquí, por lo ajustada que viene al caso, la cita de Einstein que inicia la obra de Haley (1963) *Estrategias en psicoterapia*: "A quien desee saber lo que conoce el físico teórico, he de darle siguiente consejo: no atienda a sus palabras; sino que examine sus logros. Para el investigador en este terreno, los productos de su imaginación le parecen tan necesarios y naturales que está dispuesto a tratarlos no como creaciones de su pensamiento, sino como realidades dadas." Si el terapeuta sigue este consejo estará a salvo de caer en el proceso de **Identificación**, y no confundirá entre sus modelos y lo que el paciente muestra.

A continuación señalamos de forma pomenorizada algunos de esos beneficios.

Las expectativas que el terapeuta ha tenido durante el proceso terapéutico van a servirle de contraste respecto de lo que el paciente muestra haber conseguido. Si no existe la identificación para el terapeuta, entre lo que él esperaba y lo que observa en el paciente, podrá llegar a *una conclusión mucho más ajustada* respecto de lo válida que ha resultado la terapia.

*Como no va a creer más en lo que observa que en lo que el paciente le comunica ni tampoco en lo contrario, no va a correr el riesgo de prolongar innecesariamente la terapia. También el terapeuta que confronta el proceso de **Identificación** podrá poner en práctica el criterio de que el dejar la terapia demasiado pronto pocas veces parece ser perjudicial, mientras que el dejar la terapia demasiado tarde puede serlo. Esto le permitirá asumir que un cambio «superficial» es un cambio verdadero, y es probable que un cambio superficial positivo se extienda al resto de su vida (Johnson, 1988).*

La confrontación del proceso de **Identificación** le aporta al terapeuta el beneficio de no tener que entrar en el delicado y resbaladizo terreno de saber mejor que el paciente lo que a este

último le pasa. *No correrá el riesgo de cuestionar innecesariamente la decisión del paciente de finalizar la terapia, tendrá entre sus capacidades la de mostrar un exquisito respeto por esa decisión. De este modo la finalización de la terapia no es una situación en la que tenga que entrar en interpretaciones más allá de las afirmaciones del paciente. Aún en el caso de que el paciente estuviera ocultándose a sí mismo aspectos que para el terapeuta aparecen como obvios, la forma en que éste le va a responder no va a suponer en ningún momento una descalificación de la experiencia y las afirmaciones del paciente.*

*Si durante el proceso terapéutico se ha establecido una relación fructífera, las observaciones del terapeuta supondrán para el paciente una muestra de otro punto de vista. Lo que no constituirán nunca, será un obstáculo para que el paciente ponga en práctica el ejercicio de su responsabilidad.*

Es en esta parte del proceso en la que comprobamos la efectividad de haber definido claramente las metas, el terapeuta comprueba en qué medida han sido alcanzadas desde su punto de vista y de este modo ofrece también su evaluación.

Como las metas no se han concebido como algo estático lo que el terapeuta habrá de comprobar es la puesta en acción de las capacidades que el paciente pretendía conseguir. Esta comprobación puede ser hecha, en el marco de la sesión, sólo de forma parcial. Va a ser el paciente quien al relatar sus experiencias fuera de la terapia el que va a aportar referencias de lo que va consiguiendo, o de lo que ha conseguido.

**La consecución de las metas por parte de la paciente fue valorada por el terapeuta en base a las siguientes observaciones:**

**a) Su forma de hablar era mucho más asertiva y congruente, mirando a los ojos a su interlocutor.**

**b) Cuando hablaba de la ruptura afectiva que la condujo, según ella a terapia, lo hacía de una forma mucho más relajada, sin caer en el extremo contrario de afirmar que no le había importado nada.**

c) Respecto de su actividad laboral había experimentado una mejoría notable en cuanto a la cantidad y calidad de su trabajo.

d) La propuesta de finalizar la terapia como paso siguiente, fue efectuada por el terapeuta.

### 3.3. Cuando a la finalización del proceso terapéutico no se han alcanzado las metas propuestas.

Si el haber alcanzado las metas propuestas al comienzo de la psicoterapia es el argumento para finalizarla y aún así puede suponer un periodo en el que afloren algunas dificultades y se pongan de manifiesto aspectos de la relación que habían permanecido ocultos, un problema añadido es el finalizar la psicoterapia sin que los objetivos hayan sido alcanzados a plena satisfacción.

Esta situación va a darse con mayor frecuencia en aquellos procesos terapéuticos en los que se hayan pactado un número determinado de sesiones. A medida en que se va acercando el final esto, según el paciente, el terapeuta y las metas propuestas puede convertirse en un arma de doble filo. Puede suponer una motivación para el paciente en cuanto a que trate de efectuar un esfuerzo en la dirección de llegar a las metas propuestas. Sin embargo puede suponer un inconveniente en la medida en que el paciente perciba como inalcanzables los objetivos a conseguir y adopte una actitud fatalista y de abandono (Garfield, 1995).

También en este aspecto el confrontar el proceso de **Identificación** puede ser un elemento de ayuda en cuanto que la finalización de la terapia no tenga efectos negativos en la sensación del paciente de disponer de recursos para vivir saludablemente.

En la medida en que llegue a darse cuenta que la vida es un proceso y que al fluir puede darle oportunidades para utilizar los recursos que ha ido aprendiendo a lo largo del proceso terapéutico va a servirle de incentivo para continuar desarrollándose como

persona. Los efectos de los cambios que el paciente alcanza en terapia tienen, por lo general, un efecto multiplicador. Lo que antes suponía un bloqueo para poder conectar y vivir plenamente una experiencia pasa a ser una base sobre la que establecer recursos para experiencias futuras que impliquen una mayor complejidad y dificultad. La desaparición del fatalismo que antes mencionábamos va a tener efectos beneficiosos para el paciente, puesto que en cierto modo empieza a percibir posibilidades de actuar de modos diferentes donde antes sólo llegaba a ver una única alternativa dolorosa.

Como ya no le resulta necesaria la 'seguridad' de que las cosas son de una única manera, no va a vivir los diferentes cambios como algo amenazante, más bien al contrario, siempre podrá encontrar en su relación con el mundo un campo en el que poner en práctica la creatividad creciente a la que la resolución de sus conflictos va dando lugar.

Si con su discurso el terapeuta ha ido haciendo patente lo útil de no confundir descripción y experiencia va también a disponer de un modelo alternativo en cuanto a la conceptualización de lo que ha significado el proceso terapéutico. Cuando llegado el momento de la finalización el paciente manifiesta su desánimo por no haber llegado a las metas, no habrá en la respuesta del terapeuta ningún tipo de crítica ni de responsabilización exclusiva sobre el paciente.

En esta situación, cuando las metas no se han llegado a conseguir por parte del paciente, el terapeuta habrá de tener cuidado, y a esto le ayudará el tener una actitud de confrontación del proceso de **Identificación**, en no etiquetar la conducta del paciente como 'resistencia', 'temor al cambio' etc... puesto que esto en la mayoría de los casos va a ser una 'proyección' que el terapeuta efectúa desde su marco epistemológico. El asumir la parte de la responsabilidad que el terapeuta ha tenido en cómo se encuentra el proceso terapéutico en el momento de su finalización, va a dar al paciente también una clara muestra de que no todo depende de él ni tampoco del terapeuta.

La distinción entre lo propio y lo ajeno, es lo que va a permitir que el finalizar la terapia sin haber alcanzado los objetivos se convierta en una experiencia positiva y enriquecedora para el paciente y no le suponga una carga más sobre su maltrecha autoestima.

Sin lugar a dudas un terapeuta que haya incorporado en su actitud y discurso terapéuticos la confrontación del proceso de **Identificación** siempre estará haciendo patente en todas sus expresiones el que es posible efectuar un cambio. Podrá incluso el terapeuta sugerir que bajo ningún concepto el hecho de finalizar la terapia supone la finalización del poner en práctica otras actitudes.

Conviene resaltar aquí que en la medida en que no se ha llevado a cabo la integración de los beneficios de la confrontación del proceso de **Identificación**, la consecución de las metas puede verse seriamente amenazada en dos aspectos fundamentales, que son:

a) En la medida en que el paciente no ha llegado a elaborar las habilidades y mecanismos de cara a discriminar qué es lo que pertenece al **ámbito de su responsabilidad y lo que no, va a ser incapaz de tener una conciencia clara a la hora de evaluar y conceptualizar sus conflictos.**

b) Al resultarle imposible tener una figura clara de lo que quiere reolver sus actitudes y energías van a ir generalmente en una dirección que no conduce a la resolución de sus conflictos y a la consecución de las metas propuestas. Se va a perder en esfuerzos desesperados tras objetivos que cuando está a punto de alcanzarlos desaparecen como por arte de magia.

#### **4) La finalización del Proceso Terapéutico**

La separación o 'terminación' es difícil en parte debido al vínculo singular que surge entre el terapeuta y el paciente. En psicoterapia, se desarrolla una 'transferencia', un estado psicológico en el cual el paciente transfiere personas y problemas de su 'vida real' a la figura neutral, profesional del terapeuta (Johnson, 1988).



Los beneficios que a lo largo del proceso terapéutico proporciona la confrontación del proceso de **Identificación** se hacen notar también en la fase de finalización de la psicoterapia. Los podemos resumir en los siguientes puntos:

a) Lo que paciente y terapeuta experimentan al finalizar el proceso terapéutico no es atribuido al otro. Todo lo contrario, cada cual asume su experiencia como la vivencia de un final de algo que ha supuesto un suceso irrepetible, temporal y que tiene su principio y fin.

b) La actitud ante este final es la de vivirlo como algo que abre las puertas a una forma diferente de estar en el mundo. El paciente, al dejar de serlo ya se siente con la capacidad de vivir autónomamente. El terapeuta ya deja de acompañar a un paciente, que como todos, es único e irrepetible que le ha dejado una serie de enseñanzas.

Quizás el poder integrar las enseñanzas y experiencias que el paciente le ha proporcionado sea uno de los mayores beneficios que la confrontación del proceso de **Identificación** le proporcione al terapeuta, en la medida en que al no tener la 'verdad' absoluta adopta una actitud más receptiva en lo que a la 'sabiduría' de la que el paciente es portador. No sé si esto será generalizable, lo que si puedo asegurar es que se corresponde con mi experiencia personal en el ejercicio de mi profesión.

La habilidad que el paciente ha ido integrando en cuanto a la realización de las distinciones necesarias entre sí mismo y entorno le va a permitir utilizar la fase final del tratamiento como una nueva oportunidad de aprendizaje. Los sentimientos que se experimentan en esta fase van a suponer una alusión clara a las distintas ocasiones en que ha experimentado situaciones de separación a lo largo de su vida.

La forma de terminar la terapia va ser determinante en cuanto a la utilidad del proceso terapéutico. Los diferentes momentos que

terapeuta y paciente han vivido han servido para comprobar las diferentes formas de afrontar situaciones conflictivas y cargadas de connotaciones emocionales.

Si la terapia se ha desarrollado de forma constructiva y eficaz, las diferencias entre vida y terapia habrán proporcionado recursos al paciente de cara a un mayor conocimiento de sí mismo. El haber ido comprobando la relación entre sus experiencias conflictivas y las confusiones a las que da lugar caer en el proceso de **identificación** le habrán servido para clarificarse en cuanto a sus posibilidades de efectuar cambios en su modo de estar en el mundo.

La sensación de pérdida y separación va a estar presente tanto en el terapeuta como en el paciente, aunque está claro que, tal y como defendemos en esta tesis, cada uno lo experimentará a su manera. El nivel de intimidad alcanzado y la cercanía en que terapeuta y paciente hayan establecido a lo largo del proceso puede llegar a suponer un impedimento a la hora de finalizar la terapia, si no ha habido un diálogo sobre ello. En la medida en que se haya hecho manifiesto, a través del diálogo, el nivel en que terapeuta y paciente están implicados y cómo viven el hecho de la separación podrán abordarse sentimientos y expectativas respecto de finalizar la terapia.

#### **4.1. Cuestiones a tener en cuenta.**

La utilidad de hacer de la despedida un tema a tratar en la sesión la encontramos a varios niveles:

1) Se clarifican las cuestiones que hayan podido quedar sin aclarar a lo largo del proceso y cuya no resolución puede suponer un motivo de inquietud tanto para el terapeuta como para el paciente.

2) Se dispone de una oportunidad en la que se puede tener la experiencia de finalizar una relación en la que ambas partes están de acuerdo en terminarla y en la que no va a haber por parte de ninguno de los dos participantes, si el proceso terapéutico se ha

desarrollado adecuadamente, un intento de retener al otro.

3) El alto contenido simbólico que ha tenido la interacción entre terapeuta y paciente implica que cuando se llega a este punto final de la terapia resultará inevitable que tener que afrontar sentimientos ambivalentes y de gran intensidad.

4) La innegable importancia de los rituales en el curso de la vida humana, sobre todo como puntos en los que se 'formaliza' un cambio de etapa, o de 'estado' (Watzlawick, 1977), parece aconsejable que la finalización tenga también algo de ritual.

El cambio de la condición de paciente a la de ex-paciente tiene muchos aspectos que lo configuran como un devolver a la condición de persona que ya puede funcionar sin ayuda ni soporte profesionales. Esto requiere de una 'formalización' de manera que las dudas y temores que el ya casi ex-paciente experimenta tengan el contrapunto de la sensación de capacidad que le aporta la recuperación de su autonomía.

Acabar la terapia adecuadamente supone recobrar una libertad para el paciente que en cierto modo había estado limitada por las citas establecidas con el terapeuta y por la asunción de su rol en el proceso terapéutico.

#### **5) Los temores del paciente como última muestra de su modo de efectuar el proceso de Identificación.**

Las fantasías que el paciente tiene sobre lo que va a suponer el finalizar la terapia serán menores en la medida en que haya ido incorporando la sensación de disponer de recursos para vivir autónomamente. Perls (1973) definía a la terapia como el proceso que se recorre de la dependencia a la autonomía. Si el paciente ha alcanzado la autonomía necesaria, los temores que experimentará serán mucho menores y sobre todo de una significación diferente.

Si el terapeuta es capaz, congruentemente con lo que ha ido efectuando durante el proceso terapéutico al confrontar el proceso

de **Identificación**, de devolver al paciente la responsabilidad de descubrir y tomar conciencia de la confusión entre lo que sucede aquí y ahora y lo que espera del futuro, la clarificación a que esto dará lugar le va a permitir al paciente a arriesgarse. En cierto modo la actitud del paciente va a suponer la muestra de lo que durante el proceso terapéutico las palabras no han podido expresar, el temor a desenvolverse en un mundo en el que las palabras se muestran insuficientes (Quero Jiménez , 1979).

Una de las formas de expresar su temor a desenvolverse autónomamente que el paciente suele utilizar es la de tratar de encontrar impedimentos o conflictos sin resolver. En este punto la capacidad del terapeuta para distinguir entre lo que escucha y lo que significa lo dicho para quien habla, va a ser puesta a prueba. Si tiene presente el confrontar el proceso **Identificación** podrá descubrir ese algo más que le está comunicando el paciente, y sus respuestas servirán de clarificación y de confrontación a la vez.

La idea de perder un apoyo, el del terapeuta, supone una especie de vértigo que paraliza al paciente. La sensación de que un otro más competente es la fuente de seguridad en su proceso vital es la última muestra de la influencia del proceso de **Identificación**. Cuando el paciente llega a asumir que la dirección de su propia vida es algo que no puede ser delegado en otros y que ha de ir construyendo día a día, es el momento en el que la terapia toca a su fin.

Cuando se confronta el proceso de **Identificación** los temores, a la despedida en este caso, cambian de sentido en la medida en que se produce un acercamiento más consciente a la experiencia. No se cae en la confusión de poner exclusivamente en el mundo el origen de vivencias inquietantes. Tampoco se fomenta la irresponsabilidad y la imprudencia de que el paciente llegue a sentirse como un superhombre capaz de hacer frente a cualquier eventualidad sin sentir ningún tipo de temor.

El sentir cierto temor a lo que pueda suponer el estar 'solo ante el peligro de vivir' es vivido por el ya casi ex-paciente como una

prueba más de la amplitud de su contacto con la realidad. Las expectativas son experimentadas como expectativas y ni se toman como una verdad absoluta ni tampoco como algo totalmente carente de significación. El paciente observa con mucha mayor naturalidad y con índice de ansiedad y angustia mucho menor la nueva etapa de su vida que está a punto de comenzar.

**La paciente mostró algunas expresiones que sirven para ejemplificar este punto como las que siguen:**

**P “No se si voy a ser capaz de poner en práctica lo que he descubierto de mí cuando deje de venir.”**

**P “Me siento mucho mejor y más capaz y no sé tendría que continuar un tiempo más para estar más segura.”**

**A estos comentarios el terapeuta respondía que él siempre podría volver a atenderla, pero que si no lo comprobaba ella en la práctica nunca sabría cuando estaba preparada.**

**Esto convencía a la paciente que le tocaba el turno a ella de caminar a su aire. La relación terapéutica había servido, a estas alturas, para que la paciente tuviera mas confianza en las posibilidades de correr el riesgo de intentarlo.**

#### **6) Comprobación de cómo los cambios van más allá de los aspectos concretos a los que se había circunscrito.**

A través de la narración que el paciente va realizando en las sesiones finales del proceso terapéutico, tanto él mismo como el terapeuta podrán comprobar el resultado de la ósmosis que con otros planos de su experiencia vital va ocurriendo.

Como una consecuencia congruente con la concepción del ser humano como un todo en contacto con el ambiente, el proceso terapéutico da lugar a cambios que van más allá del conjunto de metas inicialmente proyectadas.

El paciente lo que aprende durante el desarrollo de la psicoterapia no es una cuestión ligada a un contenido concreto. Si la terapia ha incorporado entre sus aprendizajes la confrontación del proceso de **Identificación**, favorecerá un cambio en el cómo experimenta y evalúa el paciente sus vivencias. De este modo haremos 'realidad' lo que planteaba Korzybski (1937) en cuanto que los problemas de ajuste a la vida y la totalidad de los problemas de la psicoterapia se concentran sobre la consciencia de los mecanismos. En la antigüedad no éramos conscientes de los mecanismos y en nuestros días en la medida que nos hemos ido haciendo conscientes de los mecanismos muchos de los problemas se han ido resolviendo. De este modo el problema total es descubrir y hacer conscientes los mecanismos. Ser conscientes de cómo funcionan en nosotros.

**El nivel de conciencia de la paciente del caso que hemos ido reseñando, había aumentado respecto de estos mecanismos, en la medida en que al haber ido variando su forma de hablar no caía en la Identificación y podía expresar en palabras su experiencia de una forma más acorde con lo que vivía.**

Esta concepción permite al paciente retomar la responsabilidad sobre aquello que hace, de modo que no va a caer en el autoengaño de atribuir a causas externas experiencias en las que él es el protagonista.

Como hemos ido planteando a lo largo de toda esta tesis, la idea de proceso y estructura es la base en la que reside la posibilidad de incorporar la confrontación del proceso de **Identificación**. Como los puntos de referencia que proporciona la terapia son relativos a modos y no a contenidos, al 'cómo' en vez de al 'qué', la influencia en todas las facetas de la vida del paciente es inevitable. Por otra parte como el paciente ya ha aprendido a distinguir entre cada momento y ha desarrollado su capacidad de conciencia en el contacto con el ambiente no corre el riesgo de repetir de forma automática e 'idéntica' sus actitudes en las diferentes situaciones que vive.

En el discurso del paciente aparecen una serie de datos que en el comienzo de la terapia estaban ausentes. La creación de diferencias como fuente de una percepción más fina y de un discurso mucho más similar en estructura a la experiencia o al hecho a que se refiere tiene muchos ejemplos. Queremos señalar aquí una gama de ellos, los cuales son fruto de las conceptualizaciones de la Semántica General. Los denominados mecanismos extensionales<sup>46</sup>. Con el uso por parte del paciente, (véase página siguiente) el terapeuta va a poder comprobar en la práctica los frutos de que aquél haya integrado la confrontación del proceso de **Identificación**.

---

<sup>46</sup> Los mecanismos extensionales según Korzybski (1937) son aquellos instrumentos que permiten a la persona poder distinguir y a la vez situar en una fecha y lugar determinados la experiencia u objeto a la que se refiere en su discurso, en PNL se denomina 'índices referenciales'. Korzybski señala los siguientes:

- 1) Índices
- 2) Datos
- 3) Etcéteras
- 4) Comillas
- 5) Guiones, barras.

*Esto son lo que él llama mecanismos extensionales. Han de ser usados. Esta es la mayor dificultad. Han de ser usados permanentemente como un nuevo tipo reacción. No acercan del todo, pero nos hacen 'pensar' más profundamente. Este es el arte de 'pensar', porque ustedes se orientan a ustedes mismos en términos de 'realidad' todo el tiempo, no en términos de definiciones ficticia. Tomarán el hábitode ello y entonces se beneficiarán. Johnson (1946) añadió algunos más que nombramos a continuación: Plurales, términos cuantificativos, términos accionales y operacionales y, como indicadores del contexto los términos condicionales.*

**En la paciente a la que nos hemos ido refiriendo, los ejemplos que nos muestran el uso de los mecanismos extensionales pueden plasmarse en las siguientes frases:**

**P > "Lo que viví cuando me dejó mi novio fué una experiencia que me dolió, y hoy en día me siento con capacidad para hacer frente a una situación parecida de otra forma, si es que llegara a darse."**

**P > "Lo que en la actualidad puedo hacer en un conflicto con la persona X en mi trabajo, dependerá del tema y el momento en el que se plantee."**

**P > "La forma en que me trató mi padre cuando era pequeña y como yo lo viví, es algo que en el presente no puede darse igual, porque él y yo somos distintos a entonces."**

**P > "Ahora experimento una sensación de fuerza que antes no tenía, aunque sé que dependerá de lo que tenga que resolver para sentirme más o menos capacitada."**

No tendría sentido, desde la óptica del ser humano que plantea la Semántica General, una terapia que pretendiera ceñirse exclusivamente a la resolución del contenido de un problema. Para que esto pudiera llevarse a cabo tendríamos que admitir que existen compartimentos estancos en la experiencia humana, lo cual sólo es posible en teoría.

La conclusión a la que necesariamente llegamos es que cuando un proceso terapéutico ha alcanzado las metas inicialmente planteadas supone para el paciente un cambio en el conjunto de su vida y no sólo en el terreno específico de las metas.

**Las comprobaciones de otros beneficios mas allá de las metas establecidas fueron reseñados por la paciente en los siguientes aspectos:**

- a) Mejor calidad de relación con las amigas.**
- b) Mas salidas a ambientes de ocio y distracción con otras personas.**
- c) La independencia que iba alcanzando le permitió empezar a plantearse y vivir sola, para lo que había comenzado a buscar piso.**



**7) La despedida como marco final en el que se pueden comprobar los beneficios de la confrontación del proceso de Identificación.**

De un modo general, la terminación, incluso una «buena» terminación, va a ser dolorosa en alguna medida para quienes participan en ella. Esto hace que, una buena terminación se tenga que manejar con mucha delicadeza. Típicamente, como ya hemos señalado anteriormente, suele ser el paciente, no el terapeuta, el que ha suscitado la cuestión de poner fin a la terapia, (Johnson, 1988). Sin embargo en los casos en que es el terapeuta el que sugiere la finalización de la terapia, la despedida puede convertirse en una situación a la que haya que dedicar más tiempo para su elaboración.

Respecto de las despedidas, como en otras muchas experiencias que vivimos los seres humanos, se han efectuado muchas generalizaciones. Ni todas las despedidas son doloras ni todas placenteras. La forma de acabar una terapia tiene su última expresión en el modo en que paciente y terapeuta se dicen adiós.

Si se mantiene la congruencia con el conjunto de interacciones que se han desarrollado a lo largo del proceso terapéutico, aunque éste haya sido fructífero y adecuado, el que terapeuta y paciente finalicen su relación va a constituir una experiencia muy compleja.

La complejidad de la finalización de la terapia en una forma adecuada podemos observarla en los siguientes aspectos:

a) La persona que el paciente siente que le ha ayudado a alcanzar un estado de mayor calidad de vida va dejar de estar involucrada en su proceso de crecimiento. Aunque el paciente ya ha integrado el conocimiento suficiente como para saber que le corresponde a él el gobernar el curso de su vida ha de llevar a cabo un 'despegarse' de alguien cuya presencia para él es muy importante.

b) El terapeuta al alentar al paciente para que este deje la terapia lo ha de hacer de un modo que no sea reabrir en el paciente la tendencia a dejarse guiar la cual, si bien habrá sido superada a lo largo de la terapia, puede ser muy vulnerable a los mensajes del terapeuta en base a lo que representa para el paciente.

c) El agradecimiento que el paciente siente hacia el terapeuta ha de situarse en un plano que no suponga dejar una situación 'inconclusa'. En función de la problemática que el paciente presentaba al inicio de la terapia, al desarrollo de ésta y la cantidad de metas alcanzadas respecto de las planteadas inicialmente, habrá de elaborarse la forma y el modo de la despedida. Esto, una vez más va a ser una tarea compartida.

De un lado se acaba un periodo en el que el paciente ha tenido a su disposición un punto de apoyo, el terapeuta, y por otra parte alcanza la condición de ser humano autónomo lo cual es, en última instancia, en lo que consiste el objetivo más profundo de la psicoterapia.

También va a tener que vivir la experiencia de que en ese aquí y ahora se acaba la relación. Si bien sabe que el terapeuta continúa con su labor profesional con otros pacientes y que en caso de volverlo a necesitar podrá volver a contactar con él, ya no existe el compromiso de verlo con periodicidad.

Para el paciente saber que un periodo ha finalizado y que la vida sigue, conocimiento éste, fruto de la terapia, es la muestra de que ha integrado la capacidad de percibir diferencias y de no 'identificar'. En consecuencia asumirá que los seres humanos no podemos prevenir el porvenir de la vida puesto que está ligada a procesos siempre nuevos de transformación y de aumento de la complejidad. Hará realidad la propuesta de Prigogine (1988) de que el tiempo ni es ilusión ni disipación sino creación. Podrá darse cuenta de que con sus actitudes y sus evaluaciones está 'creando' a través de la construcción la calidad de su vida.

Los rasgos que en la despedida reflejan los beneficios de la confrontación del proceso de **Identificación** podemos concretarlos en dos vertientes:

a) Para el terapeuta<sup>47</sup>:

- La sensación de que el paciente va a marcharse se convierte en un componente más, el último en este caso, de una relación terapéutica que ha vivido como única e irrepetible.

- Los cambios alcanzados por el paciente y las dificultades que han ido apareciendo en el proceso, son vividos en este momento como experiencias pasadas que pueden servir como campo de análisis y fuentes de enseñanza para el futuro.

- La sensación de gratitud de cara al paciente, en la medida en que éste con su actitud ha dado permiso al terapeuta a acceder a aspectos de su existencia de profunda intimidad, le permite despedirse con una actitud de respeto y de solidaridad.

- La capacidad de sentir la separación como algo natural y, en gran medida, necesario configura una experiencia de estar viviendo algo, que le supone un cierto impacto emocional el cual no rechaza pues lo experimenta como algo inherente a la condición humana.

- La conclusión que extrae del conjunto de sentimientos, pensamientos, emociones, etc... que experimenta son evaluados como algo propio, lo cuál le ha sido posible vivirlo en la medida en que ha tenido la suerte de poder establecer contacto con otra persona. Como es algo creado por él, esto le evita el tener que poner calificativos al momento que vive, quedándose en contacto con la experiencia.

---

<sup>47</sup> La exposición de los rasgos en lo que a la vertiente del terapeuta concierne, es en esta ocasión, si cabe, todavía mucho más personal. Aunque lo que aquí se expone pretende ser de alguna utilidad para otros terapeutas, no se olvida que es fruto de una experiencia personal y que por tanto cada cuál va a tener una vivencia particular del momento en que como terapeuta se despida de un paciente.

b) Para el paciente<sup>48</sup>:

- La expresión de su adiós la hace desde una posición que recoge el aspecto de agradecer al terapeuta su trabajo, sin embargo hay en su discurso una referencia y asunción de la parte que él ha tenido que ver en la consecución de las metas.

- En la despedida aparece plasmada la muestra de la diferencia conseguida en su postura vital a través de la terapia. Hay en su actitud aceptación de lo que siente como una creación propia y por tanto no hay rechazo a los sentimientos intensos que experimenta.

- No es extraña la aparición de lágrimas en sus ojos y de emoción en su voz, pero en ambos casos no hay intento alguno de dismulo. La fluidez en la expresión de lo que siente y la congruencia de la comunicación no verbal son la mejor muestra de que no hay intento alguno de responsabilizar al 'exterior' (la situación, el momento, etc...) de lo que está experimentando.

Estos aspectos que hemos mencionado son un pálido reflejo de la riqueza de matices que en el momento de finalizar la sesión de despedida suceden entre terapeuta y paciente y que cada uno, y sólo él, sabe la intensidad de la experiencia.

Cuando se cierra la puerta del consultorio tras el ya ex-paciente, podemos decir que se ha concluido un capítulo en la vida de cada persona, lo cual, necesariamente, da lugar al comienzo de otro relato vital. Lo diferente en esta nueva narración vivenciada es que la historia anterior no es un freno para una experiencia más fluida sino, todo lo contrario una fuente de recursos. Vease una referencia a la última sesión en la reseña del caso en la página siguiente.

---

<sup>48</sup> Lo que se refleja, obviamente, en este punto son las conclusiones a las que el terapeuta llega en base a lo que observa y escucha procedente del paciente. Pero hay que señalar que la complejidad de los beneficios de la confrontación del proceso de *Identificación*, cabe imaginar que es algo mucho más amplio y profundo.

En la última sesión del caso que nos ocupa, lo más destacable que podemos reseñar es:

1) La paciente se mostró contenta de cómo estaba desenvolviéndose en los diferentes ambientes en los que transcurría su vida diaria.

2) Dió las gracias repetidamente al terapeuta por la ayuda que había recibido de él. A lo que el terapeuta respondió repetidamente que había sido un trabajo de los dos, y que recordara que nunca una persona sola puede asumir la total responsabilidad de una relación.

3) En algún momento aparecieron en los ojos de la paciente algunas lágrimas de emoción por la despedida. No obstante la expresión predominante era de una sonrisa tranquila.

4) La sensación de haber recuperado el protagonismo en su vida y de haber cerrado una etapa que le había resultado dolorosa fue expresada repetidamente.

5) La frase que más llamó la atención del terapeuta en esta sesión, y que la paciente pronunció casi en el último momento de la sesión fue:

> “Me has ayudado a darme cuenta que tengo muchos más recursos de los que creía, y que si no estoy atenta puedo amargarme la vida yo sola con lo que me digo. Gracias.”

La respuesta del terapeuta fue:

T > “Tú lo has conseguido.”

## X) RESUMEN Y CONCLUSIONES

---

Como último punto vamos efectuar un resumen de lo expuesto al que seguirán unas conclusiones a modo de síntesis del escrito.

La posibilidad de resumir lo anteriormente expuesto de forma que pudiera dar una idea 'total' e 'idéntica' de lo que hemos pretendido exponer en esta tesis, haría, paradójicamente, innecesaria dicha tesis. Lo que, finalmente, sí que quisiera, es señalar algunos de los aspectos que considero mas importantes en cuanto a lo que a lo largo de las anteriores páginas he ido plasmando.

En primer lugar, resaltar la talla intelectual y científica de Alfred Korzybski que con la constitución de su *sistema no-aristotélico* formalizado a través de las conceptualizaciones de la Semántica General da pie a una forma novedosa y diferente de acercarnos al estudio científico del ser humano y su relación con el entorno.

El nivel y la variedad de las influencias de autores anteriores a Korzybski aparecen reflejados, en las páginas precedentes, como un modo de favorecer una visión más clarificadora de la riqueza y amplitud del ámbito que abarca su obra. Se han mencionado también algunos de los autores y campos en los que se han podido detectar las influencias del pensamiento de Korzybski.

La consideración de su obra como el fruto de la interacción entre el momento histórico que le tocó vivir y la puesta en práctica de sus capacidades e inquietudes, nos permite dar una muestra de lo amplio de la resonancia e influencia de sus propuestas. Partiendo de estas concepciones y como un desarrollo lógico y coherente de ellas, es desde donde se van a desprender los siguientes puntos destacables que proponemos en esta tesis y que planteamos a continuación.

Un segundo aspecto que conviene resaltar de lo abordado en esta tesis, es el acento que se pone en el *carácter dinámico y siempre*

*cambiante de la relación persona-ambiente.* Al dar por sentada la imposibilidad de que cualquiera que sea la experiencia del ser humano en su devenir vital pueda producirse un momento de 'estaticidad', se hace especial hincapié en una concepción de la experiencia humana cuya principal característica es la de fluir. Es precisamente en el intento de evitación de ese flujo constante que es la experiencia humana de sentirse vivo en el que se asientan una buena parte de los conflictos de las personas.

Esta posibilidad fantaseada de alcanzar un alto grado de control sobre la 'realidad' que persiguen en algunas ocasiones los seres humanos, nos lleva a un tercer punto que es el de la *importancia de la distinción entre 'hecho' y 'representación del hecho'*.

Lo valioso de tener en cuenta los diferentes niveles de abstracción que se recorren entre la experiencia humana y la conceptualización o transcripción a palabras de ella lo vemos reflejado en las profundas modificaciones, tanto cuantitativas como cualitativas, que hay que llevar a cabo para convertir una experiencia cuyas complejidades en su totalidad nos resultan inabarcables. La necesaria transformación entre lo experimentado y su formulación en palabras es planteada en esta tesis como el punto de atención en el que la persona habrá de focalizar su conciencia si no quiere ser presa de confusiones que en muchas ocasiones van a ser fuente de problemas.

Una cuarta cuestión nos parece destacable, y es la que da origen al núcleo central de esta tesis. Como la continuación lógica de los tres puntos anteriores, el *rechazo de la identidad* entre lo que la persona experimenta y la tendencia a evaluarlo como fruto de su 'inmaculada' percepción la cual sólo recoge, sin modificar, lo que 'existe' en la 'realidad' del ambiente. La importancia de este rechazo y el proceso por medio del cuál la persona lo llevaba a cabo lo expresó Korzybski, entre otras formulaciones, a través del *concepto de Identificación*.

El punto de partida que proponemos se basa en la relación e incidencia mútua de los procesos de **Identificación** y Psicoterapia y la influencia del conjunto de razonamientos planteados sobre el

curso de ésta última. Estos criterios presiden los siguientes apartados en los que hemos estructurado esta tesis.

La división del proceso terapéutico en fases la hemos considerado como un mero recurso teórico. Si hubiéramos querido ser congruentes, hasta el último extremo y de forma rígida, con los principios de la Semántica General, habríamos tenido que hablar de cada una de las sesiones que se desarrollaron en un proceso de terapia determinada, reflejando las fechas, la duración y los temas tratados sesión por sesión. Y aunque no hubiéramos podido cubrir el 'todo' de lo acontecido, esto hubiera excedido, con mucho, las posibilidades reales de ponerlo por escrito. Vaya por delante pues, el reconocimiento de haber realizado un proceso de abstracción, en el cual esperamos haber conservado la información suficiente como para hacer comprensibles los puntos más útiles que hagan posible poder tener una visión de conjunto de la incidencia del proceso de *Identificación* en el transcurso de la psicoterapia.

Partiendo de la narración que los pacientes hacen en referencia a la experiencia de la *fase previa al comienzo de la psicoterapia*, hemos construido un mosaico en el que los aspectos más esenciales podemos concretarlos en:

a) No se puede intentar efectuar un cambio si no existe la *percepción de unas diferencias* en las que se reflejan, con distintos niveles de significación, las alternativas que se desean conseguir y la posibilidad de vivir de formas distintas a las que en esa fase se están experimentando.

b) De muy poco sirve percibir las diferencias si esta percepción no va acompañada de una *toma de conciencia* que organiza de una forma más o menos coherente y significativa lo percibido como paso previo a estructurarlo de forma distinta y más saludable.

c) La evaluación que toda persona hace de su experiencia en el mismo momento en que se la cuestiona, da pie a una sensación de conflictividad en las vivencias del futuro paciente en el sentido de catalogarlas como algo '*anormal*' en *contraposición a lo 'normal'* que es como está configurando el modelo '*ideal*' de vivir la vida.



La *imposibilidad de alcanzar una certidumbre* en cuanto a la validez y utilidad de lo que experimenta y también en lo que respecta a la validez de las alternativas que imagina, impregna la totalidad de su experiencia vital. Sumergido en este 'mare magnum' comienza a tomar cuerpo la *conveniencia de iniciar un proceso* que suponga, de alguna manera, una '*reestructuración*' más asumible y manejable, una *alternativa* al caos en el que se ve inmerso.

No hay faceta alguna de su experiencia personal, de su relación con el mundo que no se vea afectada por esa confusión que le invade. El ser humano como un 'todo indivisible' se ve sacudido por *deseos y temores* contradictorios entre sí que le impulsan y le detienen en la puesta en práctica de la decisión de *comenzar un proceso de cambio*.

La *conclusión de comenzar la terapia* es la culminación de un recorrido, que en cada paciente tiene características y rasgos distintivos y únicos. Según hayan sido las circunstancias que envuelven a la decisión, las cualidades del proceso terapéutico van a ser unas u otras.

La *toma de conciencia* de lo que le sucede, las *vías* que considera más convenientes para resolver su conflicto, las fantasías sobre la dificultad o facilidad de lograr el cambio, etc... van a configurar el *marco* en el que se plasman los objetivos que se plantea en su terapia.

La narración de estas vivencias se convierte en una buena referencia para el terapeuta, ya desde la *fase inicial del proceso terapéutico*, puesto que en ella se pueden observar los diferentes *modos en que el paciente convierte una experiencia en un discurso*. Los cambios y transformaciones hacen posible, a la luz de la confrontación del proceso de **Identificación**, la detección de muchos de los modos de problematizarse que el paciente utiliza.

La conciencia de las profundas *diferencias entre la experiencia*

yla configuración de ella que se propugnan desde la confrontación del proceso de **Identificación**, convierten a la relación terapéutica, que llona su inicio en la *primera entrevista*, en el ámbito de contacto de *dos mundos y dos modelos del mundo*.

La *asunción y atribución de roles*, la estructuración contextual que supone la entrevista de un paciente y un terapeuta van a proporcionar algunos referentes dentro de los cuales se va a enmarcar el proceso terapéutico.

No se trata, no puede ser así, de un encuentro entre un técnico que 'sabe todo' y un lego en la materia que 'va a que le enseñen'. No podemos hablar de expertos cuando el campo en el que se va a dar la labor terapéutica está centrado sobre las experiencias conflictivas que el paciente trae por medio de su discurso a terapia. El *conocimiento siempre es compartido*, entre el 'técnico', 'experto' en la teoría del vivir humano y el 'experto' en el vivir de las propias dificultades que es el paciente.

En la medida en que los dos participantes llegan a contactar desde el respeto y el mutuo reconocimiento de la *'sabiduría' del otro*, comienza la *construcción compartida de la relación terapéutica*. Una tarea en la que cada cual va a dar lo mejor de sí mismo.

Como el trabajo de re-elaborar, re-formular y re-crear las diferentes dimensiones del discurso del paciente, requiere de un centrarse en el modo en que éste conceptualiza sus experiencias, es de vital importancia que el foco de atención de la relación terapéutica permanezca centrado en la *construcción de modelos o mapas del mundo* en los cuales están ausentes los recursos para mejorar su calidad de vida. El ir descubriendo qué corresponde y cómo lo aporta en la *construcción conjunta de la relación terapéutica* supone en sí mismo un camino para el descubrimiento de nuevos recursos y habilidades personales.

La forma de relación que predomina en el marco de la terapia es el diálogo entre paciente y terapeuta. En esta *conversación con*

el otro es en la que se van asentando los puntos de vista diferentes procedentes de la asimilación propia de lo dicho por el interlocutor. En la medida en que el terapeuta va manteniendo una actitud congruente con la confrontación del proceso de **Identificación** durante la actividad conversacional no va a caer en confundir palabras y experiencia. Esto le permite tener siempre presente que está trabajando con modelos verbales y que la única experiencia que sucede para él y para el paciente es la de la conversación en ese momento.

Una de las cuestiones que va a matizar y modular la calidad y variabilidad de la conversación entre terapeuta y paciente va a ser la *codificación que cada cual utiliza* para llevar a cabo la conversión de la información experiencial en información verbal. Saber utilizar una codificación similar a la del paciente es un instrumento muy valioso para una mejor comprensión por parte del terapeuta.

A estas alturas de la tesis parece a todas luces claro que la idea de '*objetividad*' no puede considerarse de otra manera que no sea la de ser *una conceptualización teórica* que tiene profundas divergencias y grandes distorsiones respecto de la experiencia humana y el contacto persona-ambiente. La re-creación que todo individuo efectúa a la hora de estar en contacto con el mundo en el que vive, nos aproxima más a un modelo como el propuesto por medio del concepto de '*enacción*' que el que plantea la '*objetividad*' de un '*mundo en sí*' al cual debemos remitirnos como un punto de referencia constante e inamovible.

Siguiendo con el hilo conductor de lo expuesto, no podemos pasar por alto el *papel que juegan las expectativas* de cada uno de los participantes en el proceso terapéutico a la hora de calificar como '*encuentro*' o '*desencuentro*' el contacto en la sesión terapéutica.

No queremos dejar aquí sin mencionar que las expectativas de cada uno son el fruto de su '*epistemología*', de los aprendizajes y vivencias que a lo largo de su historia vital ha ido experimentando, constituyendo la proyección en el futuro de la asimilación que ha

hecho de ellos la persona. Es por esto que nadie está exento de la influencia de las expectativas. En última instancia, las diferencias entre personas en cuanto a los efectos que tienen las expectativas en su capacidad de conectar lo más saludable con su presente, tienen su fundamento en la *conciencia de cómo inciden las expectativas* en su conceptualización de lo que experimentan.

En la medida en que terapeuta y paciente van *superando las expectativas*, a través de la conciencia de ellas, *la calidad de la relación terapéutica va en aumento*.

A lo largo de la terapia el lenguaje utilizado por paciente y terapeuta va a ser el entramado en el que el mosaico de significados se plasma como una *realidad creada* en la que cada cual con su aportación se convierte en coprotagonista de esa creación. El modo en que cada cual configura su experiencia es mostrado por el lenguaje al propio hablante y a quien escucha, si el oyente tiene la suficiente finura de percepción.

Al hablar, si quien habla asume su responsabilidad de la forma y el contenido de su discurso, puede facilitarse el camino hacia un autoconocimiento de mayor amplitud y profundidad. Las palabras como origen y llegada de una experiencia mucho más rica y compleja pueden servir de un modo ambivalente. Como cristalización, parada en el tiempo de la experiencia que describen, y a la vez, como punto de partida desde el que poder ver con otra perspectiva la experiencia a la que el discurso se refiere.

Presente en todo momento la concepción de la relación terapéutica como una construcción de los participantes, la *congruencia entre discurso verbal y analógico* va a ser el referente en el que el interlocutor puede buscar el contacto con el otro. Una forma de aumentar la congruencia es la *clarificación de qué es lo que están dispuestos a aportar a la terapia*, tanto paciente como terapeuta, como inversión de energías para la dinamización del proceso. Es partiendo de esta óptica desde donde cobran un sentido más clarificador los intentos que hasta ese momento ha realizado el paciente por resolver sus conflictos y que no le han conducido a una resolución satisfactoria.

Las personas *siempre hacemos lo mejor entre las alternativas que disponemos*, de ahí que los intentos de solución de nuestros problemas, nos lleven a la superación o no, puedan ser siempre observados como muestras de nuestras capacidades en el momento de ponernos en práctica.

Las especiales características que envuelven a la relación terapéutica hacen que el acto de oír haya que convertirlo en el de escuchar por parte del terapeuta, lo cual va a resultarle más factible por medio de la confrontación del proceso de **Identificación**. El que el terapeuta tenga que adoptar una especial actitud, implica también una flexibilidad y plasticidad en su escucha. El saber que el discurso del paciente es como la punta de un 'iceberg' cuya parte más importante y amplia no resulta perceptible, le conduce a tratar de adoptar, en la medida de sus posibilidades, la posición de éste para lograr una mejor comprensión.

Esto va reportar *beneficios* para el terapeuta que de este modo puede alcanzar una *mejor comprensión del discurso y de la evaluación que lleva a cabo el paciente*. Y además podrá *comprender mejor lo exclusivo y personal de la perspectiva del paciente*.

Los *rasgos beneficiosos que aporta la confrontación del proceso de Identificación en esta fase* son palpables en diversos planos.

La actitud del terapeuta está marcada por la conciencia de que *'no sabe todo'* sobre el paciente y esto le recuerda la *condición de hipótesis de sus planteamientos*.

La *sensación del paciente de sentirse escuchado y comprendido* se ve incrementada por la claridad y consonancia de lo que en la terapia comparte con el terapeuta y esto va a favorecer el *carácter de enseñanza y aprendizaje* que conviene que defina a la psicoterapia.

En el ámbito de los *rasgos que caracterizan a la fase inicial* del

proceso terapéutico en el terapeuta y paciente se ven inmersos tras la primera entrevista, *la búsqueda por ambas partes de un conocimiento del otro* aparece nítidamente. Como consecuencia del mútuo conocimiento, paciente y terapeuta podrán *centrar su conversación en la terapia* apropiadamente dicha. El *futuro del proceso terapéutico* depende en buena parte de estos primeros compases.

Cuando ya lo permite la intimidad establecida, *la problemática del paciente* comienza a convertirse en la 'figura' de su discurso pasando al fondo los aspectos que hasta ese momento le inquietaban. Es también donde aparecen las primeras muestras de lo que desde la óptica de los terapeutas se define como '*resistencia*'. Aunque si el terapeuta ha incorporado los criterios y planteamientos de la Semántica General, y particularmente el de confrontar el proceso de identificación, no olvidará que lo que él cataloga como '*resistencia*' puede tener una significación totalmente diferente en el mundo experiencial del paciente.

Hay una serie de *condiciones que le permiten al terapeuta que el conocer la problemática le resulte de una mayor utilidad*. Sin ninguna duda, el que exista una *consonancia entre los discursos del paciente y del terapeuta* va a resultar muy útil. También el *papel que el paciente adjudica a su problemática* va a resultar determinante como una muestra de *los puntos sobre los que el paciente hace especial énfasis en su discurso*. Todo esto siempre ha de estar incidiendo en la *valoración del discurso del paciente como una de las muchas formas en que puede exponer su problemática*.

Siguiendo con las exposiciones que hemos efectuado en esta tesis y para avanzar un poco en este resumen final vamos a hacer mención al papel clave que desempeñan las *expresiones del paciente para favorecer la comprensión por parte del terapeuta del 'cómo' al paciente le pasa lo que le pasa*.

En todo discurso, ya hemos aludido a ello, la persona que habla muestra un mapa o modelo de su experiencia. Si el terapeuta tiene la finura perceptiva de detectar los términos claves va a disponer de una vía de acceso que le acercará cualitativamente a la

experiencia del paciente. Este con su lenguaje muestra los rasgos distintivos de los sistemas representacionales con los que conforma su modelo. Las palabras del paciente señalan las características constitutivas de su modelo. Unos lo hacen a través de imágenes, para otros son los sonidos los aspectos más característicos del modelo que elaboran, para un tercer grupo las sensaciones son la fuente de la que brotan lo más espectacular y resaltante de sus experiencias representadas en el modelo.

Una conclusión muy clara podemos extraer desde esta óptica y es que *el paciente nos dice con sus palabras no sólo lo que nos quiere comunicar sino también cómo lo elabora y qué resulta para él más destacable de su experiencia.*

El *terapeuta no es un observador 'neutral'* sino participante y en ese sentido va a efectuar cambios en lo que escucha y percibe del paciente para hacerlos *encajar en su propio mapa*. En la medida en que está pendiente de confrontar el proceso de **Identificación**, va a poder evitar caer en la confusión de considerar idéntico lo que escucha con lo que entiende.

La pertenencia a un determinado enfoque terapéutico conlleva una forma determinada de 'mirar' lo que se observa. Ningún terapeuta está a salvo de esta influencia, sólo la conciencia de ella puede evitar la incidencia perniciosa de olvidar que las *categorías y conceptualizaciones del enfoque al que pertenecemos son el molde en el hacemos encajar la experiencia del encuentro con el paciente.*

Para el terapeuta tiene una gran relevancia que recuerde que *la forma en que conceptualiza el problema del paciente*, la serie de hipótesis que elabora acerca de lo que el paciente expresa en su discurso, *es sólo una de las muchas maneras en que puede ser considerado*. Si es capaz de mantener esa especie como de provisionalidad respecto de la estructura y modo como él concibe que el paciente se problematiza, siempre va a poder cuestionarse la validez de sus evaluaciones y no hacer de ellas el único camino a través del cual es posible la intervención terapéutica.

Una vez teniendo en cuenta que su propia forma de evaluar el discurso del paciente puede suponer un sesgo que si no se toma en consideración va a proporcionar más problemas que beneficios el terapeuta tiene ante sí la cuestión de llevar a cabo sus aportaciones al proceso terapéutico realizando tareas específicas de esta fase.

Uno de los planos en los que los *beneficios de la confrontación del proceso de Identificación* es más palpable es el que se observa en el de la *calidad de la comunicación entre terapeuta y paciente*. En el caso de no tener en cuenta esta actitud pueden aparecer una serie de dificultades que entorpezcan una comunicación fluida, base sobre la que se asienta, inexcusablemente, una terapia útil.

La característica más observable cuando en la relación terapéutica está presente el proceso de **Identificación** es la *tendencia a confundir lo expresado y lo vivido* que experimentan los participantes. También es muy notable la tendencia a descargar sobre el otro la responsabilidad de lo que cada uno experimenta al escuchar el discurso de su interlocutor.

Si queremos que la terapia pueda llegar a buen fin hemos de tener siempre presente la coincidencia entre lo que el terapeuta puede ofrecer y lo que el paciente le demanda. Sólo en aquellos aspectos en los que paciente y terapeuta estén sintonizados podremos esperar que se produzca el alcance de las metas propuestas.

En muchas ocasiones este momento de la terapia va a estar marcado por un tipo especial de negociación, puesto que en muchas ocasiones los objetivos que el paciente se propone conseguir están tan impregnados de deseos utópicos que no es posible llegar a ellos. El terapeuta en este aspecto ha de reformular las expresiones verbales que el paciente hace. También va a tener el terapeuta que cuestionar y pedir que sean expresadas con mayor claridad algunas de las metas para poder dilucidar si es posible llegar o no a ellas.



La *concreción de las metas* que se pretenden alcanzar con la terapia es ya en sí misma una actividad terapéutica, puesto que tal vez, una buena parte de los conflictos y la sensación de incapacidad que experimenta el paciente, esté fundamentada en que no puede alcanzar lo que pretende por la simple razón de que le es imposible.

Los requisitos de responder a las necesidades presentes del paciente, junto con que se establezcan de forma concreta y observable, así como, la forma de saber que se han alcanzado y que se llegue a plantear el impacto que se preve que tenga la consecución de esas metas, resultan siempre recomendables.

Siguiendo adelante con los puntos que sobresalen a lo largo del proceso terapéutico y que hemos expuesto de forma más detallada en lo anteriormente escrito nos hemos de referir al *tipo especial de aprendizaje* que tiene lugar en dicho proceso.

La formulación del aprendizaje propuesta podemos concretarla en que el paciente aprende no solo a hacer lo que antes hacía de forma diferente, sino que aprende a elaborar unos mapas o modelos de la experiencia en los que la incorporación de los nuevos aprendizajes dan lugar a un cambio cualitativo notable en lo que a su experiencia se refiere. Aprende a elaborar premisas diferentes que le conduzcan a estrategias novedosas.

También hacemos referencia a lo relativo a las consideraciones que se pueden para que aparezcan reflejados en las metas y en las vías, los *rasgos que van a hacer más factible su consecución*.

Posteriormente centramos nuestra atención en los *beneficios que reporta la confrontación del proceso de identificación en la concreción de metas*..

Con la clarificación de las metas como último paso de esta parte de la terapia nos adentramos en la que corresponde a la *fase intermedia de la terapia*.

En este periodo es en el que se van a dar las interacciones mas contradas on lo que el paciente le demanda a la terapia. Habrá de prestarse especial atención a la calidad de la relación la medida en que existe el riesgo de que tanto el terapeuta como el paciente tiendan a acomodarse, cada uno en la posición que pactaron inicialmente.

En la línea de considerar al *proceso terapéutico como una muestra fehaciente de la posibilidad de cambio* conviene señalar en primer lugar que, en la terapia, el paciente descubre los cambios que están a su alcance a través de un 'riesgo medido'.

La presencia y la actitud del terapeuta han de favorecer que el paciente perciba en aquél un atributo esencial, la capacidad de infundir la esperanza.

Hay que evitar, si queremos convertir la terapia en una demostración que el cambio es posible, tres tendencias nocivas en la interacción terapeuta-paciente:

a) No es posible mostrar un cambio haciendo 'más de lo mismo' y con la 'misma» intención.

b) El terapeuta ha de tener clara la visión respecto de los presupuestos y las características en base a los que el paciente configura su problema, para partiendo de ahí proponer situaciones alternativas.

c) El ir concretando las diferencias que supongan para el paciente la posibilidad de vivir y experimentar algo distinto va a favorecer las experiencias en las que el paciente pueda darse cuenta de los cambios que va experimentando.

La clave que permite que la intervención del terapeuta pueda ser aceptada por el paciente reside en que este no se sienta amenazado en su condición de ser humano.

Destacamos también la importancia de las *características de la comunicación entre terapeuta y paciente*.

Al respecto hacemos mención de los *hábitos disfuncionales de comunicación en el discurso del paciente*.

Tras los ejemplos de hábitos disfuncionales en la comunicación no podemos dejar de mencionar la importancia que en el marco de la relación terapéutica tiene el campo de la comunicación no verbal puesto que en el grado de congruencia de las dos vertientes de la comunicación, el verbal y el no verbal van a aparecer reflejadas muchas informaciones que pueden ser de gran utilidad para el terapeuta. También para el paciente el grado de congruencia de los dos planos en el terapeuta va a surtir un efecto decisivo en cuanto al nivel de confianza que deposite en éste.

El que la comunicación no verbal se evalúa como formando parte junto, con la verbal de un todo que es el mensaje emitido permite la incorporación a la relación terapéutica de una perspectiva muy enriquecedora.

Ya hemos aludido en algunos puntos de este resumen al carácter 'especial' que contiene la relación terapéutica, lo cuál hace que tenga una serie de semejanzas y diferencias con las relaciones que el paciente mantiene en ámbitos ajenos al de la psicoterapia.

Tanto en el contexto como en el diálogo y la relación, hay semejanzas y diferencias.

Si asumimos que para que algo cambie una parte ha de permanecer igual como referencia al estado anterior, y que para considerar la continuidad de algo se ha de percibir algún cambio podremos entender el apartado que hace referencia a *la permanencia y el cambio en la dinámica de las sesiones*, pudiendo considerarlo como *la demostración práctica de la evolución personal*.

Planteamos también las condiciones para poder dar el sentido

plano a lo que pretendemos señalar en este epígrafe.

Una de las formas en la que la utilidad de la confrontación del proceso de **Identificación** queda plasmada de forma clara por medio del análisis del discurso del paciente en la *detección de los bloqueos en la experiencia del paciente* que en ese discurso aparecen reflejados.

Los *modos de superar terapéuticamente los bloqueos a través de la confrontación del proceso de Identificación* son expuestos a través de una serie de apartados en los que de forma pormenorizada se van abordando diferentes vertientes del proceso de la terapia en esta fase.

*Las expresiones del paciente son consideradas como el punto de partida* desde el que iniciar la labor terapéutica.

La consideración de *la frontera persona-ambiente como el lugar de contacto* en el que se juntan la experiencia interna de la persona y lo observable para otros, hace posible elaborar propuestas que no contengan la fantasía de la posibilidad de 'aislar' al ser humano para favorecer su cambio.

*La integración por parte del paciente* de lo que experimenta en terapia, se considera en todo momento un referente para conseguir la superación del proceso de **Identificación**. Un rasgo que ha de presidir la intervención terapéutica es el de hacer posible para el paciente la integración de lo experimentado durante la sesión.

La valoración y la comprobación de que *el 'aquí y ahora' de la sesión, es el espacio-tiempo en el que se fragua el cambio*, aporta unas condiciones a la labor terapéutica. Partiendo de este presupuesto todo el trabajo terapéutico se ha de dar, inevitablemente, mediante el abordaje e intervención sobre lo que sucede en la sesión .

Una de los planos en los que cada enfoque terapéutico ha imprimido su huella con mayor nitidez es en el de las técnicas que se utilizan como medio para favorecer el cambio en los pacientes.

Conviene no olvidar que el uso de 'técnicas' en terapia no excluye la variante de la incidencia personal del terapeuta que las utiliza. Nosotros hemos reflejado tres tipos que pensamos engloban la práctica totalidad de técnicas, supresivas, expresivas y de integración.

El exponer las intervenciones del terapeuta como '*experimentos*' a través de los cuales le propone al paciente, una vía para superar la *Identificación*, implica una demanda a la manera en que desempeña su labor. Se le adjudica, en cierto modo, el tener que responder a los planteamientos del paciente con una propuesta que suponga un marco en el que sea inevitable para el paciente el desarrollar una nueva actitud.

Nos referimos a los *objetivos que el terapeuta persigue con los 'experimentos'* que le propone al paciente.

También abordamos las *características que deben reunir las propuestas del terapeuta*, para que sea de utilidad el desarrollo de un 'experimento'.

Pasamos con posterioridad a centrarnos en los *rasgos característicos de la fase final del proceso terapéutico* y en algunas aportaciones de la confrontación del proceso de Identificación en esta fase.

También prestamos atención a la *valoración y significación de las metas alcanzadas*,

Como la significación de las metas alcanzadas va a tener una lectura diferenciada según se la perspectiva desde la que se observa, es por lo que las consideramos *desde el ámbito de la experiencia del paciente* y tomando la *valoración desde la posición del terapeuta*, que ha utilizado como uno de los puntos de apoyo de su intervención la confrontación del proceso de *Identificación*, de lo alcanzado por el paciente en el proceso terapéutico.

Una de las situaciones más peliagudas es tener que *finalizar la terapia cuando no se han alcanzado las metas propuestas*. No obstante si el terapeuta a lo largo del proceso terapéutico ha ido confrontando el proceso de **Identificación**, hay algo que no podremos negar y es que, cuando el paciente manifieste su desánimo por no haber llegado a las metas, no habrá en la respuesta del terapeuta ningún tipo de crítica ni de responsabilización exclusiva sobre el paciente.

Cuando llega la *finalización del proceso terapéutico* los beneficios que a lo largo del proceso terapéutico proporciona la confrontación del proceso de **Identificación** se hacen más patentes si cabe.

Hay a estas alturas del proceso terapéutico algunas *cuestiones a tener en cuenta*.

Aunque pueden aparecer algunos *temores del paciente* que el terapeuta conceptualiza como *una última muestra del antiguo hábito de efectuar el proceso de Identificación*, las destrezas y habilidades que el paciente ha adquirido le permiten salir airoso de la situación.

La *comprobación de cómo los cambios van más allá de los aspectos concretos a los que se había circunscrito*, permite constatar que el proceso terapéutico da lugar a cambios que van más allá del conjunto de metas inicialmente proyectadas. El paciente lo que aprende durante el desarrollo de la psicoterapia no es una cuestión ligada a un contenido concreto.

La *despedida como marco final en el que se pueden comprobar los beneficios de la confrontación del proceso de Identificación* va estar muy matizada por la complejidad de la finalización de la terapia en una forma adecuada.

Ni que decir tiene que la visión del punto y final de la terapia también va tener una lectura distinta tanto desde la óptica del terapeuta como desde la del paciente.

Con el intento de mostrar algunas de las enseñanzas que, para quien la escribe, ha supuesto la elaboración de esta tesis quisiéramos dejar patentes una serie de conclusiones que pensamos que se desprenden de todo lo escrito.

La primera de ellas, de ámbito muy general, sería la que responde al título de esta tesis. La *incidencia en el proceso terapéutico* de aquellas actitudes que, tanto en el terapeuta como en el paciente, se puede considerar que corresponden a los procesos a los que hace referencia el concepto de **Identificación** de Korzybski, podemos calificarla de *importante*.

A esta conclusión llegamos en base a las siguientes argumentaciones, que en cierto modo y como una especie de paradoja nos recuerdan a un silogismo, si bien no 'idénticamente':

a) La **Identificación** puede aparecer en toda actividad humana en la que se lleve a cabo el proceso de transformación de una experiencia, que la persona está viviendo, en cualquier otra clase de información que tiene como referencia a esa experiencia vivida. El modelo que explica esta transformación es el que Korzybski estructura bajo el nombre de lo que él denomina el proceso de abstracción.

b) El proceso terapéutico, en la medida en que es un proceso que implica la interacción entre personas, es una actividad humana en la que por medio del diálogo se abordan las referencias a experiencias.

Como consecuencia lógica podemos decir que en el proceso terapéutico la incidencia del proceso de **Identificación** va a darse en muchos momentos. Sin embargo lo que hemos querido señalar a lo largo de esta tesis es que la conciencia, por parte del terapeuta en un principio y mas tarde también por parte del paciente, de lo nocivo de la aparición de ese proceso es vital para un desarrollo de mayor calidad y utilidad del citado proceso de psicoterapia.

Partiendo de aquí otras conclusiones pueden mencionarse como consecuencia de las reflexiones que se aportan en lo anteriormente escrito.

La confusión, entre lo que vivimos en cada momento y nuestra valoración de ello, es el caldo de cultivo en el que la mayoría de los conflictos que las personas relatan en la consulta de un psicoterapeuta.

El valorar como algo que se corresponde 'idénticamente' lo que el paciente experimenta y lo que en la consulta nos expone en su discurso, es una evaluación que, a poco que cualquier persona, no sólo terapeuta, se detuviera a analizar no haría.

Sin embargo, y este es el plano sobre el que hemos querido incidir en esta tesis, en muchos momentos del proceso terapéutico, al menos eso parece desprenderse de muchos informes psicológicos y métodos de psicodiagnóstico, se cae en esa confusión.

Pensamos que las anteriores páginas habrán mostrado de forma clara que, si el terapeuta presta atención a la confusión que el paciente padece cuando afirma que su modelo del mundo, en el que no encuentra recursos a sus problemas, es 'idéntico' al mundo que no le ofrece soluciones a sus problemas, y le señala que está hablando de cosas distintas, esto tendrá un efecto beneficioso para el paciente.

Lo que parece imprescindible es que el terapeuta habrá de ser sensible a esa confusión. Esto significa que tendrá que haber incorporado, en su arsenal de actitudes, la tendencia a detectar las partes del discurso del paciente en las que de forma mas o menos ostensible se están 'igualando' modelo y experiencia.

En muchos de los casos en los que quien esto escribe ha podido percibir la realización del proceso de Identificación, existía una apreciable semejanza con el proceso de 'proyección' en el sentido de ésta que ya hemos aludido anteriormente. No obstante no me parecería adecuado que convirtiéramos en lo 'mismo' ambos



procesos. Mientras que en el primera la confusión es 'bidireccional', tomando como referente la frontera persona-ambiente, en el caso de la 'proyección' el sentido es desde la persona hacia el ambiente en una sola dirección.

El plano en el que la persona puede llevar a cabo la Identificación siempre es en los niveles altos de abstracción. Esto significa que siempre ha de haber una elaboración personal de lo vivido para poder caer en la confusión que la Identificación implica.

Cabe concluir pues que, en la medida en que cada cuál ha de efectuar una serie de abstracciones, es quien las hace el que mejor puede prevenir en ese proceso la aparición de la Identificación.

En la labor de terapeuta me ha resultado de enorme utilidad el estar pendiente, en alguna forma, de aquellas expresiones que me permitieran detectar rasgos de confusión en el paciente. Esto me ha llevado a tener que estar cuestionándome en muchas ocasiones si yo estaba cayendo o no en la **Identificación**.

Puedo asegurar, sin ningún género de dudas, que la confrontación del proceso de **Identificación**, que necesariamente tuve que emprender cuando empecé a considerar la incorporación como una actitud terapéutica, me supuso cambios cualitativos apreciables en mi forma de trabajar como terapeuta, y, lógicamente, esta nueva forma de ver o valorar las cosas, también influyó en otras facetas de mi vida.

A partir de ése momento me resultaba más difícil estar 'absolutamente' convencido de las cosas. No podía decir, ni siquiera a mí mismo, que 'eso es así y nada más' sin sentir cierta inquietud y preguntarme a continuación ¿seguro?

La flexibilidad fruto de no poder afirmar mas allá de determinado nivel la exactitud de las cosas y saber que el resto es una 'certidumbre autofabricada' me aportó una mayor profundidad en cuanto a la significación de lo que en los diferentes momentos de una psicoterapia aparecía en la interacción con el paciente.

Creo poder afirmar, haciendo caso a mi sentir, que la incidencia de la incorporación de la confrontación del proceso de **Identificación** en los procesos terapéuticos en los que intervine posteriormente, ha sido para mí enormemente valiosa. Creo que también para mis pacientes, la amplitud y significación de la incidencia son ellos los que podrán valorarla, así como el efecto que ha surtido en ellos tras la finalización del proceso terapéutico.

Espero, como final de esta tesis, que lo insistente de mis palabras sobre la conveniencia de tener presente y confrontar el proceso de Identificación pueda servir para otros colegas, quienes seguro que podrán aplicar los beneficios de esa actitud en muchas direcciones que no han sido reflejadas en este escrito.

# **Anexos**

---

---

## ANEXO A

### Obras de Alfred Korzybski.

#### \* Previos a la aparición de «Science & Sanity»:

Año 1.921: Manhood of Humanity: The Science and Art of Human Engineering.

Principles of Industrial Philosophy: A tribute to H.L. Grantt.

Año 1.923: Fate and Freedom.

Patent application. Educational appliance. Antropometer (Structural Differential).

Año 1.924: The Brotherhood of Doctrines.

Time Binding: The General Theory. First Paper.

Año 1.925: Time Binding: The General Theory. Second Paper.

Año 1.927: The Human Worth of Rigorous Thinking.

Año 1.929: Alexander Vasilievitch Vasiliev.

Año 1.931: A Non-aristotelian System and Its Necessity for Rigour in Mathematics and Physics.

Año 1.932: A Discussion of «Mental Hygiene and Criminology». (1930)

Año 1.933: Science and Sanity: An Introduction to Non-aristotelian Systems and General Semantics.

#### \* Posteriores a la publicación de «Science & Sanity»

Año 1.935: An Outline of General Semantics: The Application of Some Methods of Exact Sciences to the Solution of Human Problems and Educational Training for General Sanity.

Año 1.935: An outline of General Semantics: The application of some methods of exact sciences to the solution of human problems and educational training for general sanity.

Neuro-semantic and Neuro-Linguistic Mechanisms of Extensionalization:  
General Semantics as a Natural Experimental Science.

Año 1.936: General Semantics: Extensionalization in Mathematics, Mathematical Physics, and General Education. Paper I: The extensional method.

- Año 1.937: The Science of Man. General Semantics.
- Año 1.938: General Semantics: Extensionalization In Mathematics, Mathematical Physics, and General Education. Paper II: Thalmic Symbolism and Mathematics.
- Año 1.939: General Semantics: Extensionalization In Mathematics, Mathematical Physics, and General Education. Paper III: Over/under defined terms.
- A Memorandum (Report on the Institute).
- General Semantics and you -The foundations of science of man.
- Año 1.941: General Semantics: Psychiatry, Psychotherapy and Prevention. (1940)
- Año 1.941: Introduction to the Second Edition Science and Sanity.
- Año 1.942: Science, Sanity and Humanism.
- Año 1.943: Some Non-aristotellan Data on Efficiency for Human Adjustment.
- Año 1.944: Extensional analysis of the process of abstracting from an electro- colloidal poin of view.
- Año 1.945: Coments on Dr. Plant's Article.
- Frank on Freedom.
- Sargent on Education.
- Año 1.946: Release of Atomic Energy
- A Veteran's Re-adjustment and Extensional Methods
- Año 1.947: General Semantics: An Introduction to Non-aristotellan Systems. (Existe traducción al castellano de Josep Vidal LLecha, 1.949)
- Why Non-aristotelian
- Año 1.948: General Semantics.
- Año 1.949: Preface to the Thlrd Edition 1.948, Science and Sanity.
- Año 1.949: General Semantics.
- Time-Binding: The General Theory. 1.924-1926.
- Año 1.950: Time Binding and human potetialities. (1948)
- What I Believe. (1948)
- Año 1.951: Functional Determinants of Perceptual Processes:  
 A) The effect on Perceptual Processes of the Language System.  
 B) Aristotelian and Non-aristotelian Language Systems. (1950)

## ANEXO B

### CICLO DE COMUNICACION CALBRADA (Congruencia escasa o ausente)

1) Comunicación (comunicador): Tanto la formación como la enunciación del ciclo calibrado, la persona que inicia los mensajes está actuando incongruentemente. Los mensajes proporcionados por la persona que efectúa la comunicación, la cual ofrece estos mensajes en muchas formas diferentes —posturas corporales; movimientos de las manos, los brazos, etc.; patrones de movimientos oculares; ritmo y tonalidad de la voz; velocidad de la respiración; palabras sintaxis de las frases, etc... Además estos mensajes pueden encontrarse o no dentro de la percepción consciente de la persona que se está comunicando. Generalmente, el comunicador que es incongruente en su comunicación, no se percata de que los mensajes que está ofreciendo al receptor, no concuerdan. Esto es posible debido a que solo se da cuenta de algunos de los mensajes que está expresando; el grupo de mensajes conflictivos permanece fuera de su percepción consciente. El grupo de mensajes de los que el comunicador está más consciente es el que está íntimamente relacionado con el sistema representativo que él utiliza con más frecuencia. El negar, ignorar, o juzgar mal cualquiera de los mensajes que emite el comunicador y las partes que los produjeron, sería tanto como negar o ignorar algunos elementos importantes de la persona, que pueden servirle como poderosos recursos. Podemos admitir que las partes del comunicador que originaron los mensajes conflictivos sean modelos inconsistentes del mundo que él aún no ha integrado.

2) Experiencia (receptor): El receptor hace frente a la tarea de interpretar la comunicación ofrecida por el comunicador; un grupo de mensajes que no concuerdan, que no encajan entre sí. Típicamente, el receptor prestará una atención selectiva a los mensajes que le llegan a través de uno de sus canales de recepción y pasará por alto los demás. De acuerdo con las experiencias obtenidas en diferentes estudios, el receptor será consciente de los mensajes que lleguen a través de uno de sus canales perceptivos, mientras que los mensajes restantes serán recibidos y aceptados fueran de su percepción consciente. Una vez más los mensajes que capta el receptor están estrechamente relacionados con el sistema representacional que utiliza con

más frecuencia. si el receptor se percatara de los mensajes que chocan entre sí, por lo general estimará conscientemente al comunicador como un hipócrita o un mentiroso. Si el receptor capta únicamente los mensajes que concuerdan se sentirá incómodo, y si, continúa recibiendo comunicación incongruente, después de cierto tiempo él mismo se volverá incongruente en sus respuestas. Estos mensajes pueden encontrarse o no dentro de la percepción consciente de la persona que los está recibiendo.

3) **Conclusión(receptor):** Es la comprensión lograda por la persona que recibe los mensajes en cuanto a lo que significan. Enfrentado con la tarea de interpretar el significado de un grupo de mensajes conflictivos, el receptor, típicamente, termina por tener una de estas dos experiencias:

a) Si en la Experiencia, el receptor ha coordinado su recepción de los mensajes conflictivos de modo que se percatara únicamente de los mensajes consistentes, llegará a la conclusión consciente de que el comunicador únicamente proyecta los mensajes de los que tiene noción. El resultado de este proceso es que el receptor produce dentro de sí mismo modelos conflictivos de esta experiencia y generalmente se siente confundido.

b) Si en la Experiencia, el receptor ha coordinado su recepción de los mensajes conflictivos de manera que se dé cuenta de que no concuerdan, considerará al comunicador como falso y manipulador, o hasta perverso o astuto.

Una vez más, el receptor puede alcanzar la comprensión tanto dentro como fuera de la percepción consciente.

4) **Generalización(receptor):** La manera en que la persona que recibe los mensajes los relaciona con su experiencia pasada, y la forma en que el receptor utiliza su comprensión de los mensajes recibidos para amoldar sus concepciones y reacciones para definir su empleo en el tiempo presente y, sin la intervención del futuro. Frecuentemente, dentro del contexto de la comunicación incongruente, las experiencias anteriores (especialmente las

procedentes de la familia de origen del receptor) son activadas y disparadas por los mensajes conflictivos. El tomar parte de una experiencia compleja y aceptarla como representación de la experiencia total es un ejemplo de lo que se conoce con el nombre de Equivalencia Compleja. Por otra parte cuando el receptor determina el significado de un gesto del comunicador corresponde a un estado de ánimo determinado presenta el típico patrón de lo que se denomina Adivinación de Pensamiento<sup>1</sup>. La persona que produce este tipo de generalizaciones carece de instrumentos de revisión para averiguar si son precisas o no. Las generalizaciones constituyen un instrumento, una forma importante de coordinar nuestra experiencia. Solamente cuando las generalizaciones se hacen rígidas y permanentes, Incrustándose profundamente en la percepción de los mensajes de Intercomunicación de la persona, esta pierde sus alternativas para responder.

5) Conducta de Respuesta(receptor): La forma en que reacciona cada persona que recibe los mensajes. Este paso del ciclo de la comunicación equivale al primer paso, cuando el comunicador original y el receptor han intercambiado posiciones. Esto es lo que significa la flecha que gira hacia atrás, conectando el último paso del diagrama con el primero. Salvo que el receptor de la comunicación incongruente original sea él mismo congruente, responderá incongruentemente, iniciándose así otro ciclo de comunicación calibrada. Los terapeutas tienen que evitar cuidadosamente el fomentar, sin darse cuenta, la comunicación calibrada con aquellos con los que están practicando la terapia, para no ser ellos mismos quienes refuercen los patrones destructivos, en lugar de encontrar nuevas alternativas junto con las personas de la familia.

Típicamente, los ciclos de comunicación calibrada entre los miembros de una familia irán haciéndose más y más breves, hasta que simplemente el levantar una ceja desatará dolor y rabia en los demás familiares. El modo en

---

*1 Adivinación o transmisión de pensamiento: Este tipo de estructuras de superficie mal formadas implican o involucran la creencia, por parte de la persona que habla de que puede saber lo que otra persona está pensando y si entiende, sin una comunicación directa de la persona receptora.*

*La persona adivina el pensamiento cuando presume saber, sin evidencia directa, lo que otra persona está pensando o sintiendo: lo hacemos a menudo. Muchas veces es una respuesta intuitiva a ciertas claves no verbales de las que nos hemos dado cuenta inconscientemente. A menudo, son puras alucinaciones, o lo que nosotros mismos pensaríamos o sentiríamos en esa situación.*



que se van acortando los ciclos de comunicación entre las personas tiene que ver de un lado con la restricción de la comunicación que a lo largo del proceso se va dando, como ya hemos expresado anteriormente, en el sentido que cada información/mensaje determina la accesibilidad de los subsiguientes (Bateson, 1972). Por otra parte es innegable que en la medida en que las relaciones familiares van creciendo en conflictividad los aspectos diferentes de cada situación, en la familia patológica, van siendo obviados favoreciendo así la relación estereotipada. La forma en que se disminuye el alejamiento de la realidad para recurrir al estereotipo se explica, entre otras perspectivas, desde la Semántica General como ya veremos más adelante.

#### **CICLO DE COMUNICACION RETROALIMENTADA (Presencia destacable de congruencia)**

1) Comunicación(comunicador): En el caso en que el comunicador es congruente (cuando todos los mensajes concuerdan); el comunicador está unificado dentro de su expresión. En el caso en que el comunicador es incongruente, estará en contacto con su experiencia presente, de manera que el mismo detectará la incongruencia de su comunicación. Esto le otorgará muchas elecciones.

2) Experiencia(receptor): Si el comunicador es congruente en su expresión, no habrá dificultades. Si el comunicador es incongruente, el receptor, al percatarse de la incongruencia, está en libertad de llamar gentilmente la atención del comunicador sobre la incongruencia, y, si se le solicita, el receptor puede ofrecer al comunicador retroalimentación adicional a fin de ayudarlo a integrar los mensajes conflictivos así como los modelos de los cuales éstos proceden. El detalle importante reside en que el receptor tiene la prerrogativa de hacer comentarios, y que el comunicador incongruente tiene la de aceptar la crítica sin sentirse agredido, sin que su autoestima se sienta amenazada. Estos son los componentes esenciales de la comunicación con retroalimentación.

3) Conclusión(receptor): Cuando los mensajes que son aceptados por el receptor sean congruentes, no tendrá ningún problema para comprender el significado de lo que el comunicador le indica. Cuando el comunicador ofrezca mensajes incongruentes, ya sea que el receptor haya coordinado o

no los mensajes conflictivos de manera que se percate de que ellos no concuerdan, llegará a la conclusión de que algo relacionado con la comunicación, no funcionó para él. Lo que resulta aquí de gran importancia es que tanto el receptor como el comunicador tienen la alternativa de examinar su comunicación sin que su autoestima se vea amenazada (sin que el intercambio se convierta en una controversia vital) sino, por el contrario, aprovechan la ocasión como motivo de evolución y cambio.

4) Generalización(receptor): Lo que distingue este paso en el ciclo de comunicación retroalimentada es que cuando el receptor capta los mensajes incongruentes y estos evocan alguna experiencia del pasado, es lo bastante sensible respecto a su experiencia actual como para percatarse inmediatamente de que sólo se encuentra parcialmente presente en la interacción; parte de su atención se ha trasladado a otra época, a otro lugar y a otra experiencia. Una forma de resolver la situación cuando un suceso anterior está interfiriendo y distrayéndonos de sentir vivamente el presente, inmediatamente presta atención a esa experiencia sensorial a fin de descubrir que es lo que está aconteciendo. Así pues, las generalizaciones que el receptor produce y utiliza dentro de un ciclo retroalimentado constituyen reglas flexibles para la interpretación, las cuales continuamente son revisadas y actualizadas a través de la experiencia sensorial.

Conducta de respuesta(receptor): Si tanto el comunicador inicial como el receptor original tiene libertad de comentar e indagar sobre cualquier confusión o incongruencia, sin necesidad de que el intercambio se conviertan en motivo de controversia, entonces tarde o temprano, una u otra de las personas involucradas, según se vayan trasladando del comunicador al receptor, descubrirá los patrones de la mala comunicación.

## ANEXO C

## USO DEL METAMODELO EN PSICOTERAPIA

Patrón del metamodelo.Confrontación.**Eliminaciones.**

Sustantivos inespecíficos.	<i>¿Qué o quién específicamente...?</i>
Verbos inespecíficos.	<i>¿Cómo sucede esto específicamente?</i>
Comparación.	<i>¿Comparado con qué?</i>
Juicio.	<i>¿Quién dice...?</i>

**Generalizaciones.**

Operador modal de posibilidad.	<i>¿Todos?, ¿Siempre? etc.</i>
Operador modal de necesidad.	<i>¿Qué le impide?</i>
Cuantificador Universal.	<i>¿Qué pasaría si usted hiciera/no hiciera?</i>
	<i>¿Siempre?, ¿Nunca?, ¿Todos?</i>

**Distorsiones.**

Equivalencia compleja.	<i>¿Cómo es que esto significa eso?</i>
Presuposición.	<i>¿Qué le hace creer que...?</i>
Causa, efecto.	<i>¿Cómo aquéllo hace exactamente que ocurra ésto?</i>
Leer el pensamiento.	<i>¿Cómo lo sabe usted?</i>

## ANEXO D

### FASES Y BLOQUEOS EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA

<u>Fase</u>	<u>Definición</u>
REPOSO	Supone el equilibrio, la Indiferencia creadora y el punto de inicio de una nueva experiencia. En él están presentes todas las potencialidades para que se produzca una nueva experiencia.
SENSACION	Determina la identificación en la zona interna al sentir físicamente algo que todavía no se conoce. Es el surgimiento de una necesidad que supone una tensión todavía no conocida.
FORMACION DE FIGURA	Se establece una clara figura de la necesidad y se toma conciencia de la sensación. Se ha producido por parte del organismo una diferenciación de lo que se necesita satisfacer.
MOVILIZACION DE LA ENERGIA	Se procede a acumular la energía necesaria para satisfacer lo que la necesidad demanda. Teniendo como objetivo la acción posterior se van elaborando de formas diversas los recursos y caminos que permitan ponerse en marcha.
ACCION	En esta fase se pone en marcha el organismo hacia el objeto relacional, hacia la meta que permitirá la satisfacción de la necesidad hacia la que está encaminada la actividad.
PRE-CONTACTO	El organismo localiza la fuente de satisfacción comenzando a tomar contacto de forma paulatina.
CONTACTO	Se establece de forma plena el contacto con el objeto, experimentando la unión con el mismo. El organismo obtiene el placer de la satisfacción de la necesidad por la que se ha movilizado.

**Fase****Definición**

**POST-CONTACTO**  
desenergetización producto de la

En esta fase comienza la necesidad satisfecha, junto con los procesos de asimilación que permitirán alcanzar el reposo para comenzar otra nueva experiencia.

## ANEXO E

<u>Bloqueo</u>	<u>Fase que afecta</u>	<u>Definición</u>
RETENCION	REPOSO	Supone el impedimento de la continuidad natural de cada momento. Impide el proceso de asimilación de la experiencia.
DESENSIBILIZACION	SENSACION	Supone una negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente.
PROYECCION	FORMACION DE FIGURA	Consiste en la atribución a algo externo lo que pertenece al individuo mismo.
INTROYECCION	MOVILIZACION DE LA ENERGIA	Supone la incorporación de ideas, actitudes y creencias que no han sido asimiladas por el organismo.
RETROFLEXION	ACCION	Por medio de esta interrupción la persona se hace a sí misma lo que quisiera hacer a los demás.
DEFLEXION	PRE-CONTACTO	En él el organismo evita enfrentar el objeto relacional dirigiendo la acción y la energía hacia otros objetos no significativos.
CONFLUENCIA	CONTACTO	Por medio de este bloqueo la persona no es capaz de distinguir entre su Sí Mismo y el entorno.
FIJACION	POST-CONTACTO	No permite la retirada del contacto, favoreciendo una rigidificación de las pautas de conducta.

# Bibliografía

---

---

- 
- \* ADLER, A. (1912): *Über den Nervösen Charakter*. Traducido al castellano por Ritter-Zahóny A. von y Valdés P.F. bajo el título *El carácter neurótico*. 1993. Barcelona: Paidós. 2ª edición.
- \* ADLER, A. (1926): *Conocimiento del hombre*. Traducido al castellano por Bark, H. 1975. Madrid : Espasa-Calpe. 6ª edición.
- \* ANDERSON, H. y GOOLISHIAN, H. (1992): The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. En Mc. Namee, S. y Gergen, K.J. (comps.) (1992): *Therapy as social construction*. Traducido al castellano por Castillo, O. bajo el título *La terapia como construcción social*. 1996. Barcelona: Paidós.
- \* ANDOLFI, M. (1977): *La terapia con la familia*. Traducido al castellano por Prieto, E. bajo el título *Terapia Familiar*. 1987. Buenos Aires: Paidós. 2ª edición.
- \* ANDOLFI, M. (1980): Un modelo de formación en terapia familiar. En Andolfi, M. y Zwerling, I. (Comps.) (1980). *Dimensions of family therapy*. Traducida al castellano por Prieto, E. bajo el título *Dimensiones de terapia familiar*. 1985. Barcelona: Paidós.
- \* ARANGUREN, J.L. (1967): *La comunicación humana*. Madrid: Guadarrama.
- \* ARNHEIM, R. (1957): *Art and visual perception - A psychology of the creative eye*. Traducida al castellano por Masera, R. bajo el título *Arte y percepción visual. Psicología de la visión creadora*. 1977. Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires. 8ª edición.
- \* ARREGUI, J.V. (1984): *Acción y sentido en Wittgenstein*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- \* ATKINS, P.W. (1981): *The creation*. Traducido al castellano por Acordagoicoechea, J.P. bajo el título *La creación*. 1983. Barcelona: Labor.
- \* BACHELARD, G. (1940): *La Philosophie du non. Essai d'une philosophie du nouvel esprit scientifique*. 1988. Paris: Presses Universitaires de France. 3ª edición.
- \* BACHELARD, G. (1948): *La formation de l'esprit scientifique*. Traducido al castellano por Babini, J. bajo el título *La formación del espíritu científico*. 1990. Buenos Aires: Siglo XXI. 16ª edición.



- \* BALANDIER, G. (1988): *Le désordre*. Traducido al castellano por, López, B. bajo el título *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales*. 1989. Barcelona: Gedisa.
- \* BANDLER, R. y GRINDER, J. (1975): *The structure of magic I*. Traducido al castellano por Olivos, E., Mengual, A. y Huneus, F. bajo el título *La estructura de la magia*. 1980. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* BANDLER, R. y GRINDER, J. (1976): *The structure of magic II*. Traducido al castellano por Olivos, E. y Viveros M.E. bajo el título *La estructura de la magia II*. 1994. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* BANDLER, R. y GRINDER, J. (1980): *Frogs into princeps*. Traducido al castellano por Huneus, F. bajo el título *De sapos a príncipes*. 1982. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* BANDLER, R. y GRINDER, J. (1982): *Reframing*. Utah: Steve y Connirae Andreas.
- \* BANDLER, R. y GRINDER, J. (1985): *Use your brain for a change*. Traducido al castellano por Hermosilla, M. bajo el título *Use su cerebro para variar*. 1988. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* BANDLER, R.; GRINDER, J. y SATIR, V. (1976): *Changing with families*. Traducido al castellano bajo el título *Cómo superarse a través de la familia*. México: Diana.
- \* BATESON, G. (1972): *Steps to an ecology of mind*. Traducido al castellano por Alcalde, R. bajo el título *Pasos hacia una ecología de la mente*. 1985. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- \* BATESON, G. (1979): *Mind and nature*. Traducido al castellano por Wolfson, L. bajo el título *Espíritu y naturaleza*. 1980. Buenos Aires: Amorrortu. 5ª edición.
- \* BATESON, G. (1991): *A sacred unity. further steps to an ecology of mind*. Traducido al castellano por Bixio, A. bajo el título *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. 1993. Barcelona: Gedisa.
- \* BATESON, G. y BATESON, M.C. (1987): *Angels fear*. Traducido al castellano por Bixio, A.L. bajo el título: *El temor de los ángeles*. 1989. Barcelona: Gedisa.
- \* BATESON, G. y RUESCH, J. (1951): *Communication. The social matrix of psychiatry*. Traducida al castellano por Ferrarolo, R. bajo el título *La comunicación: matriz social de la psiquiatría*. 1984. Barcelona: Paidós.

- \* BEECH, H.R. (1969): *Changing man's behaviour*. Traducido al castellano Carrobes, J.A.I. bajo el título *Terapia de conducta. Modificación de la conducta humana*. 1977. Madrid: J. B.
- \* BERGMAN, J. S. (1985): *Fishing for barracuda. Pragmatics of brief systemic therapy*. Traducido al castellano por Castillo, O. bajo el título *Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*. 1986. Buenos Aires: Paidós.
- \* BERMAN, M. (1981): *The reenchantment of the world*. Traducido al castellano por Bendersky, S. y Huneus, F. bajo el título *El reencantamiento del mundo*. 1987. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* BERMAN S. I. (1962): *How to lessen misunderstandings*. 1972. San Francisco: International Society for General Semantics.
- \* BERNAL, J. D. (1954): *Science in history*. Traducido al castellano por Capella J.R. bajo el título *Historia social de la ciencia*. 1979. Barcelona: Edicions 62. 5ª edición.
- \* BETTELHEIM, B. y ROSENFELD, A.A. (1993): *The art of the obvious. Developing insight for psychotherapy and everyday life*. Traducido al castellano por Guastavino, M.I. bajo el título *El arte de lo obvio*. 1994. Barcelona: Crítica.
- \* BINSWANGER, L. (1961):. *Augewählte Vorträge und Aufsätze*. Traducido al castellano por Marin Casero, M. bajo el título *Artículos y conferencias escogidas*. 1973. Madrid: Gredos.
- \* BOHM, D. (1977): *Science as perception-communication*, en Suppe, F. (comp.) *The structure of scientific theories*. Illinois: University of Illinois Press.
- \* BOHM, D. (1980): *Wholeness and the implicate order*. Traducido al castellano por Apfelbäume, J.M. bajo el título *La totalidad y el orden implicado*. 1988. Barcelona: Kairós.
- \* BOHM, D. y PEAT, D. (1987): *Science, order and creativity*. Traducido al castellano por Apfelbäume, J.M. bajo el título *Ciencia, orden y creatividad*. 1988. Barcelona: Kairós.
- \* BOIS, J. S. (1957): *Explorations in awareness*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- \* BOIS, J. S. (1960): *The art of awareness*. 1983. Iowa: Brown Company Publishers. 4ª edición.

- \* BOIS, J. S. (1972): *Epistemics: The science-art of innovating*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- \* BONTRAGER, O. R. (1962): General Semantics and psychotherapy. *General Semantics Bulletin*. Nº 28 y 29.
- \* BORING, E.G. (1950): *A history of experimental psychology*. Traducido al castellano por Ardila, R. bajo el título *Historia de la psicología experimental*. 1979. México: Trillas. 2ª edición.
- \* BOURLAND, D. D. Jr. (1968): The semantics of a non-aristotelian language. *General Semantics Bulletin*, Nº 35.
- \* BRAUNSTEIN, N.A. (1975): ¿Qué entienden los psicólogos por Psicología? en Braunstein, N.A.; Pasternac, M.; Benedito, G. Y Saal, F. *Psicología: ideología y ciencia*. 1976. México: Siglo XXI.
- \* BRIDGMAN, P.W. (1927): *The logic of modern physics*. Nueva York: The Macmillan Company.
- \* BRONOWSKI, J. (1951): *The common sense of science*. Nueva York: Random House.
- \* BUBER, M. (1958): *Yo y tú*. 1987. Buenos Aires: Nueva Visión.
- \* BULLA DE VILLARET, H. (1973): *Introduction a la Sémantique Générale de Korzybski*. Paris: Le Courrier du Livre.
- \* CAHEN, G. (1953): *Les conquêtes de la pensée scientifique*. Traducido al castellano por Templado, F., Méndez, A. y Gimeno, J. Mº. bajo el título *Las conquistas del pensamiento científico*. 1987. Madrid: Norte y Sur.
- \* CAPRA, F. (1975): *The Tao of physics*. Traducido al castellano por Alonso Rey, J.J. bajo el título *El Tao de la física*. 1984. Madrid: Luis Cárcamo.
- \* CAPRA, F. (1982): *The turning point*. Traducido al castellano por De Luis, G. bajo el título *El punto crucial*. 1985. Barcelona: Integral.
- \* CARO, I. (1985): *La teoría de la Semántica General de Alfred Korzybski*. Universidad de Valencia. Tesis Doctoral no publicada.
- \* CARO, I. (comp.) (1990a): *Psicología y Semántica General*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teorética.
- \* CARO, I. (1990b): *Semántica General: Definición y marco histórico*. En Caro, I. (comp.) (1990a): *Psicología y Semántica General*. Valencia:

Promolibro. Colección de Psicología Teorética.

\* CARO, I. (1990c): Aspectos conceptuales básicos. En Caro, I. (comp.) (1990a): *Psicología y Semántica General*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teorética.

\* CARO, I. (1990d): Cómo resolver el problema de la evaluación: planteamientos psicoterapéuticos. En Caro, I. (comp.) (1990a): *Psicología y Semántica General*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teorética.

\* CARO, I. (1994): *La práctica de la terapia lingüística de evaluación*. Salamanca: Amarú.

\* CARO, I. (1995): *Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas*. *Boletín de Psicología*. Nº. 46. Número especial.

\* CARO, I. (1996): La psicoterapia en una sociedad postmoderna. *Revista de Psicoterapia*. Vol. I. Nº 24.

\* CASTANEDO, C. (1983): *Terapia Gestalt*. 1987. Barcelona: Herder.

\* CASTANEDO, C. (1990): *Grupos de encuentro en terapia Gestalt*. Barcelona: Herder.

\* CASTANEDO, C. (1993): Terapia Gestalt: El ahora y el cómo. En Castanedo, C.; Brenes, A.; Jensen, H.; Lucke, H.; Rodríguez, G. y Thomas, P. (comps.). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: El Manual Moderno.

\* CASTILLA DEL PINO, C. (1969): *La incomunicación*. 1983. Barcelona: Edicions 62. 11ª edición.

\* CASTILLA DEL PINO, C. (1978): *Sexualidad, represión y lenguaje*. Madrid: Ayuso.

\* CECCHIN, G. (1992): Constructing therapeutic possibilities. En Mc. Namee, S. y Gergen, K.J. (comps.) *Therapy as social construction*. Traducido al castellano por Castillo, O. bajo el título *La terapia como construcción social*. 1996. Barcelona: Paidós.

\* CENCILLO, L. (1973): *Terapia, lenguaje y sueño*. Madrid: Marova.

\* CHISHOLM, F. P. (1945): *Introductory lectures on General Semantics*. 1983. Connecticut: Institute of General Semantics. 14ª edición.

\* CHOMSKY, N. (1975): *Reflections on language*. Traducido al castellano

por Argente, J.A. y Nadal, J.M. bajo el título *Reflexiones sobre el lenguaje*. 1979. Barcelona: Ariel.

\* COHEN, M.R. (1956): *Reason and nature*. Traducido al castellano por Loedel, E. bajo el título *Razón y naturaleza*. 1965. Buenos Aires: Paidós. 2ª edición.

\* D'ABRO, A. (1927): *The evolution of scientific thought*. 1950. Nueva York: Dover Publications Inc. 2ª edición, revisada y ampliada.

\* DANTO, A. (1995): El final del arte. Madrid: *El Paseante*, nº 23-25.

\* DAVIS, F. (1971): *Inside intuition - What we knew about non-verbal communication*. Traducido al castellano por Mourgliaer, L. bajo el título *La comunicación no verbal*. 1982. Madrid: Alianza. 6ª edición.

\* DAWES, M. (1986): Our maps and ourselves. *General Semantics Bulletin*. Nº 53.

\* DE SHAZER, S. (1982): *Patterns of brief family therapy. An ecosystemic approach*. Traducido al castellano por Wolfson, L. bajo el título *Pautas de terapia familiar breve*. 1987. Buenos Aires: Paidós.

\* DE SHAZER, S. (1985): *Keys to solution in brief therapy*. Traducido al castellano por Piatigorsky, J. bajo el título *Claves para la solución en terapia breve*. 1986. Buenos Aires: Paidós.

\* DEUTSCH, M. (1968): Field theory in social psychology. En G. Lindzey y E. Aronson (comps): *Handbook of social psychology*. Vol. 1. Cambridge: Addison-Wesley.

\* ECO, U. (1977-1983): *Semiologia quotidiana*. Traducido al castellano por Oviedo, E. bajo el título *La estrategia de la ilusión*. 1986. Barcelona: Lumen.

\* EFRAN, J.S., LUKENS, M.D., y LUKENS, R.J. (1990): *Language, structure and change*. Traducido al castellano por Ferrari, C. bajo el título *Lenguaje, estructura y cambio*. 1994. Barcelona: Gedisa.

\* EISLER, R. (1987): *The chalice and the blade*. Traducido al castellano por Valenzuela, R. bajo el título *El cáliz y la espada*. 1990. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

\* ELLERBROEK, W.C. (1980): Depression. A psycholinguistic approach. *Journal of Energy Medicine*. Vol. I pp. 61-69. Traducido al castellano por Ramos, M. bajo el título *La depresión: Un enfoque psicolingüístico*. 1995. *Tercer Milenio*. Nº 15.

- \* ERDELYI, M.H. (1985): *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. Traducido al castellano por Vives, J. bajo el título *Psicoanálisis: La psicología cognitiva de Freud*. 1987. Barcelona: Labor.
- \* ERICKSON, E. (1950): *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- \* FAGAN, J. y SHEPHERD, I. (comps.) (1970): *Gestalt therapy now, theory, techniques, applications*. Traducido al castellano por Wolfson, L. bajo el título *Teoría y técnica de la terapia gestáltica*. 1976. Buenos Aires: Amorrortu. 2ª edición.
- \* FADIMAN, J. y FRANGER, R. (1976): *Personality and personal growth*. Traducido al castellano por Villamizar, J. bajo el título *Teorías de la Personalidad*. 1979. México: Harper&Row Latinoamericana.
- \* FEIXAS, G. y MIRO, M. T. (1993): *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- \* FEIXAS, G. y VILLEGAS, M. (1990): *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: P.P.U.
- \* FERGUSON, M. (1980): *The Aquarian conspiracy, personal and social transformation in the 1980s*. Traducido al castellano por Casso, P. bajo el título de *La conspiración de Acuario*. 1990. Barcelona: Kairós. 4ª edición.
- \* FODOR, J. (1983): La imaginería y el lenguaje del pensamiento. En Miller J. (comp.): *States of mind. Conversations with psychological investigators*. Traducido al castellano por Fernández Everest, S. bajo el título *Los molinos de la mente. Conversaciones con investigadores en psicología*. 1986. México: Fondo de Cultura Económica.
- \* FOUCAULT, M. (1973): *Cecin'est pas une pipe*. Traducido al castellano por Monge, F. bajo el título *Esto no es una pipa*. 1993. Barcelona: Anagrama. 3ª edición.
- \* FOX, W.M. (1981): General Semantics as a therapeutic modality. *ETC... A Review of General Semantics*. Vol . 38. nº 1.
- \* FRANK, J.D. (1985): Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En Mahoney, M.J. y Freeman, A. (comps.) *Cognition and psychotherapy*. Traducido al castellano por I. Caro bajo el título *Cognición y psicoterapia*. 1988. Barcelona: Paidós.
- \* FREUD, S. (1904): Sobre psicoterapia. En Freud, S. *Obras completas*. Traducido al español por Lopez-Ballesteros, y De Torres, L. 1973. Madrid: Biblioteca Nueva. 3ª edición.

- \* FREUD, S. (1905): Psicoterapia, tratamiento por el espíritu. En Freud, S. *Obras completas*. Traducido al español por Lopez-Ballesteros y De Torres, L. 1973. Madrid: Biblioteca Nueva. 3ª edición.
- \* FRUGGERI, L. (1992): Therapeutic process and social construction of change. En Mc. Namee, S. y Gergen, K.J. (comps.) *Therapy as social construction*. Traducido al castellano por Castillo, O. bajo el título *La terapia como construcción social*. 1996. Barcelona: Paidós.
- \* GARCIA VEGA, L. (1989): *Historia de la psicología*. Madrid: Eudema.
- \* GARFIELD, S. L. (1995): *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. Nueva York: John Wiley y Sons Inc.
- \* GENDLIN, E.T. (1982): *Focusing*. Traducido al castellano por Martínez, J. bajo el mismo título. 1983. Bilbao: Mensajero.
- \* GERGEN, K.J. (1991) :*The saturated self. Dilemmas of identity in contemporary life*. Traducido al castellano por Wolfson, L. bajo el título *El Yo saturado*. 1992. Buenos Aires: Paidós.
- \* GERGEN, K.J. y KAYE, J. (1992): Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning . En Mc. Namee, S. y Gergen, K.J. (comps.) *Therapy as social construction*. Traducido al castellano por Castillo, O. bajo el título *La terapia como construcción social*. 1996. Barcelona: Paidós.
- \* GINGER, S. y GINGER, A. (1987): *La Gestalt une thérapie du contact*. Traducido al castellano por Verduzco de Ruiz, A. bajo el título *La Gestalt: una terapia de contacto*. 1993. México: El Manual Moderno.
- \* GINZBURG, C. (1983): Morelli, Freud y Sherlock Holmes: Indicios y método científico. En Eco, U. y Sebeok, T.A. (1983): *The sign of three*. Traducido al castellano por Busquets, E. bajo el título *El signo de los tres, Dupin, Holmes, Peirce*. 1986. Barcelona: Lumen.
- \* GLASSER, W. (1979): *La «Reality Therapy» Un nuevo camino para la psiquiatría*. Madrid: Narcea.
- \* GOODMAN, P. (1977): *Nature Heals. Psychological essays*. Nueva York: Free Life.
- \* GORMAN, M.E. (1978): Toward a unification of physics and psychology. En Morain M. (Ed.) (1984): *Bridging worlds through General Semantics*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- \* GRINBERG, L. (1985): *Teoría de la identificación*. Madrid:

## Tecnipublicaciones .

- \* GUILLAUME, P. (1964): *La Psychologie de la Forme*. Traducido al castellano por Beret, A. bajo el título *Psicología de la Forma*. 1971. Buenos Aires: Psique.
- \* HALEY, J. (1963): *Strategies of psychotherapy*. Traducido al castellano por Hernández Espinosa, V. *Estrategias en psicoterapia*. 1987. Barcelona: Toray. 2ª edición.
- \* HALEY, J. (1976): *Problem-solving therapy. New strategies for effective family therapy*. Traducido al castellano por Valcárcel, Z.J. bajo el título *Terapia para resolver problemas*. 1990. Buenos Aires: Amorrortu. 4ª edición.
- \* HALL, C. S. y LINDZEY, G. (1970): *Theories of Personality*. Traducido al castellano por Barpal de Katz, H. y Aused, I. bajo el título *La Teoría de Campo y la Personalidad*. 1974. Buenos Aires: Paidós.
- \* HALL, E.T. (1959): *The silent language*. Nueva York: Anchor Books.
- \* HAYAKAWA, S.I. (1953): *Symbol, status and personality*. Traducido al castellano por Múllor, A. bajo el título *Símbolo, status y personalidad*. 1969. Barcelona: Sagitario.
- \* HOFSTADTER, D.R. (1979): *Gödel, Escher and Bach: an eternal golden braid*. Traducido al castellano por Usabiaga, M. A. y López Rousseau, A. bajo el título *Gödel, Escher, Bach, un eterno y grácil bucle*. 1992. Barcelona: Tusquets. 4ª edición.
- \* HORNEY, K. (1945): *Our inner conflicts*. Traducido al castellano por Martínez Alinari, J. bajo el título *Nuestros conflictos interiores*. 1991. Buenos Aires: Psique.
- \* HOWARD, V. (1965): *Sicopictografía*. Traducido al castellano por Doménech, J. y Del Val, I. 1972. Barcelona: IMO.
- \* HUNEEUS, F. (1984): *Lenguaje, enfermedad y pensamiento*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* ISAACSON, N. (1980): *Teaching students to see*. En Morain, M. (Ed.) *Classroom exercises in General Semantics*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- \* JOHNSON, C. (1988): *When to say goodbye to your therapist*. Traducido al castellano por Bignami, A. bajo el título *Cuándo terminar con el terapeuta*. 1990. Buenos Aires: Javier Vergara.



- 
- \* JOHNSON, K.G. (1972): *General Semantics: An outline survey*. San Francisco: International Society for General Semantics.
  - \* JOHNSON W. (1946): *People in quandaries, The semantic of personal adjustment*. San Francisco: International Society for General Semantics.
  - \* JOHNSON W. (1949): Do you know how to listen? En Morain M. (Ed.) (1984): *Bridging worlds through General Semantics*. San Francisco: International Society for General Semantics.
  - \* JUNG, C.G. (1928): *Collected works*. Princeton: Princeton University Press.
  - \* JUNG, C. G. (1964): *Man and his symbols*. Traducido al castellano por Escolar Bareño, L. bajo el título de *El hombre y sus símbolos*. 1977. Barcelona: Paidós.
  - \* KATZ, D. (1945): *Gestaltpsychologie*. Traducido al castellano por Sacristán, J.M. bajo el título *Psicología de la Forma*. 1967. Madrid: Espasa Calpe. 3ª edición.
  - \* KEENEY, B.P. (1983): *Aesthetics of change*. Traducido al castellano por Wolfson, L. bajo el título *Estética del cambio*. 1987. Buenos Aires: Paidós. 1ª edición.
  - \* KEENEY, B.P. (1990): *Improvisational therapy. A practical guide for creative clinical strategies*. Traducido al castellano por Wolfson, L. bajo el título *La improvisación en terapia*. 1992. Buenos Aires: Paidós.
  - \* KEPNER, J. I. (1987): *Body process*. Traducido al castellano por Suárez Arana, J.A. bajo el título *Proceso corporal*. 1992. México: El Manual Moderno.
  - \* KEYES, K.S. (1979): *How to develop your thinking ability*. Nueva York: Mc. Graw-Hill Book Company, Inc.
  - \* KLEIN, M. (1980): *Lives people live*. Chichester: John Wiley & Sons.
  - \* KORB, M. P.; GORRELL, J. VAN DE RIET, V. (1989): *Gestalt Therapy, Practice and theory*. Massachussets: Allyn & Bacon.
  - \* KORCHIN, S. J. (1976): *Modern clinical psychology*. Nueva York: Basic Books.
  - \* KORZYBSKI, A. (1921): *Manhood of humanity*. Connecticut: The Non Aristotelian Library.

- \* KORZYBSKI, A. (1933): *Science and sanity: An introduction to Non-Aristotelian systems and General Semantics*. 1958. Connecticut: The International Non-Aristotelian Library . 4ª edición.
- \* KORZYBSKI, A. (1937): *General Semantics seminar 1937 (Transcription of Notes From Lectures in General Semantics)*. 1977. Connecticut: Institute of General Semantics.
- \* KORZYBSKI A. (1948): *Time-binding and human potentialities*. En Kendig, M. (Compilador y organizador) (1990): *Collected works*. por Englewood: International Non-Aristotelian Library.
- \* KORZYBSKI A. (1951): *The role of language in the perceptual processes* en Blake, R.R. y Ramsey, G.V. (Eds.), *Perception: An approach to personality*. Nueva York: The Ronald Press Company.
- \* KOYRE, A. (1966): *Etudes galiléennes*. Traducido al castellano por González Ambou, M. bajo el título *Estudios galileanos*. 1990. Madrid: Siglo XXI. 5ª edición.
- \* KRIZ, J. (1985): *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. 1990. Buenos Aires: Amorrortu.
- \* KVALE, S. (1992): *Postmodern psychology: A contradiction in terms?* En Kvale, S. (Comp.) (1992): *Psychology and postmodernism*. 1994. Londres: Sage. 2ª Edición
- \* LABORIT, H. (1966): *Du soleil à l'homme*. Traducido al castellano por Gutiérrez, F. bajo el título *Del sol al hombre*. 1969. Barcelona: Labor. 3ª edición.
- \* LABORIT, H. (1987): *Die ne joue pas aux dés*. Traducido al castellano por Mariá J. bajo el título *Dios no juega a los dados*. 1989. Barcelona: Laia.
- \* LAING, R. (1967): *The politics of experience and the bird of paradise*. Traducido al castellano por Furió, S. bajo el título *La política de la experiencia*. 1977. Barcelona: Crítica.
- \* LAING, R. (1982): *The voice of experience*. Traducido al castellano por Furió, S. bajo el título *La voz de la experiencia*. 1983. Barcelona: Crítica.
- \* LATNER, J. (1973): *The Gestalt therapy book*. Traducido al castellano por Ortiz, M. bajo el título *Fundamentos de la Gestalt*. 1994. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* LAX, W. D. (1992): *Postmodern thinking in a clinical practice*. En Mc:

Namee, S. y Gergen, K.J. (comps.) *Therapy as social construction*. Traducido al castellano por Castillo, O. bajo el título *La terapia como construcción social*. 1996. Barcelona: Paidós.

\* LEE, I. J. (1949): Introduction. En Lee, I. J. (ed.) *The Language of wisdom and folly: Back-ground readings in Semantics*. San Francisco: International Society for General Semantics.

\* LEVINSON, M.H. (1980): *Perceptions and projections*. En Morain, M. (comp.) *Classroom exercises in General Semantics*. San Francisco: International Society for General Semantics.

\* LEWIN, K. (1935): *A dynamic theory of personality*. Nueva York: Mac Graw Hill.

\* LOWEN, A. (1980):. *Fear of life*. Traducido al castellano por Taulis Moreno, M.I. bajo el título *El miedo a la vida*. 1983. México: Lasser Press. 3ª edición.

\* MAC NAMEE, S. (1992): Reconstructing Identity: the communal construction of crisis. En Mc. Namee, S. y Gergen, K.J. (comps.) *Therapy as social construction*. Traducido al castellano por Castillo, O. bajo el título *La terapia como construcción social*. 1996. Barcelona: Paidós.

\* MAHONEY, M.J.: (1985): *Psicoterapia y procesos de cambio humano*. En Mahoney, M.J. y Freeman, A. (comp.) *Cognition and Psychotherapy*. Traducido al castellano por I. Caro bajo el título *Cognición y psicoterapia*. 1988. Barcelona: Paidós.

\* MARINA, J.A. (1992): *Elogio y refutación del ingenio*. Barcelona: Anagrama.

\* MARINA, J.A. (1993): *Teoría de la inteligencia creadora*. Barcelona: Anagrama.

\* MARX, M.H. y HILLIX, W.A. (1980): *Systems and theories in psychology*. Traducido al castellano por Colapinto, J. bajo el título *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos*. Buenos Aires: Paidós.

\* MASLOW, A.H. (1968): *Toward a psychology of being*. Traducido al castellano por Ribé, R. bajo el título *El hombre autorrealizado*. 1985. Barcelona: Kairós. 6ª edición.

\* MASLOW, A. H. y MITTMANN, B. (1965): Metas y naturaleza de la psicoterapia. En Maslow, A. H.; Shaffer, L.F. y otros. (1965): *Readings in abnormal psychology*. Traducido al castellano por Rosenblat, N. bajo el título *Métodos psicoterapéuticos*. Buenos Aires: Paidós.

- \* MASSUH, V. (1990): *La flecha del tiempo*. Barcelona: Edhasa.
- \* MATTHEWS-SIMONTON, S.; CARL SIMONTON, O. y CREIGHTON, J.L. (1978): *Getting well again*. Traducido al castellano por Roselló, E. bajo el título *Recuperar la salud*. 1988. Madrid: Raíces.
- \* MATURANA, H. Y VARELA, F. (1990): *El árbol del conocimiento*. Madrid: Debate.
- \* MAY, R. (1967): *Psychology and the human dilemma*. Traducido al castellano por Ares, D. y Wald, M. bajo el título *La Psicología y el dilema del hombre*. 1985. Barcelona: Gedisa.
- \* MERANI, A. L. (1976): *Crítica de los fundamentos de la Psicología*. 1978. Barcelona: Grijalbo.
- \* MERLEAU-PONTY, M. (1968): *Résumés de Cours (Collège de France 1.952-1960)*. Traducido al castellano por Acevedo, H. bajo el título *Filosofía y lenguaje*. 1969. Buenos Aires: Proteo.
- \* MEERLOO J.A.M. (1957): Communication in the therapeutic hour: The implications of silence. *General Semantics Bulletin* N° 20-21.
- \* MILLON, T. (1973): *Theories of psychopathology and personality*. Traducido al castellano por Ottenwaelder, C.G. bajo el título *Psicopatología y personalidad*. 1980. México: Interamericana. 2ª edición.
- \* MINKOWSKI, E. (1968): *Le temps vécu*. Traducido al castellano por Saiz Sáez, A. bajo el título *El tiempo vivido*. 1973. México: Fondo de Cultura Económica.
- \* MINTEER, C. (1953): *Words and what they do to you*. Connecticut: Institute of General Semantics.
- \* MINUCHIN, S. y FISMÁN, H. Ch. (1981): *Family therapy techniques*. Traducido al castellano por Echeverry, J.L. bajo el título *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- \* MORRIS, Ch. (1946): *Signs, language and behaviour*. Nueva York: Georges Braziller.
- \* MURRAY, E. (1974): General Semantics and General Systems Theory: The foundations for an 'Ecology of knowledges'. En Washburn, D.E. y Smith, D.R. (comps.) *Coping with increasing complexities*. Nueva York: Gordon y Breach.

- \* NARANJO, C. (1989): *The attitude and practice of Gestalt Therapy*. Traducido al castellano por Huneus, F. bajo el título *La vieja y la novísima Gestalt*. 1990. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* O'CONNOR, J. y SEYMOUR, J. (1990): *Introducing neuro-linguistic programming*. Traducido al castellano por Rodríguez Pérez, E. bajo el título *Introducción a la Programación neurolingüística*. 1992. Barcelona: Urano.
- \* O'HANLON, W.H. y WEINER-DAVIS, M. (1989): *In search of solutions*. Traducido al castellano por Eskenazi, M. bajo el título: *En busca de soluciones*. 1990. Barcelona: Paidós.
- \* OLDHAM, J.; KEY, T. y STARAK, I.Y. (1978): *Risking being alive*. Traducido al castellano por Góngora Barba, M.T. bajo el título *El riesgo de vivir*. 1992. México: El Manual Moderno.
- \* ORMEZZANO, J. (1977): *Comment dire «Je t'aime»*. Traducido al castellano por García-Prieto Buendía, F. bajo el título *Cómo atreverse a expresar los sentimientos*. 1978. Barcelona: Argos Vergara.
- \* PAPPENHEIM, F. (1959): *The alienation of modern man*. Traducido al castellano por May, W. bajo el título *La alienación del hombre moderno*. 1974. México: Era. 4ª edición.
- \* PAYNE, B. (1965/1966) Abstracting, identification and the principle of least action. *General Semantics Bulletin* N° 32-33.
- \* PEARCE WILLIAMS, L. (comp.). (1968): *Relativity theory: its origins and impact in the modern thought*. Traducida al castellano bajo el título *La teoría de la relatividad*. 1981. Madrid: Alianza Universidad. 7ª edición.
- \* PENROSE, R. (1989): *The Emperor's new mind*. Traducida al castellano por García Sanz, J. bajo el título *La nueva mente del emperador*. 1991. Madrid: Mondadori.
- \* PERLS, F. (1973): *The Gestalt approach y Eye witness to therapy*. Traducido al castellano bajo el título *El enfoque gestáltico y Testimonios de terapia* por F. Huneus. 1976. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* PERLS, F., HEFFERLINE, R.F. y GOODMAN, P. (1951): *Gestalt therapy*. Penguin Books, U.S.A.
- \* PERLS, L. (1992): *Living at the boundaries*. Traducido al castellano por Sykes, C. bajo el título *Viviendo en los límites*. 1994. Valencia: Promolibro.
- \* PIRSIG, R. M. (1974): *The zen and the art of motorcycle maintenance*.

- Traducido al castellano por Rimbau, E. bajo el título: *El zen y el arte del mantenimiento de la motocicleta*. 1978. Barcelona: Noguer.
- \* POLANY, M. (1966): *The study of man*. Traducido al castellano por Cucurullo, A. bajo el título *El estudio del hombre*. Buenos Aires: Paidós.
- \* POLSTER, E. y POLSTER, M. (1973): *Gestalt therapy integrated. Contours of theory and practice*. Traducido al castellano por Oyuela, M.A. bajo el título *Terapia gestáltica*. 1985. Buenos Aires: Amorrortu.
- \* PORTMANN, A. (1960): *Neue Wege der Biologie*. Traducido al castellano por Carvallo, D. bajo el título *Nuevos caminos de la Biología*. 1968. Madrid: Iberoamericana.
- \* POTTER, R. R. (1974): *Making sense. Exploring semantics and critical thinking*. Nueva Jersey: Globe Book Company Inc.
- \* PRIGOGINE, I. (1972-1982): *Only an illusion; La lecture du complexe; Nature et créativité; Neptuniens et Vulcaniens; Time, Life and Entropy; Einsteins: Triumphes et conflicts ; Order out of Chaos; Probing into Time; The Evolution of Complexity and the Laws of Nature; La thermodynamique de la vie*. Traducido al castellano por Pons, J.M. bajo el título *¿Tan sólo una ilusión? Una exploración del caos al orden*. 1991. Barcelona :Tusquets.
- \* PRIGOGINE, I. (1988): *La nascita del tempo*. Traducido al castellano por Pons, J.M. bajo el título *El nacimiento del tiempo*. 1991. Barcelona: Tusquets.
- \* PULA R.P. (1977-78): Identification: The illusion-delusion builder. *General Semantics Bulletin*. Nº 44-45.
- \* PULA, R. (1979): Knowledge, uncertainty and courage: Heisenberg y Korzybski. *General Semantics Bulletin* Nº 46.
- \* PULA, R. (1992): A General Semantics Glossary (Part III). *ETC... A Review of General Semantics*. Vol. 49. Nº 4. Winter, 1992-93.
- \* QUERO, M. (1979): Actividad científica y vida cotidiana. En Rof Carballo, J.; Martínez-Osorio L.; Hernández Gómez R.; Torrent Guasp, F.; Castillo Puche, J.L.; Quero Giménez, M. y Grande Cobián, F. (1979): *La creatividad en la ciencia*. Madrid: Marova.
- \* RAPOPORT, A. (1950): *Science and the goals of Man*. Nueva York: Harper.
- \* RAPOPORT, A. (1953): *Operational philosophy*. 1969. San Francisco:

International Society for General Semantics.

- \* RAVAGNAN, L.M. (1969): *Psicología existencial*. Buenos Aires: Nova.
- \* READ, A. W. (1980): Formative Influences on Korzybski's General Semantics. *General Semantics Bulletin* , N° 47.
- \* READ, CH. S. (1990): Alfred Korzybski: sus contribuciones y su desarrollo histórico. En Caro, I. (comp.) *Psicología y Semántica General*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.
- \* REISER, O. L. (1989): Modern science and Non-Aristotelian logic. En Reiser, O. (Comp.) (1989): *Logic and General Semantics*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- \* RIVIERE, A. (1986): *Razonamiento y representación*. Madrid: Siglo XXI.
- \* ROBBINS, A. (1986): *Unlimited power*. Traducido al castellano por Bravo, J.A. bajo el título *Poder sin límites* . 1987. Barcelona: Grijalbo.
- \* ROBLES, T. (1990): *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*. México: Instituto Milton H. Erickson.
- \* ROBLES, T. y ZEIG, J.K. (1991): *Terapia cortada a la medida*. México: Instituto Milton H. Erickson.
- \* ROF CARBALLO, J. (1956): *Cerebro interno y sociedad*. Madrid: Ateneo.
- \* RUEFF, J. (1967): *Les dieux et les rois*. Traducido al castellano por Vellos, J.M. bajo el título *Visión cuántica del universo* .1968. Madrid: Guadarrama.
- \* RUESCH, J. (1964): *Therapeutic communication*. Traducido al castellano por Steeks, G. bajo el título *Comunicación terapéutica* . 1980. Buenos Aires: Paidós.
- \* RUESCH, J. y KEES, W. (1956): *Nonverbal communication. Notes on the visual perception of human relations*. University of California Press.
- \* RUYER, R. (1961): *La conscience et le corps*. Traducido al castellano por Galmarini, M.A. bajo el título de *La conciencia y el cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- \* SALAMA, H. (1992): *Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama*. 1993. México: Centro Gestalt. 2ª edición.

- \* SALAMA, H. y CASTANDEO, C. (1991): *Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión*. México: El Manual Moderno.
- \* SARIBIN, T.R. (1986): *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. Nueva York: Praeger Publishers.
- \* SARTRE, J.P. (1947/1972): *L'Existencialisme est un humanisme. L'Imagination. Situations I. La transcendance de l'Ego*. Textos compilados y traducidos al catalán por Company, M.A. bajo el título *Fenomenologia i Existencialisme*. 1982. Barcelona: Laia.
- \* SARTRE, J.P. (1965): *Esquisse d'une théorie des émotions*. Traducido al castellano por Acheroff, M. bajo el título *Bosquejo de una teoría de las emociones*. 1987. Madrid: Alianza . 5ª edición.
- \* SCHIFFMAN, M. (1971): *Gestalt self therapy*. Wingbow Press Bookpeople.
- \* SCHRODINGER, E. (1958): *Mind and matter*. Traducido al castellano por Wagensberg, J. bajo el título *Mente y materia*. 1990. Barcelona: Tusquets . 4ª edición.
- \* SCOTTPECK, M. (1978): *The road less travelled*. Nueva York: Touchstone Book.
- \* SEGAL, L. (1986): *The dream of reality. Heinz von Foerster's constructivism*. Traducido al castellano por Meler-Ortí, F. bajo el título *Sñar la realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster*. 1994. Barcelona: Paidós Ibérica.
- \* SELVINI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G. y PRATA, G. (1973): *Paradosso e controparadosso*. Traducido al castellano por Frondizi de Bullrich, S. bajo el título: *Paradoja y contraparadoja*. 1982. Buenos Aires: A.C.E.
- \* SEOANE, J. (1985): Eficacia, racionalidad y conocimiento científico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, Vol. 40 N° 4 .
- \* SCHUMACHER, E.F. (1973): *Small is beautiful*. Traducido al castellano por Margenet, O. bajo el título *Lo pequeño es hermoso*. 1979. Madrid: H. Blume.
- \* SHOTTER, J. (1993): *Conversational realities*. 1994. Londres: Sage. 2ª edición.
- \* SHULMAN, B. H. (1985): La terapia cognitiva y la psicología individual de Alfred Adler. En Mahoney, M.J. y Freeman, A. (Comp.) *Cognition and Psychotherapy*. Traducido al castellano por I. Caro bajo el título *Cognición y psicoterapia*. 1988. Barcelona: Paidós.



- \* SINGER, L. y LANG STERN, B. (1980): *The crises that shape your marriage*. Traducido al castellano por A. Coscarelli bajo el título *Stages. Etapas en la vida de la pareja*. 1982. Barcelona: Juan Granica.
- \* SINI, C. (1981): *Passare il segno*. Traducido al castellano por Vivanco, J. bajo el título *Pasar el signo*. 1989. Madrid: Mondadori.
- \* SKINNER, B.F. (1953): *Science and human behaviour*. Traducido al castellano por Gallofré, M.J. bajo el título *Ciencia y conducta humana*. 1977. Barcelona: Fontanella. 4ª edición.
- \* SMALL, L. (1971): *The briefer psychotherapies*. Traducido al castellano por Muslera, O. bajo el título *Psicoterapias breves*. 1981. Barcelona: Gedisa. 2ª edición.
- \* SQUIRES, P.C. (1968): *Una nueva psicología a la manera de Einstein*. En Pearce Williams, L. (comp.) *Relativity theory: Its origins and impact in the modern thought*. Traducida al castellano bajo el título *La teoría de la relatividad*. 1981. Madrid: Alianza Universidad. 7ª edición.
- \* STARAK, Y. (1995): Entrevista. *Información Psicológica* Nº 59.
- \* STEVENS, J.O. (1971): *Awareness: exploring, experimenting, experiencing*. Traducido al castellano por Bruggendieck, M. bajo el título *El darse cuenta: Sentir, imaginar, vivenciar*. 1993. Santiago de Chile: Cuatro Vientos. 13ª edición.
- \* STIERLIN H.; RÜCKER-EMBDEN, I.; WETZEL, N. y WIRSCHING, M. (1980): *Das erste Familiengespräch*. Traducido al castellano por Bein, R. bajo el título *Terapia de Familia, la primera entrevista*. 1981. Barcelona: Gedisa.
- \* SULLIVAN, H.S. (1953): *The interpersonal theory of psychiatry*. Traducido al castellano por López Cruz, F. bajo el título *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. 1974. Buenos Aires: Psique.
- \* SULLIVAN, H.S. (1954): *The Psychiatric interview*. Traducido al castellano por López Cruz F. bajo el título *La entrevista psiquiátrica*. 1987. Buenos Aires: Psique.
- \* SZASZ, T. (1965): *The ethics of psychoanalysis. The theory and method of autonomous psychotherapy*. Traducido al castellano por Sánchez Salor, S. bajo el título *La ética del psicoanálisis*. 1971. Madrid: Gredos.
- \* U'REN, R.C. (1980): *The practice of psychotherapy. A guide for the begining therapist*. Nueva York: Grune y Stratton.

- \* ULRICH, R.; STACHNIK, T. y MABRY, J. (comps). (1966): *Control of human behaviour*. Traducido al castellano por Alcaraz Romero, V.M. bajo el título *Control de la conducta humana*. 1979. México: Trillas. 5ª edición.
- \* VAN DUSEN, W. (1972): *The natural depth in man*. Traducido al castellano por Celis, A. y Huneus, H. bajo el título *La profundidad natural en el hombre*. 1977. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- \* VAHINGER, H. (1913): *Nietzsche und seine Lehre von bewusst gewollten Schein («Der Wille zum Schein»)*. Traducido al castellano por Orduña, T. bajo el título *Sobre verdad y mentira*. 1990. Madrid: Tecnos. 2ª edición.
- \* VARELA, F.J. (1988): *Cognitive science: A cartography of current ideas*. Traducido al castellano por Gardini, C. bajo el título *Conocer*. 1990. Barcelona: Gedisa.
- \* VARELA, F.J.; THOMPSON, E. Y ROSCH, E. (1992): *The embodied mind. Cognitive and human experiences*. Traducido al castellano por Gardini, C. bajo el título *De cuerpo presente*. Barcelona: Gedisa.
- \* VAZQUEZ, J. (1986): *Lenguaje, verdad y mundo*. Barcelona: Anthropos.
- \* VERGARA, D. *Encuentros con Lola Hoffman*. Córdoba (Argentina): La Puerta Abierta.
- \* VINCENT, B. (1976): *Paul Goodman et le reconquête du présent*. Traducido al castellano por Batallé, J. bajo el título *Paul Goodman o la recuperación del presente*. 1977. Barcelona: Kairós.
- \* VON BERTALANFFY, L. (1968): *General System theory. Foundations, development, applications*. Traducido al castellano por Almela, J. bajo el título *Teoría General de Sistemas*. 1981. México: Fondo de Cultura Económica. 2ª edición.
- \* VON FOERSTER, H. (1981): *Notes on an epistemology of living things*. Seaside (Ca): Intersystems.
- \* WANDERER, R. (1991): *General Semantics: A compendium of definitions*. Spring. *ETC... A Review of General Semantics*. Vol. 48 N° 1.
- \* WARE, C. F.; PANIKKAR, K.M. y ROMEIN, J.M. (1966): *Historia de la humanidad* Tomo VI. Traducido al castellano por Amilibia, M. 1976. Buenos Aires: Sudamericana.
- \* WATZLAWICK, P. (1976): *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?* Traducido al castellano por Villanueva, M. bajo el título *¿Es real la realidad?* 1979. Barcelona: Herder.

- \* WATZLAWICK, P. (1977): *Die Möglichkeit des Andersseins*. Traducido al castellano por Villanueva, M. bajo el título *El lenguaje del cambio*. 1980. Barcelona: Herder.
- \* WATZLAWICK, P. (1981): *Componentes de 'realidades' ideológicas* en Watzlawick, P. (comp). (1981): *Die erfundene Wirklichkeit*. Traducido al castellano por Machain, N.M. Luque, I.S. y Báez, A. bajo el título *La realidad inventada*. 1989. Buenos Aires: Gedisa.
- \* WATZLAWICK, P. (1983): *Anleitung zum Unglücklichsein*. Traducido al castellano por Moll, X. bajo el título *El arte de amargarse la vida*. 1984. Barcelona: Herder.
- \* WATZLAWICK, P. (1988): *Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und «Wirklichkeit»*. Traducido al castellano por J.A. Prado Diez y X.M. García Álvarez bajo el título *La coleta del Barón Münchhausen*. 1992. Barcelona: Herder.
- \* WATZLAWICK, P.; BEAVIN BAVELAS, J. y JAKSON, D.D. (1967): *Pragmatics of human communication*. Traducido al castellano bajo el título *Teoría de la comunicación humana*. 1987. Barcelona: Herder. 6ª edición.
- \* WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J.H. y FISCH, R. (1974): *Change, principles of problem formation and problem resolution*. Traducido al castellano por Guera Miralles, A. bajo el título *Cambio*. 1982. Barcelona: Herder. 3ª edición.
- \* WEINBERG, H. L. (1959): *Levels of knowing and existence*. 1973. Connecticut: Institute of General Semantics. 2ª edición.
- \* WHEELWRIGHT, P. (1962): *Metaphor and reality*. Traducido al castellano por Gómez, C.A. bajo el título *Metáfora y realidad*. 1979. Madrid: Espasa-Calpe.
- \* WHITE, R. (1964): *The abnormal personality*. Traducido al castellano por Arensburg, B. bajo el título *La Psicoterapia*. 1976. Buenos Aires: Escuela.
- \* WILDEN, A. (1979): The difference that makes a difference. En Washburn, D.E. y Smith, D.R. (comps.) *Coping with increasing complexities*. Nueva York: Gordon y Breach.
- \* WITTGENSTEIN, L. (1922): *Tractatus Logico-Philosophicus*. Traducido al castellano por Tierno Galván, E. 1973. Madrid: Alianza.
- \* WOLMAN, B. L. (1960): *Teorías y Sistemas contemporáneos en*

*psicología*. 1968. Barcelona : Martínez Roca.

\* WORRINGER, W. (1908): *Abstraktion und Einfühlung*. Traducido al castellano por Frenk, M. bajo el título *Abstracción y naturaleza*. 1953. México: Fondo de Cultura Económica.

\* ZINKER, J. (1977): *Creative process in Gestalt Therapy*. Traducido al castellano por Justo, L. bajo el título *El proceso creativo en Terapia Gestalt*. 1991. México: Paidós.