

# LA ENTREVISTA EVOLUTIVA

Manuel Villegas Besora

Universitat de Barcelona

*In this article the therapeutic interview is considered as a particular type of discourse that can be analysed at two different levels: a) expressive, which relates to the epistemologic complexity of its enunciation, and b) constructive, related to the manifested degree of social and cognitive development. This twofold perspective, based on the constructivist-developmental paradigm of Jean Piaget and his school, offers an evolving view of the therapeutic interview and constitutes the origin to a method of analysis applicable to any type of interview, regardless of the approach used by the therapist.*

---

A pesar de las aportaciones de la psicología evolutiva en general, y de las del psicoanálisis en particular, a la concepción de la psicopatología, ésta continúa concibiéndose, más en consonancia con el modelo médico que con el psicológico, en términos estructurales, más que evolutivos. En efecto, la metáfora predominante en el campo de la psicopatología médica o psiquiátrica, acorde con la visión newtoniana de la naturaleza como “máquina universal”, es la del “hombre máquina”. Una máquina a la que, como analogía explicativa del trastorno mental o psicológico, le falta o se le estropea un pieza.

Este predominio de la visión estructural de la psicopatología, coherente con el modelo médico, coloca tanto a la psicología clínica, en general, como a la psicoterapia, en particular, en una situación marginal frente a la psiquiatría, rayana con la desaparición o con la extinción pura y simple. Sin embargo, esta situación que, a primera vista, constituye una amenaza real para la supervivencia de la psicoterapia, como técnica puramente psicológica en el tratamiento de los problemas mentales, constituye una ocasión de oro para contribuir a deslindar los ámbitos diferenciales de aplicación de la psicoterapia y de la psiquiatría. Psiquiatría y psicología clínica o psicoterapia, en efecto, deben distinguirse no sólo por sus métodos, sino también por las características de su objeto.

Simplificando mucho podríamos decir que la distinción entre psiquiatría y psicoterapia se puede reducir a la oposición representada por el binomio *morfoestasis/morfogénesis* (Maturana & Varela, 1987). La primera hace referencia al mantenimiento de la estructura de un organismo, mientras que la segunda se refiere a la

construcción o expansión evolutiva del mismo. Ambas tendencias son complementarias y no excluyentes, pero sí se desarrollan en direcciones opuestas. Mientras que la primera -la morfoestasis- es conservadora de la organización estructural, ejerciendo funciones reductoras o neutralizadoras de las influencias desorganizadoras, la segunda -la morfogénesis- es expansiva, generadora de nuevas modalidades de organización más complejas. Ambas tendencias son fundamentales para la generación y conservación de las especies. En un medio suficientemente estable predomina la tendencia morfoestática o de conservación de la especie; en un medio inestable el predominio de la tendencia morfogenética puede facilitar la evolución y cambio de la especie para asegurar su supervivencia.

Dado que la acción humana no puede, al menos por el momento, hacer evolucionar genéticamente el propio organismo, las ciencias médicas se han originado para ayudar al mantenimiento de la estructura ontogenética restaurando o paliando eventuales déficits estructurales. En este sentido la medicina ha desarrollado técnicas para reparar daños traumáticos infligidos al organismo siempre que no fueran mortales, agentes terapéuticos capaces de inhibir la proliferación de bacterias nocivas para la conservación del organismo, o instrumentos para extirpar órganos inviábiles o incluso trasplantar otros más viables. De forma parecida, la psiquiatría, después de una larga historia de tanteos y vacilaciones, se ha ido encuadrando cada vez más en el ámbito de las ciencias médicas, utilizando los recursos que la medicina y cirugía en general, y más en particular la neuroquímica del SN y la neurocirugía, le ofrecían para hacer frente al mantenimiento y restauración de los trastornos mentales, concebidos como trastornos nerviosos o cerebrales, dando origen a la neuropsiquiatría. Objetivo, pues, de la neuropsiquiatría sería velar no sólo por el mantenimiento del funcionamiento estructural de la química cerebral, sino reparar las disfunciones ocasionales provocadas por agentes patógenos externos o internos, prevenir los factores desestabilizantes del equilibrio mental y paliar, en la medida de lo posible, los efectos desestructurantes del funcionamiento mental provenientes de déficits genéticos o degenerativos.

La psicoterapia, en cambio, tendría por objeto promover o facilitar la evolución morfogenética del organismo humano. La característica diferencial de la especie humana parece, en efecto, la de evolucionar no en un sentido biológico o filogenético, donde por el momento ha tocado techo, sino psicológico y social, es decir hacia una mayor complejidad noogenética. Los saltos cualitativos que el ser humano ha realizado a través de la historia tienen que ver con la creación de instrumentos semióticos -como el lenguaje-, éticos -como la axiología- y prácticos -como la técnica- cuyo entramado constituye un mundo simbólico -más allá del mundo físico o natural, al que trasciende e interpreta- y que da lugar a la cultura, dentro de la cual se configura la psique humana. La psicopatología, desde esta perspectiva, no es un problema de disfunción de la estructura química cerebral -que sí lo sería para los trastornos mentales orgánicos-, sino de crisis del mundo simbólico

en el que habita el individuo humano.

Tales crisis son frecuentes en el proceso de desarrollo humano normal, tanto colectivo como individual, y dan origen a nuevas elaboraciones simbólicas, representativas de la realidad. Desde un punto de vista colectivo implican cambios culturales o de mentalidad que suelen producirse en la dirección de una mayor adaptación a las exigencias del medio natural y social y son objeto de estudio del constructivismo social (Gergen, 1982). Desde un punto de vista individual implican la construcción de nuevas estructuras de conocimiento para afrontar la complejidad creciente de los problemas con los que se enfrenta el individuo. Para explicar el desarrollo cognitivo del niño, por ejemplo, Piaget sigue un modelo que el denomina genético-constructivo, según el cual las estructuras biológicas con que nace el ser humano son suficientes, aunque inmaduras, desde el punto de vista neurológico para su adaptación al mundo físico o natural, pero no lo son para su adaptación al medio social. En consecuencia, el niño debe construir nuevas estructuras de carácter esta vez no biológico sino epistemológico, para hacer frente a la complejidad del mundo simbólico social. Debe construir, entre otras, las estructuras lingüísticas sintácticas y pragmáticas, el pensamiento concreto: los conceptos de cantidad, causalidad y circunstancialidad -lugar, tiempo, etc.-, los criterios de razonamiento lógico, el pensamiento abstracto, etc. Todo este proceso de construcción se hace de forma sistemática y sucesiva, aunque a través de verdaderas crisis epistemológicas, que obligan al niño a desechar formas de pensamiento inadecuadas, como el pensamiento mágico o las reacciones emocionales preoperatorias.

Tales crisis no se consideran patológicas, sino dirigidas al crecimiento y son producto de la propia tendencia morfogénica, orientada a la construcción de estructuras más eficaces de pensamiento y acción. Este desarrollo potencial es producto de la neotenia humana, nivel de inmadurez estructural específico con que nace el bebé humano, que le permite en su indiferenciación alcanzar un grado de adaptación al medio mucho mayor que el de otra cualquier especie. La patología surge, no por el hecho de estar atravesando una crisis de reestructuración epistemológica, sino por el hecho de no superarla y no debe confundirse con la inmadurez estructural o específica, característica, por ejemplo, de los diversos estadios que sigue la evolución del niño en la infancia y adolescencia.

Así pues, la psicopatología puede considerarse desde una perspectiva evolutiva como una crisis no resuelta y, la psicoterapia, como una intervención de orden noético-práxico dirigida a su resolución. Según esto el objetivo de la psicoterapia no sería la reducción de la sintomatología orgánica -ansiedad, agitación, estrés, depresión, etc.- que suele acompañar a las situaciones de crisis irresueltas, sino la promoción del cambio epistemológico en la organización noogenética. A su vez los problemas psicológicos no serían disfunciones estructurales del cerebro, sino inadaptaciones funcionales al medio humano, efecto de conflictos simbólicos, cuya superación exigiría cambios evolutivos en la organización psíquica. La psicoterapia,

por tanto, al contrario de la psiquiatría o neuropsiquiatría, no sería un procedimiento de influencia directa o física sobre la mente -el cerebro-, sino indirecta o social a través de instrumentos específicos, adecuados al objetivo de reorganizar el mundo simbólico constitutivo de la psique humana.

Ahora bien, ¿cuáles son los instrumentos adecuados para promover el cambio epistemológico o reorganización noogenética de que dispone la psicoterapia? Desde la antigüedad los seres humanos han usado diversas técnicas para influir en sus prójimos. Algunas tenían que ver con la magia, otras con la retórica, otras con la pedagogía o enseñanza y otras, finalmente, con la sofística. Todas ellas, de acuerdo con Frank (1990), están presentes, de alguna manera, como elementos comunes en todas las psicoterapias. Algunas de estas técnicas son específicamente retomadas por las psicoterapias modernas (Villegas, 1990), como por ejemplo la sofística en la terapia cognitiva de Beck (1976) o la retórica en la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1962). Esta influencia social, en el caso de la psicoterapia, se ejerce en el marco de una relación profesional, orientada al cambio psicológico, entendido como reestructuración epistemológica de significados. No sirven para la psicoterapia moderna aquellas técnicas de influencia social basadas en la sugestión -magia-, en el adoctrinamiento retórico -política o religión-, o en la enseñanza instructiva -pedagogía-, sino en el diálogo co-constructivo (Gergen y Kaye, 1992), capaz de fomentar el aumento de complejidad cognitiva, del que la sofística no es más que un antecedente histórico.

Como medio de influencia social la psicoterapia crea un contexto específico en el que se desenvuelve su actividad. Este contexto viene determinado por las características de un encuentro interpersonal, constituido por el cliente (individuo, pareja, familia, grupo, institución, etc.) y el profesional o terapeuta/s. En este encuentro se producen necesariamente relaciones intersubjetivas -afectivas y emocionales- de tipo personal, transferencial y contratransferencial. Pero, salvo excepciones notorias como en el Psicoanálisis, la finalidad del encuentro terapéutico no es la de relacionarse, sino la de llevar a cabo una tarea que puede ser definida de modo muy amplio como la resolución de un problema o la promoción de un cambio de naturaleza psicológico. Una vez conseguido este objetivo y aunque haya jugado un papel movilizador más o menos importante, la relación terapéutica deja de tener sentido y se da por terminada la psicoterapia.

El instrumento para llevar a cabo el objetivo terapéutico suele ser mayormente, y también salvo excepciones, como en la terapia de modificación de conducta, la *entrevista*. La entrevista es un instrumento dialógico que puede ser entendido de muchas maneras; por ejemplo como una evaluación -entrevista psiquiátrica o de diagnóstico-, como un examen -entrevista de selección-, como un interrogatorio -entrevista policíaca-, o como una indagación -entrevista periodística, etc. Desde el punto de vista psicoterapéutico la entrevista debe reunir tales características que la hagan capaz de promover el cambio psicológico en el sentido de una reestructura-

ción morfogenética a nivel epistémico-práxico. Ello equivale a utilizar la entrevista como un instrumento de evolución psicológica. Es por este motivo que la hemos denominado *entrevista evolutiva*.

## **DIMENSIONES DE LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

¿En qué sentido hablamos de entrevista evolutiva? Entendemos por entrevista evolutiva aquel tipo de diálogo que es capaz de hacer evolucionar hacia niveles de mayor complejidad el discurso terapéutico. Por discurso terapéutico entendemos, a su vez, tanto el nivel microproposicional -enunciativo-pragmático- del diálogo o conversación terapéutica, como el macroproposicional o ideológico de la matriz discursiva que lo genera como texto (cfr. *passim*: Villegas, 1992a).

La hipótesis de la que partimos es que las intervenciones del terapeuta pueden favorecer -o en caso contrario inhibir- el desarrollo evolutivo de la propia entrevista, entendida como texto, así como la construcción del mundo simbólico o significativo del propio sujeto, expresado a través de él. Para ello deben tenerse en cuenta las dos dimensiones básicas de todo discurso: la dimensión expresiva y la dimensión constructiva.

La dimensión expresiva hace referencia a los aspectos textuales o lingüísticos del discurso, tales como la redundancia, la coherencia, la información nueva y dada, los turnos de habla en la conversación, la adecuación pragmática, etc., y a su proceso de producción. El análisis de la dimensión expresiva puede considerarse como una aproximación a la estructura superficial del discurso y se lleva a cabo siempre a nivel microproposicional (pequeñas unidades homogéneas de texto, como por ejemplo el conjunto de frases dichas en una unidad de intervención o turno de palabra). La utilidad de este tipo de análisis se pone de manifiesto en las alternativas que ofrece para llevar adelante la continuidad del diálogo o conversación terapéutica, incluso con pacientes que se repiten constantemente, o aportan información vaga o insuficiente, o interrumpen el discurso del otro o cambian de tema inesperadamente. En tales casos, como se verá, la entrevista evolutiva ayuda a reconducir la conversación de una forma más coherente y rica. Por otra parte el terapeuta puede hacer intervenciones dialógicas desacertadas o no saber cómo continuar el diálogo con un paciente que hace propuestas pragmáticamente inadecuadas. La entrevista evolutiva proporciona recursos para seguir la conversación en todos estos casos, sin más interrupciones que las empáticamente deseables.

La dimensión constructiva hace referencia al nivel macroestructural del discurso, a la construcción de su matriz ideológica, al mundo de representaciones e intenciones que lo configuran y al entramado lógico-simbólico que lo sustenta. El análisis de la dimensión constructiva puede considerarse como una aproximación a la estructura profunda del discurso o macroestructura, que encierra la síntesis psicológica con su organización epistemológica correspondiente, y sólo se puede llevar a cabo a nivel macroproposicional (grandes unidades textuales, por ejemplo

toda una entrevista o, aún mejor, intertextuales, síntesis discursiva de varias entrevistas). Se consideran en él, a su vez dos niveles de organización epistemológica, de acuerdo con las dos grandes áreas de desarrollo humano estudiadas por Piaget y su escuela, la cognitiva y la moral/social, de donde les provienen las denominaciones que mezclan ambos aspectos tanto a la psicología socio/cognitiva, como a la terapia cognitivo-social. La utilidad de este tipo de análisis se pone de manifiesto en la oportunidad que ofrece para situar evolutivamente la naturaleza del problema y superarlo de acuerdo con la dialéctica evolutiva del desequilibrio y el cambio. Consideraremos a continuación ambas dimensiones, la expresiva y la constructiva, por separado y con abundantes ejemplos.

### **LA DIMENSION EXPRESIVA DE LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

La dinámica de una entrevista se desarrolla mediante los intercambios dialógicos que se producen entre los participantes en un coloquio. Las reglas que regulan el discurso coloquial o conversación son en parte distintas a las que regulan la producción del monólogo, pero comparten con él ciertas condiciones de redundancia y coherencia, características del discurso humano lógico o inteligible. Sin embargo no obedecen a los mismos criterios de planificación que la producción de textos escritos, por ejemplo, y se caracterizan, además, por ser el resultado, en parte imprevisible, de una cooperación específica que se produce a través de la alternancia sucesiva de roles de emisor y destinatario, propia de la interacción comunicativa (cfr. *passim*: Villegas, 1992a; 1993).

En el coloquio terapéutico, a diferencia de otros tipos de conversación como la charla, estos roles están originariamente marcados, en el sentido de que no son libres. En principio el cliente se dirige al terapeuta, que es el destinatario del discurso, como emisor por derecho propio. El es el que tiene la palabra. Y él es el que establece el nivel y el contenido del discurso. El terapeuta debe *acomodarse* a estas condiciones y *negociar*, a partir de ahí, el significado de las interacciones comunicativas y la interpretación de los mensajes. Habitualmente estas *acomodaciones* dialógicas se hacen de forma intuitiva o espontánea, como si se tratara de una conversación trivial, no condicionada por finalidades profesionales específicas. El arte de la entrevista terapéutica no se enseña, porque se pretende que ya se sabe, o en todo caso se insiste más bien sobre las actitudes necesarias del terapeuta para llevar adelante la entrevista, como las de empatía ingenua o de sospecha sistemática -según escuelas-; pero no se utiliza el análisis de la conversación como instrumento para desarrollar el coloquio, porque se piensa que éste es un conocimiento no sistemático. Nuestra propuesta, en cambio, es que la introducción de la perspectiva evolutiva en el análisis de la conversación es una forma de sistematizar el aprendizaje y la conducción de la entrevista, para lo cual hemos diseñado una metodología precisa. Pero antes de entrar en el detalle de la metodología del análisis evolutivo de la conversación en su doble dimensión expresiva y

constructiva, vamos a considerar tres fragmentos, tomados de una misma entrevista terapéutica, con el ánimo de ilustrar lo que sucede habitualmente en los intercambios conversacionales en el marco de una sesión de psicoterapia. (En las transcripciones sucesivas, la letra mayúscula C designa al cliente, mientras que la T se refiere al terapeuta. Los números iniciales entre paréntesis que preceden cada turno de habla indican las secuencias de intervención de cliente y terapeuta sucesivamente).

Caso N.1

Fragmento primero

- 1) C.- Hoy me gustaría hablar de lo que me sucedió el domingo pasado cuando fui a comer a casa de mis padres y me he dado cuenta..., beh... de que las cosas siguen como siempre. La relación con mis padres... estas cosas... he ido porque me han invitado,... he ido, pero un poco a la fuerza. Tal vez voy un poco a la fuerza porque no me gusta ir a comer a casa de mis padres.
- 2) T.- No te gusta.
- 3) C.- No
- 4) T.- Pero, ¿qué es lo que no te gusta? ¿No te gusta cómo cocinan?
- 5) C.- No, no es esto; porque mi madre cocina muy bien,... me tienta por la gula. Tal vez no me gusta... ser controlado: es como si me controlara cuando me da de comer. Me da la impresión como si tuviera que acabar en su boca. Esto me produce fastidio.

Hasta aquí la transcripción literal del texto. Cualquier lector puede haber observado de inmediato una falta de comprensión en el intercambio dialógico entre terapeuta y cliente. Este le habla al terapeuta de las relaciones con sus padres y el terapeuta le pregunta cómo cocinan en su casa. El cliente deshace el malentendido, aclarando que no se trata de cómo cocinan, sino del control que ejercen sobre él a través de la comida. La coherencia discursiva se salva gracias a la *colaboración* del cliente, pero el malentendido ya se ha producido. Veamos ahora la continuación de la entrevista.

Caso N.1

Fragmento segundo

- 6) T.- Por tanto a través de la comida tu madre ejerce sobre ti una forma de control.
- 7) C.- Sí, así lo siento.
- 8) T.- Por lo tanto esto ha sido siempre así, incluso en el pasado.
- 9) C.- Sí, incluso demasiado; pero una cosa..., tal vez era menos evidente. Ahora me doy más cuenta, porque... tengo que salir de casa e ir allí. Esto es lo que siento. En efecto, el problema gordo es éste; no tanto la comida, sino el tener que ir allí a aquella hora. Sí es el tener que ir allí a aquella hora a comer; es como si hubiera un antes y un después; antes no hay nada, después voy allí y como porque hay alguien que me da de comer. Esto me produce fastidio y rabia.

En este segundo fragmento se corrige la sensación de malentendido, dejada por las primeras intervenciones del terapeuta. Esto se debe a que el fragmento empieza con una *respuesta reflejo* en la que el terapeuta recoge la síntesis discursiva del cliente sobre el control familiar, particularmente de la madre, a través de la comida. Sin embargo el tema evoluciona y se introduce una información nueva al final del fragmento: no es tanto la comida, sino un aspecto temporal. El cliente continúa *colaborando*, concordando primero con el terapeuta y aportando seguidamente nueva información. La referencia al tiempo introduce, precisamente, un antes y un después. Un antes donde no hay nada, un después donde hay un ir a comer y la producción de un sentimiento.

Cualquiera de nuestros lectores podría haber imaginado intervenciones distintas de las del terapeuta, que en la práctica podrían haber sido más o menos acertadas. No queremos dar a entender aquí que el terapeuta deba poseer una ciencia infusa que le permita adivinar el curso que va a seguir la entrevista -ésta por fortuna sigue el que le imprime la matriz discursiva del cliente, con lo que termina por llegar, generalmente, a dónde quería llegar-; sino llamar la atención sobre los flujos de comprensión e incomprensión a través de los cuales se va negociando el significado, siempre que haya una actitud de colaboración. Si el cliente está dispuesto a colaborar, incluso los malentendidos pueden ser utilizados para ofrecer nuevas precisiones o informaciones al terapeuta; de modo que pueden resultar dialógicamente adecuados. Lo que queremos indicar es que a falta de algún criterio rector, la entrevista puede discurrir de una forma totalmente aleatoria, fuera del control y de la comprensión del terapeuta y que, en este caso, las intervenciones del terapeuta pueden ser más bien distractoras o perturbadoras de la evolución del discurso que facilitadoras de su producción. Veamos para finalizar estas consideraciones preliminares un último fragmento de la misma entrevista terapéutica, el tercero:

Caso N.1

Fragmento tercero

- 10) T.- Has dicho que primero no hay nada y que después vas allí a comer.
- 11) C.- Voy a comer.
- 12) T.- ¿No hay nada, dónde? ¿Qué significa que no hay nada?
- 13) C.- Pues... significa ... que puede ser una expectativa mía, una expectativa mía: esperar alguna cosa. Por tanto este esperar alguna cosa me llena de alguna manera: el hecho que desde que se me dijo "vente a comer", cuando he ido allí y he comido, de alguna manera ha tenido un pensamiento: pensar ir allí, la expectativa ha nacido allí.
- 14) T.- Pero ¿qué es lo que te esperabas?
- 15) C.- ¿Cuándo he ido allí?
- 16) T.- No antes. Está la nada. Primero está la nada y después ir allí a comer. A ver si podemos entender qué es esta "nada".
- 17) C.- Pues la nada... puede ser la pérdida de tiempo, puede ser no saber qué hacer, puede ser también lo contrario, hacer muchas cosas en lugar de ir allí

a comer: ir a dar un paseo, o ir a comprar el periódico; pero todo esto se convierte en nada; la expectativa se vuelve el todo.

- 18) T.- Me da la impresión de que hemos pasado de una fase en la que estabas expresando emociones o otra en la que estás desplazando el problema. Esta "nada" es algo distinto a la definición que me has dado, algo profundo.
- 19) C.- Puede que sí, pero no lo sé; no sé qué puede ser.
- 20) T.- Haz una asociación con "la nada".
- 21) C.- "La nada" es una sensación de vacío, nada... no ver...
- 22) T.- Está bien; y qué asocias al "no ver".
- 23) C.- No ver es no sentir; intentar no experimentar; intentar no experimentar.
- 24) T.- Y qué asocias con el "no sentir".
- 25) C.- La muerte,... el vacío.
- 26) T.- Y ¿al vacío?
- 27) C.- Al vacío asocio algo que no existe..., yo no existo. Existo cuando voy a comer.
- 28) T.- ¿Por qué?
- 29) C.- No lo sé

De nuevo se puede constatar en este fragmento cómo se produce el corte discursivo. El cliente está hablando de las expectativas relacionadas con el ir a comer a casa de sus padres. El terapeuta se centra artificialmente sobre el tema de la profundidad de la *nada* y en un discurso *teórico* sobre las emociones. El cliente reacciona a esta interrupción del terapeuta boicoteando esta vez la colaboración, negando la aportación de nueva información y dejando pragmáticamente que sea el terapeuta quien tome la iniciativa de seguir el diálogo, al repetir por dos veces consecutivas ["no lo sé; no sé qué puede ser"]. En efecto, el terapeuta recoge este mensaje pragmático y se enreda en un juego técnico de *asociaciones*. El cliente sigue el juego, pero sin aportar ninguna información nueva hasta el final donde introduce una información importante: ["existo cuando voy a comer"], que conecta con el tema de las expectativas. El terapeuta no acierta a comprender la importancia de esta definición -que no asociación- y se limita a interrumpir con un anodino ["por qué?"], que es contestado nuevamente con un corte comunicativo por el cliente con un lacónico ["no sé"].

Hasta aquí los ejemplos con los que hemos querido introducir la metodología de la entrevista evolutiva, tomados todos de un mismo caso real y transcritos literalmente a partir de una grabación en vídeo. El caso, como hemos dicho, es ilustrativo de lo que sucede con frecuencia en la mayoría de entrevistas. Hay momentos de buena comprensión, que son ricos y productivos, y momentos en que se producen cortes comunicativos por falta de colaboración o cooperación, generalmente del terapeuta. Muchas veces estos cortes comunicativos son interpretados erróneamente, según la teoría, como resistencias, cuando en realidad se trata de distracciones teóricas o técnicas del terapeuta. Si éste se mantuviese mucho más atento al flujo discursivo del cliente, dispondría de continuos recursos para seguir sin interrupción el intercambio comunicativo y facilitaría la elicitación de informa-

ción mucho más significativa. No existe una fórmula para alcanzar estos objetivos automáticamente, pero sí existen algunos criterios generales y otros más específicos, que expondremos en el apartado siguiente, que pueden ayudar a conseguirlo.

Entre los criterios generales deberíamos indicar, en primer lugar, la necesidad de sintonía con el discurso del cliente. No puede producirse comunicación si se sintonizan ondas distintas. Para sintonizar en la misma onda se hace necesaria, como han puesto de relieve muchos autores, entre ellos principalmente Rogers (1951), una actitud de *escucha activa y empática*, que implica hacerse ecò del mensaje y del sentimiento que lo acompaña. La llamada *respuesta reflejo* es un claro exponente de esta actitud, siempre que sea auténtica. En el ejemplo utilizado hasta ahora el momento de mayor acuerdo comunicativo se da entre el final del primer fragmento e inicio del segundo entre las intervenciones 5, 6 y 7, donde el terapeuta recoge sintéticamente el sentido de lo que ha querido decir el cliente: [“Por tanto a través de la comida tu madre ejerce sobre ti una forma de control”].

Otro criterio general, al que ya hemos aludido en diversos pasajes de nuestros comentarios, es el de *cooperación*. La comunicación se produce en un contexto de interacción social, en el que se pone en juego la colaboración según distintos roles alternativamente asignados de emisor y destinatario (Villegas, 1992a) y que exigen el cumplimiento de las máximas de cooperación conversacional expuestas por Grice (1975), como por ejemplo las que hacen referencia a la información nueva y dada, las de sinceridad, brevedad, pertinencia, etc.. La comprensión e interpretación del discurso en el contexto comunicativo son tareas que requieren consentimiento mutuo y que no pueden llevarse a cabo sin esfuerzo de descentramiento cognitivo. Ahora bien la intención comunicativa del otro no es inmediatamente trasparente para el destinatario y en psicoterapia, podríamos añadir, no lo es siquiera muchas veces para el emisor mismo. La naturaleza, en efecto, del discurso terapéutico que tiene por objeto el mundo interno de afectos y pensamientos, lo hace particularmente opaco, incluso al propio sujeto -el cliente-, y especialmente confuso para el destinatario -el terapeuta-, el cual no sólo debe intentar entender lo que le quiere decir con sus palabras y reacciones el cliente, sino ayudarle a elaborar el discurso mismo. Justamente para cumplir estas finalidades de comprensión y elaboración del discurso terapéutico es para lo que creemos adecuado establecer y determinar los criterios específicos indicadores del nivel evolutivo en que se expresa el discurso. Estos niveles expresivos se constituyen en correspondencia con los diversos estadios evolutivos del conocimiento descritos por Piaget y su escuela y tienen la ventaja de poder interpretarse en referencia a ellos.

En efecto, cuando hablamos utilizamos diversos niveles de expresión, correspondientes a planteamientos evolutivos de distintos estadios. Así cuando expresamos duda, desesperación, tristeza, etc. solemos hacerlo a un nivel egocentrado, correspondiente al estadio pre-operacional: [“estoy desesperado, no sé que hacer”; “me siento fatal”; “no puedo más”; “no puedo concentrarme”]; expresiones todas

que no dan ninguna información específica y que suelen estar dirigidas mágicamente a los otros para que hagan algo por nosotros. Estas expresiones generan habitualmente en los destinatarios de las mismas una preocupación doble: primero por entender “qué es lo que le pasa” al sujeto que las emite, y segundo por sentirse implicados de alguna manera en la resolución de problemas obscuramente aludidos. Este tipo de expresiones es precisamente muy habitual en psicoterapia: el cliente las dice para que el psicoterapeuta le ayude a explorar la naturaleza de sus problemas y de este modo se inicie el diálogo evolutivo, característico de la entrevista terapéutica.

A semejanza de los estadios de desarrollo cognitivo, descritos por Piaget, también aquí vamos a distinguir 5 estadios en el desarrollo de los niveles expresivos, de acuerdo con cinco modalidades enunciativo-pragmáticas del discurso, tal como aparecen en la Figura I

Estadios evolutivos	Denominación	Nivel expresivo
Estadio 1	Sensorio-motor	Protolingüístico
Estadio 2	Pre-operacional	Egocentrado
Estadio 3	Operatorio	Concreto
Estadio 4	Formal	Abstracto
Estadio 5	Postformal	Metacognitivo

**Figura I**

## **ANALISIS DEL NIVEL DE DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA DIMENSION EXPRESIVA DEL DISCURSO TERAPEUTICO**

El primer nivel, *protolingüístico*, se corresponde con las modalidades expresivas propias del niño de 0 a 2 años, y se sitúa en el estadio evolutivo sensorio-motor. Las modalidades expresivas propias de este estadio son anteriores a la aparición del lenguaje y por tanto consisten fundamentalmente en expresiones emocionales básicas (llanto, suspiros, sonrisas, gritos, susurros, quejas, exclamaciones, caras y gestos no codificados, etc.) en reacciones neurovegetativas (mareos, vómitos, enrojecimientos, rubores, jadeos, etc.), en reacciones neuroreflejas (toser, carraspear, pasarse la saliva, rascarse) en reacciones neuromotoras (fumar o masticar chicle compulsivamente, morderse ansiosamente las uñas o los nudillos, agitarse en la silla, retorcerse las manos, balancear las piernas, etc.) en respuestas conductuales no planificadas (darse la vuelta, levantarse e irse inesperadamente, dar portazos, abrazarse impulsivamente, aplaudir, golpear a personas u objetos, patear, etc.) o en expresiones verbales muy confusas que aluden a la incapacidad de representarse

cognitivamente lo que sucede [“no puedo hablar; se me hace un nudo en la garganta; no me salen las palabras; no sé lo que me pasa; no entiendo nada, me siento confuso, no hago más que dar vueltas y vueltas sin llegar a ningún sitio, etc.]. El estadio sensorio-motor se corresponde con una posición absolutamente indiferenciada, en el sentido de que el niño o el adulto que se sitúa en él, sólo es capaz de sentir lo que experimenta sin ninguna mediación simbólica o representativa que la haga comprensible o comunicable a los demás. Esto es así, porque originariamente el niño no puede despegarse de sí mismo, de su experiencia inmediata, y no sabe siquiera que su experiencia, agradable o desagradable, puede ser, sino compartida, al menos entendida o acogida por los demás, particularmente por la madre. Gradualmente, y en la medida en que estas expresiones -más bien reacciones- de placer o displeacer van siendo reflejadas y acogidas por la madre, el niño las va utilizando como instrumentos comunicativos protolingüísticos, esperando que los demás sepan interpretarlos y actuar en consecuencia. Con frecuencia los pacientes vienen a terapia en esta posición, promoviendo pragmáticamente las respuestas maternas del terapeuta, o incluso provocándolas y rechazándolas al mismo tiempo. Toca al terapeuta acoger este tipo de expresiones sensorio-motoras, pero a la vez promover su elaboración hacia estadios más desarrollados.

El segundo nivel expresivo se llama *egocentrado*. Corresponde a las capacidades expresivas del niños de 2 a 6 años. Durante este período el lenguaje se ha desarrollado completamente como medio de expresión y comunicación. El niño ya es capaz de expresar claramente lo que le sucede, aunque tiene una visión mágica y absolutista de la realidad: por ejemplo, le cuesta distinguir entre las representaciones oníricas y las reales, entre las fabulaciones y los relatos históricos; de ahí los miedos irracionales a lobos, fantasmas y brujas, o la creencia fantástica en hadas, ángeles y reyes magos. Su iniciativa se desarrolla y estimula, pero básicamente continúa dependiendo de sus padres en la satisfacción de sus necesidades; por tanto espera que sean ellos quienes le resuelvan los problemas y se dirige pragmáticamente a ellos para obtener su apoyo. Las modalidades expresivas de este segundo nivel suelen hacer referencia clara y directa a los estados emocionales, pero sin aportar ninguna información explicativa, ni ninguna indicación operativa. Los pacientes que se sirven de esta modalidad expresiva suelen utilizar la enunciación clara y explícita de sus estados emocionales [“me siento deprimida, estoy triste, todo me va mal, estoy desanimada, estoy desorientado, me siento fatal, todavía tengo esperanzas, siento una rabia infinita, ¡qué vergüenza!, ya estoy harta, siento que no vale la pena vivir, etc.] para promover pragmáticamente la intervención mágica del terapeuta [“no sé que hacer, usted qué haría, no sé si me va a servir de mucho venir a terapia, necesito que me ayude, ¿usted cree que podré salir de este pozo?, haga algo por mí, ¿usted cree que puede ayudarme? etc.]. Como en el estadio anterior el terapeuta debe recoger este tipo de expresiones, empatizar con ellas, explorar la naturaleza de los sentimientos expresados reforzándolos, pero para elevarlos a un

plano superior a la demanda mágica de consuelo o de compasión, llevando a los pacientes a contextualizar sus emociones, a entender la naturaleza de los conflictos que las provocan y aprender a enfrentarlos o superarlos. Pero antes de seguir adelante vamos a considerar un fragmento de entrevista -caso 2- donde se mezclan los niveles expresivos (1) y (2) y que utilizaremos como ilustración de lo que llevamos dicho hasta ahora.

#### CASO N. 2 -

##### Fragmento primero

Contexto: Esta es una primera entrevista. La paciente es una mujer, de treinta años, casada desde hace cuatro, madre de dos hijos de tres años y cinco meses respectivamente. Ha pedido telefónicamente una visita en una clínica, que le ha sido concedida al cabo de cuatro días. El terapeuta es un psiquiatra del centro.

- 1) T.- ¿Quiere sentarse, por favor? (en voz baja)
- 2) C.- (se sienta)
- 3) T.- (cerrando la puerta). Qué es lo que la trae por aquí. (se sienta)
- 4) C.- (suspira) No lo sé; (1) todo me va mal. Estoy ansiosa, tensa, deprimida (2). (suspira) (1). Cualquier cosa me pone nerviosa (2).
- 5) T.- Hmm (1).
- 6) C.- En estos momentos no tengo ganas de hablar (1).
- 7) T.- ¿No? (breve pausa). ¿desearía hacerlo en otro momento? (1).
- 8) C.- Este es el mal. Estoy demasiado tensa. Si consigo empezar todo irá mejor (2).
- 9) T.- ¿De veras? Esperemos que lo consiga (2).
- 10) C.- ¿Puedo fumar? (1)
- 11) T.- Desde luego (1). (Le acerca el cenicero a la paciente)

El tercer nivel expresivo se denomina *concreto*. Corresponde a un estadio de desarrollo heterocentrado en el sentido que el niño de entre 7 y 12 años es capaz de considerar los objetos en sí mismos, más allá de su experiencia subjetiva inmediata. La expresión concreta es portadora de información específica acerca de la naturaleza de un fenómeno, sus orígenes, causas o circunstancias en que se produce. De este modo pueden describir en detalle lo que les sucede a ellos o a otras personas o seres en general, hacer referencia a los antecedentes de un fenómeno, seriar elementos de un conjunto y encontrar una organización jerárquica entre ellos. El pensamiento se vuelve también más diferencial y relativista. Con esta modalidad expresiva los pacientes aportan, fundamentalmente, información sobre la naturaleza de su problema [“últimamente padezco de insomnio; él no se cuida para nada de la casa; todo lo tengo que hacer yo sola; él no me quiere dar el divorcio; me obsesiono con la limpieza; hay crisis en mi empresa; no me llevo bien con mi madre; fumo en exceso; no puedo dejar de pensar en ella; no duerme nunca en casa; he descubierto que mi marido me engaña con otra mujer; etc.”] o información circunstancial de

distinto género, temporal [“hace ya tres semanas que no pego un ojo; antes todo me resultaba fácil; desde que volvimos de vacaciones no me ha vuelto a mirar a la cara; al principio nuestras relaciones sexuales eran muy frecuentes; durante el noviazgo mi madre estaba muy solícita con él; esperaré a que termine los exámenes y entonces se lo diré, etc.”], personal [“somos ocho hermanos; no he conocido nunca a mi padre; mi madre era seis años mayor que mi padre; mi hermana pequeña se hace la simpática con mi marido; mis amigas son de una clase social superior a la mía, etc.”], causal [“cuando salgo con los amigos vuelvo a beber y a fumar; con la crisis no puedo cambiar de trabajo; si me piden un favor no sé negarme; él está molesto porque yo insisto en pedirle un hijo; etc.]. Este tipo de expresiones, aunque clarificadoras, precisan muchas veces de nuevas aclaraciones, de ahí que las diversas informaciones específicas requieran con frecuencia otras informaciones complementarias. En la entrevista evolutiva es frecuente que tales informaciones concretas desencadenen una secuencia de precisiones de distinto tipo. Veamos en la continuación del segundo fragmento de la entrevista que habíamos empezado a transcribir en el apartado anterior una concatenación de tales informaciones que clasificamos como de nivel (3).

Caso N. 2

Fragmento segundo

- 10) C.- ¿Puedo fumar? (1)
- 11) T.- Desde luego (1). (Le acerca el cenicero a la paciente). ¿Qué hace en su vida cotidiana? (3).
- 12) C.- (Suspira, coge un cigarrillo y lo enciende). (1) Soy enfermera, pero mi marido no me deja trabajar (3).
- 13) T.- ¿Cuántos años tiene? (3)
- 14) C.- Cumplo 31 en diciembre (3). (echa el humo con fuerza)(1).
- 15) T.- ¿Qué significa que su marido no la deja trabajar? (3) (carraspea) (1).
- 16) C.- Beh... (carraspea)(1). Por ejemplo este mes debería hacer dos semanas de turno (suspira)... el mes próximo, septiembre,(3) y él me atosiga tanto que estoy siempre en ascuas (2) (suspira)...(1). Dice que mi puesto está en casa con los niños. De acuerdo, pero yo qui..., necesito unas vacaciones. Siento necesidad de alejarme de ellos. De estar con otra gente. No puedo estar siempre cerrada en casa (\*).
- 17) T.- ¿Cuántos niños tiene? (3)
- 18) C.- Dos (3)
- 19) T.- ¿Cuántos años tienen? (3) (carraspea) (1).
- 20) C.- Tres años la mayor y cinco meses el pequeño (3).
- 21) T.- Hmm (1).
- 22) C.- (suspira) (1). Pero no es sólo esto. Son mil cosas más (2).
- 23) T.- Explíqueme alguna (3).
- 24) C.- (suspira) (1). Para empezar haya un montón de cosas que no sabía de mi marido antes de casarme (3) y que debería haber sabido, al menos pienso que debería haber sabido (\*).
- 25) T.- Cuanto tiempo hace que está casada, ¿cuatro o cinco años? (3).

- 26) C.- Cuatro años (3).
- 27) T.- Hmm... (1).
- 28) C.- En noviembre...(3). Y además (suspira) (1) creo que es un alcohólico crónico (\*). Bebe cada día (3) y parece que no puede evitarlo. El dice que sí, que lo consigue, pero no es cierto (3). No lo ha conseguido nunca, exceptuando (suspira) (1) cuando el doctor lo puso a dieta, la única vez (medio suspiro) y entonces se puso a comer caramelos... (3). Pero desde luego es... (medio suspiro) (1); tengo la impresión de que terminará por destruirme a mí o a los niños, o a todos juntos. Es una cosa... (\*).
- 29) T.- ¿De qué trabaja él? (3).
- 30) C.- De camionero (3)..
- 31) T.- Hace trasportes de largas distancias? (3).
- 32) C.- No. Antes sí, ahora ya no. Solamente en el territorio nacional (3). Y hace (suspira) hmm (1) cinco o seis meses ha empezado con los remolques (3). Ya sé que es un trabajo duro (\*), pero él llega a casa y se desahoga con nosotros. Empieza a gruñir sólo entrar en casa (3).
- 33) T.- ¿Pasa mucho tiempo fuera de casa? (3)
- 34) C.- (suspira) (1). Come y duerme en casa, eso es todo (3). Naturalmente para mí es algo insultante (\*).
- 35) T.- Hmm. (breve pausa) (1).

El cuarto nivel expresivo se denomina *abstracto*. Corresponde al estadio evolutivo del pensamiento formal en que se pasa de la niñez a la adolescencia y se alcanza el razonamiento hipotético-deductivo, que es una forma ya plenamente descentrada. El sujeto es capaz de pensar sobre fenómenos en su conjunto, prescindiendo de los hechos concretos; de emitir juicios generales; de establecer distinciones conceptuales; de elaborar ideas nuevas y abstractas; de utilizar el pensamiento analógico o metafórico; de fundamentar criterios morales; de percibir la relatividad de los puntos de vista propios y de asumir la perspectiva de los demás. En el fragmento que acabamos de utilizar para el análisis del nivel 3 aparecían ya algunas expresiones de nivel 4 que hemos indicado con el asterisco entre paréntesis (\*), como por ejemplo: [“ya sé que es un trabajo duro”] (juicio descentrado sobre el trabajo de camionero del marido); [“tengo la impresión de que terminará por destruirme a mí o a los niños, o a todos juntos. Es una cosa...”] (emisión de un juicio general sobre una situación habitual); [“Naturalmente para mí es algo insultante”] (calificación del trato que recibe del marido); [“y que debería haber sabido, al menos pienso que debería haber sabido”] (referencia a un deber moral); [“Dice que mi puesto está en casa con los niños. De acuerdo, pero yo qui..., necesito unas vacaciones. Siento necesidad de alejarme de ellos. De estar con otra gente. No puedo estar siempre cerrada en casa”] (enunciación descentrada de un rol social como madre y aceptación de las normas generales, contrapuestas distintivamente, sin embargo, a sus propias necesidades). Los pacientes utilizan este tipo de expresiones generalmente para conseguir mayor perspectiva sobre sus experiencias inmediatas, clasificarlas, poder establecer distinciones y generalizaciones y de este modo

manejar mejor la construcción de la experiencia y la toma de decisiones prácticas. Pero con frecuencia se produce en este estadio la contradicción, fruto del descentramiento que permite ver dos o más puntos de vista simultáneamente -como en el último párrafo comentado donde la paciente contrapone su rol como madre a su necesidad como persona-. Generalmente no se encuentra solución a esta contradicción y por este motivo acude el paciente a psicoterapia, a veces con la expectativa mágica de que sea el terapeuta quien le diga lo que tiene que hacer y otras con la voluntad de resolver dialécticamente los dilemas que plantea la existencia humana. Pero la superación de estos dilemas requiere el acceso a una forma de pensamiento más elaborado que corresponde al estadio quinto.

El nivel quinto de expresión se corresponde con el estadio pos-formal y lo hemos denominado *metacognitivo*. No fue desarrollado por Piaget, ni siquiera enunciado por él, pero autores posteriores han visto la necesidad de postularlo (Alexander & Langer, 1990; Commons et al., 1984). Corresponde a la capacidad de pensar sobre el sentido de los propios pensamientos e intenciones o el de los ajenos, de comprender la organización epistemológica de un sistema de pensamiento, de analizar las estructuras relacionales o interpersonales, de redefinir la naturaleza de un problema, de elaborar hipótesis alternativas antes no consideradas, de integrar o superar dialécticamente contradicciones lógicas presentes en el pensamiento formal. Estas expresiones no son muy frecuentes en los primeros estadios de la terapia, pero constituyen un buen síntoma cuando aumentan en el transcurso de ella. El terapeuta tiene en ellas un recurso eficaz para ayudar al paciente a salir de sus dilemas. Ofrecen la posibilidad de arrojar una luz poderosa sobre experiencias que, a veces durante años habían permanecido opacas a la comprensión. Algunas expresiones de pacientes reales nos pueden ayudar a describirlas mejor: [“nuestra relación es una relación simétrica, de poder a poder”] (frase que contiene un enunciado metacognitivo, el de la *simetría*, que permite entender cómo se puede reconducir una relación). [“siempre he buscado hombres débiles a quienes proteger: esto me da seguridad”] (reconocimiento de una estrategia autoprotectora, explicativa además del fracaso en las relaciones). Es frecuente también la utilización de metáforas que contienen el núcleo discursivo de todo un proceso de elaboración epistemológica: [“Como usted dice he sido el buen Cirineo que cargaba a costas la cruz de los otros”] (síntesis de la actuación de toda una vida supeditada a llevar la carga de los demás).

Veamos ahora la continuación del caso N.2, donde se producen algunas alternancias entre los niveles 4 y 5

Caso N.2 -  
Fragmento tercero

36) C.- De vez en cuando es una buena persona (4) (pausa; suspira) (1).  
Siempre pienso en el divorcio (3), pero (medio suspiro) sería otra muerte

- emocional (5). Y no quiero hacerlo ahora con los niños. Son demasiado pequeños (3).
- 37) T.- ¿El divorcio es una muerte emocional? (5)
- 38) C.- Pienso que sí (5)
- 39) T.- No entiendo bien lo que quiere decir (2).
- 40) C.- (suspira) (1) Bien, creo que sea peor que la muerte (5). Si se muriera él (3) creo que me sentiría feliz. Estoy segura de que sí (2). (lloriquea) (1).
- 41) T.- Hmm (1). No entiendo... (2)
- 42) C.- (interrumpiendo) Y no quiere dejarse ayudar. Este es el mal. No quiere admitir que sea un problema (4).
- 43) T.- Me gustaría saber algo más de todo eso, pero antes... no he entendido muy bien que el divorcio sea una muerte emocional (2).
- 44) C.- (cansada) No sé, no consigo explicarlo (suspira) (1).

El fragmento tiene un alto interés expresivo-pragmático por cuanto parece atravesar un momento de gran intensidad epistemológica, a pesar de tratarse de una primera entrevista, que queda frustrado por el fracaso del terapeuta en mantener y desarrollar ulteriormente el nivel metacognitivo que inicia la paciente con la descripción del divorcio como “otra muerte emocional”. El terapeuta sólo es capaz de dar una respuesta reflejo a este enunciado pero en forma interrogativa, con lo que introduce el escepticismo y la desmoralización en la paciente la cual abandona pronto el intento de continuar explicitando toda la carga constructiva de esta expresión y sigue al terapeuta en la caída en picado de niveles hasta el nivel I con el que había iniciado la entrevista: [“(cansada) No sé, no consigo explicarlo”]. Pero antes ha introducido otro elemento de reflexión metacognitivo, que tampoco es recogido por el terapeuta, el cual continua obcecado por su incomprensión de la negativa de la paciente a divorciarse y de la metáfora del divorcio como muerte emocional. Este elemento es la conclusión a la que ha llegado la paciente como esposa de un alcohólico: los alcohólicos tienen un problema, pero no quieren admitirlo ni dejar que les ayuden. Esta es una forma de intentar integrar sus dos problemas: la paciente vive un dilema como madre y esposa, por una parte, y mujer adulta, por otra: se queja de que su vida no es satisfactoria al lado de un hombre que no le permite realizar su dimensión social y profesional, pero tampoco no le quiere abandonar (no quiere divorciarse) porque es alcohólico. Se ha puesto el reto de curarle, por eso va al terapeuta y esa es su demanda -mágica en el fondo-: “ayúdeme a ayudar a mi marido”. Divorciarse, simplemente, sería peor que la propia muerte, sería otra muerte emocional, la incapacidad reconocida de cambiar a alguien con el propio amor. La muerte de él sería también mejor que el divorcio, puesto que sería una liberación, pero en el fondo también un fracaso, sólo justificado por la imposibilidad de conseguir nada más; por eso llora. El terapeuta no se da cuenta de la dimensión pragmática del discurso de la paciente, de su auténtica demanda, y al final sus pesquisas por averiguar qué significa eso del “divorcio como muerte emocional” terminan por cansar a la paciente, la cual abandona todos los intentos

iniciales de exponer su problema.

Las consideraciones que acabamos de hacer sobre el comportamiento discursivo del terapeuta en este último fragmento nos llevan de la mano a plantear la cuestión de las estrategias discursivas que pueden seguirse en la conducción de la entrevista evolutiva para favorecer su desarrollo, lo que será objeto del siguiente apartado.

## **ESTRATEGIAS DISCURSIVAS EN LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

A diferencia de lo que sucede en una conversación informal, el diálogo terapéutico tiene unos objetivos que centran el tema y lo determinan. Si el terapeuta no dispone de estrategias conversacionales evolutivas corre el riesgo de agotar rápidamente el tema o de derivar hacia la charla de café. La entrevista evolutiva persigue el objetivo de promover el diálogo a partir de los niveles de expresión microproposicionales. Para ello existen dos estrategias básicas. A la primera la podemos llamar *equilibración* y consiste en mantener el discurso en el mismo nivel en que lo plantea el sujeto emisor, reflejando los distintos registros expresivos por él utilizados, desarrollando toda la información explícita en él contenida, con el fin de asegurar la comprensión y la fluidez del intercambio comunicativo. La segunda puede denominarse *desequilibración* y tiene por finalidad aumentar la complejidad epistemológica del discurso, reformulando los términos de la expresión, extrayendo la información implícita, explorando los niveles inmediatamente superiores o inferiores de la enunciación, contraponiéndolos entre sí cuando se muestren contradictorios, o estableciendo síntesis positivas entre distintas partes del discurso.

Durante el transcurso de una entrevista clínica el terapeuta se ve continuamente solicitado a intervenir para favorecer el desarrollo de la misma y para corresponder a las demandas explícitas o implícitas del paciente. El terapeuta, sin embargo, ignora, sobre todo en las primeras entrevistas, cuál es la naturaleza del problema que se le plantea, cuáles son los términos de la demanda y hasta dónde está dispuesto a llegar el paciente en la exploración y afrontamiento de sus problemas. Todos estos objetivos deben ser, por tanto, materia de negociación entre paciente y terapeuta ya desde el inicio de la terapia y constituyen en términos generales la base en que se fundamenta la *alianza de trabajo*. Para que una terapia, en efecto, siga un curso favorable debe basarse en una alianza de trabajo y ésta sólo puede conseguirse por acuerdo entre las dos partes sobre los objetivos a alcanzar y los métodos a utilizar. Este acuerdo requiere, por un lado, la acomodación del terapeuta a los planteamientos del paciente, pero, por el otro, le exige a éste un descentramiento de sus propios esquemas a fin de progresar en la resolución de sus problemas. Para ello el terapeuta tiene que utilizar adecuadamente las dos estrategias discursivas fundamentales a que hemos aludido anteriormente, a saber las de *equilibración* y *desequilibración* del sistema epistemológico del cliente.

### a) Estrategias de equilibración:

La estrategia de *equilibración* persigue fundamentalmente el mantenimiento del sistema epistemológico, puesto que éste no puede ser destruido sin más, sino a través de su propio agotamiento y la creación de nuevas estructuras sustitutorias de las anteriores. Una parte pues de las intervenciones del terapeuta van dirigidas a conseguir este mantenimiento. La finalidad es doble: por un lado entrar en sintonía con el mundo de representaciones subjetivas y experiencias emocionales del cliente a través de la comprensión empática y aceptación incondicional, y, por otro, conocer bien la estructura de su sistema epistemológico para poderlo llevar a su propia saturación y superación.

Las técnicas discursivas para conseguir estos objetivos pueden ser varias, pero sólo haremos mención de algunas más frecuentes:

a) *asentimiento*: consiste en un puro reflejo de las expresiones del cliente, sin añadir ningún elemento nuevo: pueden llevarse a cabo mediante gesticulaciones o expresiones miméticas (por ejemplo el balanceo frontal de la cabeza), emisiones sonoras o expresiones de aceptación [hmm..., sí..., ya..., claro..., desde luego..., entiendo..., etc.], o la repetición ecoica de alguna palabra o frase del cliente (como en las intervenciones 1/2/3 del primer caso que hemos transcrito: [C.- "...no me gusta ir a comer a casa de mis padres; T.- No te gusta; C.- No."].

b) *tanteo*: las expresiones del paciente no siempre son claras ni evidentes, pudiendo dar lugar a incomprensiones por parte del terapeuta; en este caso el terapeuta puede preguntar sencillamente qué significa aquella expresión o a qué hechos o personas se alude con ella, como por ejemplo en la intervención número 43 del caso N.2: [T.- "Me gustaría saber algo más de todo eso, pero antes... no he entendido muy bien que el divorcio sea una muerte emocional"] o bien proponiendo una reformulación de la expresión del paciente para comprobar si la comprensión ha sido la adecuada, como por ejemplo en las intervenciones 4/5 del caso N.1: [T.- "Pero ¿qué es lo que no te gusta? ¿no te gusta como cocinan? C.- No, esto no, porque mi madre cocina muy bien"].

c) *expansión*: a veces la información aportada por el cliente es escasa a juicio del terapeuta o entrevistador y este puede creer oportuno solicitar un desarrollo más prolijo de la misma haciendo preguntas explícitas, como por ejemplo en el caso N.2 entre las intervenciones 11 y 23 que reproducimos de forma más sintética que anteriormente:

#### Caso N.2

- 11) T.- ¿Qué hace en su vida cotidiana?
- 12) C.- Soy enfermera, pero mi marido no me deja trabajar
- 13) T.- ¿Cuántos años tiene?
- 14) C.- Cumpló 31 en diciembre.
- 15) T.- ¿Qué significa que su marido no la deja trabajar?

- 16) C.- .....
- 17) T.- ¿Cuántos niños tiene?
- 18) C.- Dos.
- 19) T.- ¿Cuántos años tienen?
- 20) C.- Tres años la mayor y cinco meses el pequeño
- 21) T.- Hmm...
- 22) C.- Pero no es sólo esto. Son mil cosas más.
- 23) T.- Explíqueme alguna.

d) *reducción*: en el ejemplo anterior las intervenciones 19 y 20 constituían un caso de reducción, consistente en estrechar el campo de la información en lugar de ampliarlo a nuevos elementos; sabemos que la cliente tiene dos hijos, podríamos ahora de forma expansiva preguntarle por sus padres, pero el terapeuta prefiere por alguna razón saber la edad de los niños, con lo que contrae, al menos momentáneamente, el ámbito de la información. Otro ejemplo podría ser el siguiente pasaje de la misma entrevista:

#### Caso N.2

- 29) T.- ¿De qué trabaja él?
- 30) C.- De camionero.
- 31) T.- ¿Hace trasportes de largas distancias?
- 32) C.- No. Antes sí, ahora ya no. Solamente en el territorio nacional. Y hace (suspira) hmm.... cinco o seis meses ha empezado con los remolques.

No está muy claro, a veces, cuál es la finalidad terapéutica de estas dos últimas técnicas, las de *expansión* y *reducción*. Con frecuencia responden a una curiosidad personal del terapeuta (no hemos de olvidar que muchos terapeutas sólo ven el mundo a través de sus pacientes y pueden caer en la tentación de utilizar la terapia como una forma de vivir vidas alternativas). En el caso que nos ocupa, por ejemplo, parece que las preguntas de tipo expansivo y reductivo que hace el terapeuta no aportan ninguna información significativa, al menos por el momento, y que entorpecen más bien el curso discursivo, introduciendo temas triviales. Esto no quiere decir que no deban hacerse este tipo de intervenciones, sino que conviene asegurarse antes de su oportunidad y adecuación.

#### **b) Estrategias de desequilibración:**

La estrategia de *desequilibración* persigue mover el sistema epistemológico del cliente hacia estructuras más evolucionadas de significado, coherentes con su mundo de experiencias personales, pero distinto, al menos en su organización, del inicial presentado por el cliente. En realidad éste viene a terapia porque su sistema epistemológico actual no le funciona, o al menos se le demuestra insuficiente, los consejos y palmaditas en la espalda de los amigos no le sirven y la aceptación voluntariosa o resignada de sus familiares no le ayuda tampoco a salir del atolladero.

Deberá encontrar, por tanto, en la terapia una dinámica capaz de movilizarle hacia una reestructuración más adecuada. El terapeuta debe pues combinar las estrategias de *equilibración* -para asegurarse la implicación del cliente- y las de *desequilibración* para promover el cambio. Entre éstas últimas vamos a considerar las siguientes:

a) *exploración*: Con frecuencia las expresiones del cliente contienen alusiones implícitas no desarrolladas explícitamente que pasan desapercibidas a ambos cliente y terapeuta. Por ejemplo en la intervención n. 36 del caso número 2, a la que ya nos hemos referido repetidamente, la cliente alude a “otra muerte emocional”:

C.- De vez en cuando es una buena persona... (suspira). Siempre pienso en el divorcio, pero (medio suspiro) sería *otra* muerte emocional. Y no quiero hacerlo ahora con los niños. Son demasiado pequeños.

La alusión a esta [“otra”] muerte emocional no es recogida en absoluto por el terapeuta, el cual lleva el diálogo a continuación a expresar su estupor o incompreensión, más que a iniciar una exploración. Probablemente existe alguna experiencia anterior en la vida de la paciente que le hace asimilar una situación -la presente de posibilidad del divorcio- a otra -que no sabemos cuál es- con la que compartiría en común ser construidas como muertes emocionales o bien constituye una anticipación de las otras dos muertes aludidas, la propia -suicidio- o la del marido. La explicitación de estas referencias ayudaría, sin duda, a entender mejor la percepción que la paciente tiene de la situación o del dilema actual entre su malestar en la pareja y su negativa al divorcio. La exploración puede hacerse también respecto a la duplicidad de niveles que pueden estar presentes simultáneamente en una misma emisión, como por ejemplo en el Caso N.2 cuando la paciente afirma *llorando* que se sentiría feliz si se muriera su marido. ¿Cómo es que el sentimiento de felicidad la hace llorar? ¿Existe una contradicción entre sus sentimientos? ¿O es que en realidad -nueva contradicción con el deseo de muerte- lo que viene a buscar es ayuda para el marido?

- 37) T.- ¿El divorcio es una muerte emocional? (5)  
38) C.- Pienso que sí (5)  
39) T.- No entiendo bien lo que quiere decir (2).  
40) C.- (suspira) Bien, creo que sea peor que la muerte (5). Si se muriera él (3) creo que me sentiría feliz. Estoy segura de que sí (2). (lloriquea) (1)  
41) T.- Hmm. No entiendo... (1)  
42) C.- (interrumpiendo) Y no quiere dejarse ayudar. Este es el mal. No quiere admitir que sea un problema (5).

La exploración puede ser útil, finalmente, para hacer frente a las contradicciones explícitas que pueden aparecer al mismo nivel, como en la continuación del caso N. 2 que transcribimos seguidamente, donde la paciente se muestra dispuesta al divorcio bajo ciertas condiciones, pero contraria a él desde el punto de vista

ideológico y termina expresando sus temores e impulsos de suicidio, como exponente de la tensión a que la someten sus dilemas:

Caso N.2

Fragmento cuarto

- 45) T.- Si sus hijos estuvieran en edad de ir a la escuela, ¿pensaría en el divorcio? (3)
- 46) C.- Sí, pero entonces no...; (contemporáneamente al terapeuta) entonces lo haría (3).
- 47) T.- Ya veo (2).
- 48) C.- Pero en principio soy contraria... (4).
- 49) T.- ¿Sí? (2)
- 50) C.- ... porque creo que... puedo recuperarme (3).
- 51) T.- ¿Que usted puede recuperarse? (3)
- 52) C.- Sí (3)
- 53) T.- No me había parecido en ningún momento que usted pensase que fuese... ah... un problema suyo (4)
- 54) C.- Beh... me pesa. Me vuelve inestable. No había nunca antes estado así (3).
- 55) T.- Ya (2)
- 56) C.- Antes las cosas no me afectaban de este modo. A veces me sentía deprimida, desde luego (3). Le pasa a todo el mundo (4). Pero no como ahora. No hasta el punto de querer abrir el gas o tirarme por la ventana (3). (lloriquea) (1).
- 57) T.- Desde cuándo se siente así? (3). (carraspea) (1).
- 58) C.- Desde que me casé; ya durante la luna de miel (3) -(se le rompe la voz) (1)- bebía cada noche. No quería ir a ninguna parte; sólo quería quedarse en casa a beber (3); y yo no lo soportaba (2).

b) *escalamiento*: Ya hemos podido observar en varios de los pasajes de entrevistas que hemos reproducido y analizado el salto a veces brusco de un nivel expresivo a otros. Llamaremos escalamiento a este fenómeno cuando sea utilizado por el terapeuta como una estrategia o técnica para llevar al paciente a un nivel distinto del que se estaba utilizando. Obsérvese, por ejemplo, el siguiente fragmento tomado de otro caso, N.3, que describiremos más adelante donde se producen dos saltos de este tipo: en el primero el terapeuta responde a una pregunta mágica con una reformulación metacognitiva [2]T.- “no es un complejo, es un síntoma”] para después hacer caer el nivel de la conversación al nivel 3 [6]T.- “Usted ¿tiene coche?”], que despierta a la paciente de su sueño mágico, como lo demuestra la respuesta desconcertada de ella [7]C.-”Sí, ¿porqué?”].

Caso N.3

Fragmento único

Contexto: Joven mujer de 26 años, vive con sus padres. Consulta al psicoana-

lista por problemas obsesivos que le impiden acceder al matrimonio.

- 1) C.- Me gustaría casarme, pero tengo miedo (2). No quiero casarme porque padezco un complejo obsesivo (4). Por la noche hago la ronda veinte veces a la casa para constatar si las puertas y ventanas están bien cerradas. No consigo evitarlo. Empiezo una y otra vez... y tengo que hacer un gran esfuerzo para ir a la cama. Tengo que ingeniarme los mil y un trucillos para que mis padres no se den cuenta... hace ya dos años que dura la cosa (3), estoy agotada por esta lucha en la que mi voluntad no puede nada en absoluto (4). Cómo podría casarme en estas condiciones (3). ¿Cree que es posible eliminar este complejo? (2).
- 2) T.- No es un complejo, es un síntoma (5).
- 3) C.- ¿Quiere decir entonces que tengo algo más profundo? (5).
- 4) T.- Así es e intentaremos descubrirlo (5).
- 5) C.- Oh, sí; preferiría estar ciega a sufrir esta obsesión (2).
- 6) T.- Usted tiene coche? (3).
- 7) C.- Sí (3). ¿Por qué (agresiva) (1), cobra más caro a la gente que tiene coche? (4) (sonrisa) (1). Perdone, es que siempre tengo la impresión de que todo el mundo está contra mí..., como si me señalaran con el dedo; pero yo no he hecho nada de malo (2). Sí; tengo coche (3).
- 8) T.- ¿Se le reproducen las mismas manías obsesivas con el coche? (3).
- 9) C.- Sí, pero no tanto (3)... Compruebo cada día; me resulta difícil no comprobarlo varias veces seguidas. Cuando aparco cierro las puertas como si las fuera a romper para controlar que las he cerrado bien... A veces vuelvo otra vez hacia el coche como temiendo haber olvidado algo, aunque sé que perfectamente que lo he cerrado todo (3).

El escalamiento puede seguir indistintamente las direcciones de ascenso o descenso. Todo depende de los niveles que quiera activar el terapeuta. En general se utilizará el nivel inmediatamente inferior o superior, pero nada impide que puedan darse saltos más bruscos, como hemos visto en el ejemplo anterior, aunque no puede garantizarse la comprensión del paciente en este supuesto. La utilidad del escalamiento en casos en que el cliente se repite improductivamente es muy elevada; aporta nuevas perspectivas y suele ser el origen de informaciones muy significativas, descuidadas o ignoradas por el propio sujeto. Veamos todavía otro caso -N.4 que se describirá más adelante- en el que los escalamientos del terapeuta surten, esta vez sí, efectos evolutivos:

#### Caso N.4

#### Fragmento segundo

- 23) T.- Su rabia es sorda y muda con todos (4),... pero hoy consigue hacérmela sentir también a mí,... siento que está enfadada conmigo (2).
- 24) C.- Me siento destruida (2)... (silencio) (1)... Ni siquiera puedo llorar; no puedo con mi madre, que se pone más nerviosa; no puedo con mi hija, porque es una niña pequeña y no viene al caso; no puedo con mi marido, porque se pone todavía más autoritario (3). No sé si puedo llorar aquí,

¿puedo llorar aquí? (2).

- 25) T.- Usted paga, puede hacer lo que quiera.(3)
- 26) C.- No! Yo no pago! Paga mi madre! (3)
- 27) T.- Entonces su madre es la dueña de nuestras sesiones. Es como si estuviera siempre aquí con nosotros. (5)
- 28) C.- Al principio cuando iba al otro terapeuta mi madre me daba unos apuntes sobre todo lo que tenía que decir o preguntar al terapeuta (3). (ríe amargamente) (1).
- 29) T.- Por desgracia su rabia se está volviendo en contra suyo, porque su silencio está dificultando nuestro trabajo... (4). Si por pura hipótesis su madre no le diera el dinero para la psicoterapia, ¿usted qué haría? (3).
- 30) C.- No vendría más... No tengo dinero yo ... (3).
- 31) T.- Por tanto, una vez más, usted no tiene voz, su rabia no tiene voz. Es como si no se sintiera con derecho a tener nada suyo, ni siquiera el espacio donde puede llorar y enfadarse (5).
- 32) C.- (silencio) (1)... Es verdad, cuando me estoy aquí callada, estoy sintiendo en el fondo rabia contra mi madre..., pero esto me espanta (2). Pero tal vez encontraría la manera de continuar la psicoterapia (3): primero de todo porque esta vez me parece que me sirve (4) y después, porque con los años he ido madurando y reconozco que la necesito (5).

La desequilibración que produce la terapeuta con su intervención (25) se inicia después de varios intentos de romper un discurso lleno de quejas y silencios, estancado en los niveles 1 y 2. La ocasión de oro se la ofrece la paciente cuando pregunta de forma desafiante si puede llorar en el consultorio. La terapeuta le cambia el plano de la pregunta diciendo que ella es la cliente y puede disponer del tiempo que paga para hacer lo que quiera. Esta alusión a su condición de cliente, pero expresada en el nivel concreto 3 ["usted paga"], no en el nivel abstracto 4 ["usted es la cliente"] -lo cual hubiera podido ser convencionalmente cierto, aunque no pagara- desencadena un cambio brusco de nivel que lleva la paciente a los hechos, arrancándola de las quejas. A partir de aquí se produce un flujo de información nueva muy interesante, que le permite al terapeuta plantear claramente el compromiso de la paciente con la terapia. Particularmente sugestivo resulta el último párrafo donde la paciente sigue un escalamiento in crescendo, marcado por ella misma, que le lleva del nivel 1 hasta el nivel 5 con el reconocimiento de la utilidad y la necesidad de la psicoterapia.

c) *divergencia*: En este último caso que acabamos de analizar sería posible encontrar un indicador de divergencia en el momento en que la terapeuta introduce una suposición no contemplada por la paciente [29]T.- "Si por pura hipótesis su madre no le diera el dinero para la psicoterapia, ¿usted qué haría?". La divergencia, en efecto, consiste en apuntar hipótesis alternativas, considerar perspectivas nuevas, redefinir situaciones, reformular los problemas. Algunas de estas técnicas divergentes se han utilizado abundantemente en las terapias sistémicas y son una de las bases de las modernas terapias narrativas. Sin embargo, al igual que en el escalamiento la divergencia puede ser producto de una reformulación en sentido descendente, no

necesariamente ascendente. Si nos remitimos al fragmento inicial del caso N.4 podemos señalar un pasaje muy significativo; es el siguiente:

Caso N.4

Fragmento primero

Contexto: Mujer de treinta años, hija de un médico y de una maestra retirada. La mayor de cuatro hermanos. Está separada y tiene una hija de dos años que vive con ella en casa de los padres. Padece un trastorno bipolar del que está siendo tratada y sigue contemporáneamente una psicoterapia. Realiza un trabajo a tiempo parcial en una editorial y últimamente había empezado a ir a pasar trabajos a máquina en el despacho de un abogado. En el contexto inmediato de la sesión que se transcribe la paciente ha llegado, contrariamente a lo que acostumbra, con veinte minutos de retraso.

- 1) T.- ¿Qué le ha pasado? (3) (refiriéndose al retraso).
- 2) C.- No he salido a tiempo de casa,... me he estado entreteniéndome en tonterías... (3) (silencio) (1)... Ya no voy a pasar trabajos a máquina a casa del abogado. (3)
- 3) T.- ¿Por qué? (3)
- 4) C.- Me había cansado de hacerlo de espaldas a mi marido... y además el resultado no era bueno (4). No había podido probar antes la máquina de escribir (3).
- 5) T.- ¿Se lo había dicho el abogado que el resultado no era bueno (3)?.
- 6) C.- No, él no ha dicho nada (3).
- 7) T.- Y, entonces, ¿cómo puede saberlo que el resultado no era bueno? (4)
- 8) C.- Porque según mi impresión no era perfecto (4). He dejado el trabajo de golpe y porrazo, sólo con una llamada a la secretaria (3); seguramente se habrán enfadado conmigo. Me siento mal (2).
- 9) T.- ¿Deprimida? (2).
- 10) C.- Estoy siempre en tensión y enfadada (2). Y además me siento mal porque el sábado me tocó hacer de guardarropa (3).
- 11) T.- ¿En el Congreso de la Editorial? (3)
- 12) C.- Sí (3).
- 13) T.- ¿Pero usted ya sabía que durante el congreso tendría esta función? (3)
- 14) C.- No, me habían pedido si podía asistir, porque otros no habían aceptado, debería haber estado en recepción para atender al público,... pero he terminado haciendo de guardarropa (3)
- 15) T.- Habrá sido algo humillante para usted (2).
- 16) C.- (silencio: sube las cejas en señal de asentimiento) (1)
- 17) T.- Y cuando se ha dado cuenta de la situación, ¿ha manifestado a alguien su desacuerdo? (3).
- 18) C.- Ya estaba allí, ¿qué otra cosa podía hacer? (2) (silencio) (1).
- 19) T.- Hoy la noto particularmente enfadada...(2)
- 20) C.- (silencio acompañado de una sonrisa tensa) (1).
- 21) T.- Su rabia es sorda y muda con todos (4)... pero hoy consigue muy bien hacérmela sentir..., siento que está enfadada conmigo (2)
- 22) C.- Estoy destruida (2)... (silencio)...

Este párrafo es el que precede inmediatamente al que hemos examinado en el apartado anterior dedicado al *escalamiento*. En él se produce un cambio brusco que introduce la terapeuta, pasando de utilizar el nivel 3, propuesto por la cliente al hablar de sus avatares desafortunados con la Editorial, que se da cuenta no llevan a ninguna parte, a hablar desde la perspectiva de sus propios sentimientos o sensaciones (nivel 2) que la están acuciando y haciendo sentir incómoda: [“siento que está enfadada conmigo”]. Este cambio de perspectiva, que en principio rompe la sintonía del diálogo, desequilibrándolo, lo hace mucho más vivo y prepara la secuencia sobre la autonomía de la cliente respecto a la madre, al pago de la terapia y al compromiso con ella. Pero no siempre, naturalmente, las cosas suceden con tanta fortuna.

### **DIMENSION CONSTRUCTIVA DE LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

Las estrategias de equilibración y desequilibración discursiva examinadas hasta ahora corresponden al nivel microproposicional; están orientadas a promover la evolución del diálogo, de modo que se asegure la cooperación del paciente, por un lado, y se favorezca, por otro, el despliegamiento de su discurso. Pero, más allá de la interacción comunicativa inmediata entre una intervención dialógica y su respuesta, y a medida que se desarrolla la entrevista evolutiva, van formándose unidades macroproposicionales, reveladoras de la estructura lógica del discurso.

La consideración de la estructura lógica de un discurso pone de manifiesto el entramado epistemológico con el que está construido. En él se pueden observar los diversos niveles evolutivos que lo componen. La hipótesis básica es que los esquemas epistemológicos para construir la realidad vienen determinados por los niveles de evolución que ha alcanzado el pensamiento. Este sigue unos estadios de desarrollo que van desde la experiencia inmediata, prácticamente indiferenciada, hasta la máxima complejidad epistemológica. Estos estadios, como ya se ha dicho, siguen un proceso de maduración desde la infancia a la adolescencia y la edad adulta, y afectan tanto a la construcción de los criterios de razonamiento (cognitivos) como de acción (morales), de acuerdo con las pautas de desarrollo descritas por la epistemología genético-constructivista de Jean Piaget. El análisis de tales criterios epistemológicos en el contexto de la psicoterapia constituye la dimensión constructiva de la entrevista evolutiva y tiene por objetivo promover el cambio psicológico, entendido como un desarrollo evolutivo hacia formas más complejas e integradas de construcción de la experiencia y resolución de problemas. En efecto, un problema psicológico se produce cuando entran en juego niveles de desarrollo epistemológico que no se consiguen integrar.

Puestas las cosas en estos términos resulta evidente que, más allá de las habilidades conversacionales del terapeuta para extraer toda la información relativa a la estructura del problema, la conducción de la entrevista evolutiva requiere activar estrategias para promover el cambio psicológico con la superación o integración de

los dilemas epistemológicos. Estos se producen porque los niveles cognitivos y morales en los que se plantea un problema se viven como antagónicos o incompatibles, desembocando, a veces, en auténticas aporías.

Para que resulte más claro cuál puede ser la naturaleza de los conflictos o dilemas psicológicos que traen los pacientes a psicoterapia puede ser útil la consideración conjunta de los estadios o niveles de desarrollo cognitivo y moral, de acuerdo con los criterios de clasificación del nivel de evolución epistemológica, que consideraremos a continuación

## **CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL NIVEL DE EVOLUCION EPISTEMOLOGICA COGNITIVA Y MORAL**

### **A) El desarrollo cognitivo**

El desarrollo epistemológico del niño y del adolescente sigue una serie de estadios evolutivos que han sido descritos por Piaget (1971/1937) y ampliamente recogidos por su escuela (Inhelder y Piaget, 1958; Selman, 1980) y por la psicología en general (Kegan, 1982). Estos estadios describen diversas epistemologías con las que el niño y más tarde el adolescente y el adulto construyen e interpretan el mundo. Por epistemología entendemos un sistema homogéneo de criterios de conocimiento y de razonamiento que emplea el sujeto humano según los diversos momentos evolutivos y que constituyen la matriz formal y material con la que genera los esquemas ideo-práxicos de interacción con el mundo. Así, si un niño se encuentra en la etapa mágica del pensamiento -por ejemplo entre los 4 y 6 años- es *lógico* que piense y actúe como si los Reyes Magos existieran de verdad: dictará su carta a los Reyes, la llevará al correo o al buzón de los pajes, preparará la víspera agua y comida para los camellos y recibirá al día siguiente los regalos como caídos del cielo o entrados por el balcón. Este pensamiento no es sólo estadísticamente normal, sino *lógico* de acuerdo con su epistemología, y por esa misma razón nadie lo considera *patológico*. Hacia finales del sexto año, o a los 7 a lo sumo 8 años, sin embargo, empezará a encontrar incongruencias en este modo de pensar: se preguntará, por ejemplo, cómo hacen los Reyes para repartir tantos regalos a tantas casas en una sola noche; cómo lo hacen para leer tantas cartas; de dónde sacan tantos regalos y tan variados, cómo los transportan; cómo consiguen entrar en tantas casas diferentes sin tener las llaves; cómo es que los niños ricos, por lo general, reciben más obsequios y más caros que los más pobres, etc. etc. etc. Todas estas preguntas abren una brecha profunda en su modo de pensar y generan una crisis epistemológica. La superación de esta crisis es la elaboración de una nueva epistemología, adaptada a las nuevas perspectivas que se han abierto con las preguntas críticas del final de etapa y permiten desarrollar nuevas hipótesis, de acuerdo con un pensamiento operacional: los Reyes Magos no pueden entrar en todas las casas, ni leer todas las cartas, ni saber lo que “yo pido”; tiene que ser alguien que esté dentro de casa, que pueda saberlo

y pueda hacerlo, es decir mis padres.

Este modelo de evolución cognitiva o epistemológica propuesto por Piaget se basa en la suposición de que nacemos con unos esquemas de percepción y acción/reacción muy elementales, que se van desarrollando gradualmente hasta llegar a su agotamiento o techo máximo y que son sustituidos por otros más eficaces después de ser destruidos, dando lugar a un nuevo estadio epistemológico más complejo. Esta es la secuencia evolutiva habitual. Pero este proceso se da en un contexto cultural que posibilita o potencia la sustitución de una epistemología por otra. Los distintos artefactos culturales, simbólicos o tecnológicos, son absolutamente necesarios para el desarrollo de nuevas complejidades epistemológicas. Piénsese, por ejemplo, en el espanto que experimentaban nuestros antepasados ante la visión de máquinas *infernales*, como la locomotora de tren, que chocaba con sus esquemas cognitivos.

Una ilustración más de este fenómeno de choque epistemológico lo constituye un curioso relato del siglo XVII. John Wilkins refiere cómo un esclavo indio, que desconocía totalmente la existencia de la escritura se vio obligado a interpretar mágicamente los poderes adivinatorios de un trozo de papel. La anécdota en síntesis es la siguiente: Un poderoso terrateniente envió a su esclavo indio con un cesto de higos y una carta para entregar a un amigo suyo que dominaba los territorios vecinos. Por el camino el indio se fue comiendo gran parte de la sabrosa carga, pero con la desagradable sorpresa que, al llegar a su destino, el destinatario de la carta, después de leerla, le dio una severa paliza, acusándolo de ladrón. El indio volvió cabizbajo y dolorido a su amo, maldiciendo aquel trozo de papel. El terrateniente, al saber por boca de su propio esclavo lo que había ocurrido, volvió a mandarle, al día siguiente, con otro cesto de higos, acompañado de otra carta de excusa para su amigo. El indio, esta vez, tomó sus precauciones. Hizo un alto en el camino para darse un buen hartazón de higos, pero no sin antes tapar la carta debajo de una gran piedra para que no le viera. Después del atracón recogió el cesto y la carta y continuó su camino hasta la casa del destinatario. Este leyó la nueva misiva de su amigo y se enfureció todavía más que el día anterior con el esclavo. Este, al verse descubierto, confesó su culpa, reconociendo los poderes divinos de aquel papel y prometiendo no volver a faltar nunca más a la fidelidad a su amo, sin llegar a comprender que en la carta se refería el número de higos de los que era portador.

El relato pone de manifiesto cómo la falta de artefactos culturales, adecuados para interpretar determinadas realidades, impide la comprensión de determinados fenómenos y exige para evolucionar la estimulación de nuevos criterios epistemológicos. Ya nos hemos referido antes, al considerar los diversos niveles de desarrollo expresivo, a la descripción de los sucesivos estadios de evolución epistemológica o cognitiva y no vamos a repetirnos otra vez. Puede consultarse, además, en este mismo número de la Revista, por ejemplo, el artículo de H. Rosen (1993), o la excelente exposición de Flavell (1982) donde se da una descripción más

## B) El desarrollo moral

Aunque Piaget no aludió a los estadios de desarrollo moral, otros autores neopiagetianos (Kohlberg, 1969; Kegan, 1982; Selman, 1980) han puesto de manifiesto la importancia de este tipo de desarrollo para entender de forma integrada la formación del pensamiento socio-cognitivo. Como quiera que ya hemos descrito antes las etapas de evolución cognitiva y su significado, nos vamos a limitar ahora a comentar brevemente cada uno de los niveles de evolución o desarrollo moral. Para homogeneizar al máximo la terminología imperante en este campo entre los diversos autores -cfr. Joyce-Moniz (1993) en este mismo número de la Revista- hemos tomado un criterio etimológico en torno a la palabra griega "nomos", que significa ley o norma para designar a cada uno de los diferentes estadios o niveles de desarrollo moral.

Así el estadio *pre-nómico*, equivalente en la práctica a la etapa oral descrita por Freud, se corresponde con el nivel evolutivo inicial, previo a cualquier conciencia de alteridad o norma, en el que el niño se manifiesta de forma absolutamente reactiva, sin consideración de los efectos que pueda acarrear a los demás, ni capacidad de empatía ajena, agitándose violentamente en brazos de la madre, por ejemplo, o llorando rabiosamente durante la noche sin dejar dormir, lo mismo que respondiendo con una amplia sonrisa a los estados de bienestar.

En el segundo nivel evolutivo hablamos de *a-nomia*, por cuanto el niño de entre 2 y 6 años ya es consciente de su influencia positiva o negativa sobre los demás y de la existencia de normas de conducta externas, pero no las toma en cuenta para regular su acción; su comportamiento y juicio moral no es ajeno, por tanto, como en la etapa anterior, a la entrada en contacto con las reglas sociales, sino que prescinde de ellas egoístamente.

Las crisis sucesivas a las que se ve sometido el sistema de regulación de la conducta social en el niño pre-nómico van provocando una interiorización progresiva de las normas morales, proceso que en el Psicoanálisis es conocido como formación del *superego*. De este modo se llega a la formación de la conciencia moral entendida como ley externa o *heteronomía*, que da paso a la tercera etapa, que se extiende de los 6 a los 12 años aproximadamente. Durante este período el niño va aceptando progresivamente la existencia de normas externas, que han sido dictadas por los garantes del orden social -padres, maestros, autoridades civiles y religiosas- e intenta ajustarse a ellas, lo que le confiere estabilidad y seguridad.

Con el inicio de la adolescencia se invierte la actitud sumisa de aceptación indiscriminada de las normas sociales, las cuales se cuestionan desde sus fundamentos. El resultado de este cuestionamiento es la aparición de un nuevo criterio moral, el *socio-nómico*, según el cual las normas sociales sólo tienen justificación en la medida en que contribuyen al bien colectivo, al que deben subordinarse los individuos. Este sería el cuarto nivel de evolución moral. Para alcanzarlo el sujeto tiene que realizar una importante operación de descentramiento: llegar a ver desde

detallada de los mismos. Sólo los vamos a reproducir esquemáticamente en la Figura II para mayor comodidad del lector, advirtiendo que hemos añadido, de acuerdo con otros autores neo-piagetianos, un quinto estadio evolutivo a los cuatro propuestos por Piaget, al que llamamos postformal y que hace referencia a las operaciones metacognitivas, de gran importancia en la producción del cambio terapéutico.

**CUADRO SINOPTICO DEL DESARROLLO DE LA COMPLEJIDAD  
EPISTEMOLOGICA COGNITIVA Y MORAL**

Estadios evolutivos	Desarrollo cognitivo	Desarrollo moral
Estadio 1	Sensorio-motor	Pre-nómico
Estadio 2	Pre-operacional	A-nómico
Estadio 3	Operatorio	Heteró-nomo
Estadio 4	Formal	Socio-nómico
Estadio 5	Postformal	Autó-nomo

**Figura II**

Estos estadios, que deben considerarse diacrónicamente como estadios sucesivos, pueden considerarse sincrónicamente como niveles epistemológicos alternativos, es decir como epistemologías coexistentes simultáneamente. Así, por ejemplo, a los adultos, a los que se nos supone una epistemología formal, nos gusta servirnos del mito o de la ficción; nos divierte excitarnos con movimientos bruscos a ritmo de sonidos elementales en la discoteca o desfogarnos estrepitosamente montados en las montañas rusas. Todas estas formas de encontrar placer o elaborar conocimiento pertenecen a niveles primarios del desarrollo y no por eso los juzgamos patológicos. Se puede decir que no confundimos la imaginación con la realidad, la diversión con el trabajo, la música discotequera con la clásica y que por tanto no estamos retrasados en nuestra evolución. El problema no está en la coexistencia de diversos planos de construcción de la realidad, sino en la dificultad para integrarlos o, incluso en la ausencia de algunos de ellos. Cuando se habla de aumento de complejidad cognitiva no nos referimos exclusivamente a la utilización de los niveles epistemológicos más desarrollados, sino a la posibilidad de hacer compatibles los distintos niveles entre sí. Esto vale igualmente para el desarrollo moral, como veremos en el apartado siguiente: difícilmente una persona podrá asumir una perspectiva de autonomía, sino no sabe combinar los propios intereses con los ajenos.

una perspectiva trascendente o formal la fundamentación del pensamiento y del comportamiento moral. A este fin ha tenido que superar la posición egocéntrica del niño pre/a-nómico que prescindía de cualquier imposición coercitiva a sus impulsos o la egoísta del niño heterónomo que buscaba sólo su seguridad o la evitación del castigo en sus formas físicas y sociales.

La posición sacionómica supedita el sujeto a la sociedad haciendo incomputables, con frecuencia, los intereses individuales con los colectivos. Este es el origen de muchos conflictos psicológicos, particularmente “neuróticos”, como ya advirtiera acertadamente Erich Fromm (1947). La superación de este tipo de conflictos o dilemas morales que se plantean con tanta frecuencia en psicoterapia, requiere el desarrollo del quinto nivel evolutivo, la *autonomía*. Los criterios que la configuran son capaces de hacer compatibles las necesidades individuales con las exigencias colectivas. Por ejemplo la persona puede estar de acuerdo en que las limitaciones al divorcio tienen una finalidad social de proteger a los hijos y a la institución familiar como núcleo básico de la sociedad; pero puede entender igualmente que esto no está reñido con la salvaguardia de la dignidad personal y la satisfacción de las aspiraciones legítimas a la realización social y profesional. La superación de los dilemas, caso de que se produzcan, exige la elección de nuevas alternativas prácticas que aseguren el cumplimiento de objetivos individuales y sociales que desde la perspectiva sacionómica se veían como incompatibles, pero que desde una perspectiva autonómica dejan de serlo. Continuando con la paciente del Caso N.2, ésta podría tomar una posición autónoma separándose de su marido y atendiendo personalmente a sus hijos, siempre que hubiera resuelto previamente los conflictos ideológicos [“en principio soy contraria”] (nivel moral 4, sacionómico) y egocéntricos (nivel 2)[“muerte emocional”] que se lo impiden. Para ello habría que explorar las implicaciones de ambos niveles, puestos de manifiesto a través de la *entrevista evolutiva*.

Esta puede utilizarse como un instrumento de evaluación de los distintos niveles en que se estructura un problema. La evaluación que interesa en terapia no es, en efecto, un diagnóstico patognómico de acuerdo con nosologías psiquiátricas, sino una descripción estructural de los componentes y las interrelaciones que configuran un dilema psicológico.

Para llevar a cabo este tipo de evaluación será conveniente calificar cada una de las síntesis discursivas a que se pueda llegar de acuerdo con los niveles socio-cognitivos descritos anteriormente. Con esta finalidad utilizaremos las iniciales C1, C2,... C5 para indicar el nivel de desarrollo cognitivo con que se construye un fenómeno cualquiera y M1, M2,... M5 para determinar el nivel de desarrollo moral con el que se enfrenta. La coincidencia de niveles evolutivos de construcción y expresión será indicativa, por lo general, de ausencia de conflicto, mientras que la disparidad o no coincidencia entre los distintos niveles puede serlo de su existencia. También puede serlo la utilización exclusiva de criterios de construcción muy

primarios Veamos algunos ejemplos de este procedimiento evaluativo antes de ir más adelante. Retomemos por un momento el caso N3 de la paciente obsesiva que quiere casarse, pero no puede a causa de su “complejo”.

C4/M1 "Me gustaría casarme, pero tengo miedo (2). No quiero casarme porque padezco un complejo obsesivo (4). Por la noche hago la ronda veinte veces a la casa para constatar si las puertas y ventanas están bien cerradas. No consigo evitarlo. Empiezo una y otra vez... y tengo que hacer un gran esfuerzo para ir a la cama. Tengo que ingeniarme los mil y un trucos para que mis padres no se den cuenta... hace ya dos años que dura la cosa (3), estoy agotada por esta lucha en la que mi voluntad no puede nada en absoluto (4). Cómo podría casarme en estas condiciones (4). ¿Cree que es posible eliminar este complejo? (2)".

A pesar de que la paciente utiliza masivamente -como todos los obsesivos- un pensamiento concreto en la exposición de su problema (E3), la evaluación cognitiva que hace de él es de nivel formal (C4) ["padezco un complejo obsesivo"]. La posición moral, sin embargo, con que se enfrenta al problema es totalmente anómica (M1): ["mi voluntad no puede nada en absoluto"]. Existe una referencia a una especie de criterio socionómico ["Cómo podría casarme en estas condiciones?"], pero no es el que rige la construcción del dilema, sino el miedo, la sensación de no poder decidir con su voluntad.

Una sensación de impotencia regula también la construcción de la situación propia de otro paciente:

C2/M3" Llevamos ya casi un año en terapia y no veo que haya habido muchos progresos (3). Cada vez veo más claro que lo mío no tiene remedio. En realidad una maldición me persigue (4). Soy hijo de madre soltera y de padre alcohólico; mi madre murió internada en un sanatorio psiquiátrico y con ello se cumplió el "mal de ojo" que le había echado mi abuela (3). Este pecado lo tiene que pagar el que lo comete y su descendencia (4). Por fortuna yo no tengo hijos y no creo que los vaya a tener nunca (3). La maldición se acabará conmigo (4). Además no voy bien de dinero y no me puedo permitir gastármelo en la terapia (3)".

Este es un tipo de discurso en el que prevalece el pensamiento mágico (nivel de evolución cognitiva C2). La atribución de los problemas del paciente, que por otra parte son definidos por él como somáticos -taquicardias, sudoraciones, contracciones musculares, etc.-, a fuerzas de magia o brujería, priva al sujeto de cualquier capacidad de análisis e intervención sobre su vida. Por eso el nivel de construcción moral de la experiencia es heterónimo (M3): ha habido un pecado y tiene que haber

una expiación en forma de castigo. El castigo son los padecimientos, éstos son somáticos y la [“psicoterapia es inútil”], porque, entre otras cosas, no puede conjurar [“un mal de ojo”].

Veamos otro caso en el que se plantea igualmente la desconfianza en la utilidad de la psicoterapia, pero desde una postura más cohesionada cognitivamente.

C2/M2 “No sé porqué tenemos que venir aquí toda la familia, si el enfermo es él y no nosotros. (4) ¿Usted cree que la psicoterapia le servirá de algo? (2) Yo no creo que se trate de un problema psicológico, sino físico (4). En la familia de ella (la madre) ya hay antecedentes de la misma enfermedad. Un tío de ella ya estuvo muchos años internado en un hospital psiquiátrico. Allí le daban electroshocs (3). “Nosotros no podemos hacernos cargo de él. Y, aunque debiéramos, no sabríamos cómo hacerlo (2). Así que lo hemos traído aquí para que lo cuiden o lo internen o le hagan lo que haga falta (3)”.

La síntesis discursiva de esta intervención del padre de un chico esquizofrénico en nombre y presencia de toda la familia ante los terapeutas que los han convocado puede ser clasificada como C2/ M2. En efecto, el padre utiliza una epistemología preoperacional para enfocar un fenómeno como el de la esquizofrenia del hijo y la invitación de los terapeutas a una terapia familiar. La posición del padre es que no hay nada que entender ni nada que pueda hacerse al respecto de esta enfermedad, puesto que ésta es hereditaria. Las informaciones que aporta sobre los antecedentes familiares no son más que argumentos a favor de la tesis básica por él sustentada y por tanto no cambian, sino que refuerzan, su posición epistemológica de partida. El nivel moral con que, a su vez, el padre enfoca el problema es el de la ausencia total de compromiso, es un planteamiento anómico según el cual los padres no se sienten aludidos por la enfermedad del hijo ni, aceptan colaborar con las autoridades sanitarias que se lo socilitan, aunque la razón que dan para su negativa remite al nivel epistemológico de donde partían, a saber, la inutilidad de cualquier esfuerzo de comprensión. Dado este planteamiento preoperacional y anómico del caso es evidente que no existe conflicto para los padres respecto a los parámetros socio-cognitivos con los que construyen el fenómeno de la esquizofrenia del hijo. El conflicto viene provocado por la solicitud de los terapeutas, los cuales introducen el nivel heterónimo con su invitación a la colaboración terapéutica. El padre intenta neutralizar el conflicto remitiendo mágicamente el problema a la autoridad científica de los terapeutas [“para que le hagan lo que haga falta”], pero negándoles autoridad moral para implicarlos en la terapia [“¿usted cree que la psicoterapia le servirá de algo?”]. Ante situaciones de este tipo los terapeutas podrían intentar modificar el esquema socio/cognitivo de la familia, movilizándolo los criterios epistemológicos donde se les ha reconocido una autoridad como expertos, mientras

que probablemente no tendrían ningún éxito intentando modificar el posicionamiento moral de los padres, dado que previamente les han dejado claro que no aceptan su autoridad moral. Pero antes de hablar de las estrategias para promover el cambio socio-cognitivo veamos todavía más ejemplos de clasificación de estos niveles.

C3/M4 Tengo puestas mis esperanzas (2) en este viaje a los EE.UU (3). Estoy segura (2) de que allí él cambiará (3). No tendrá las circunstancias que aquí hacen que esté siempre buscando fuera de casa lo que yo le ofrezco en casa (3). Si no le prometo "jaleo" se va automáticamente de juerga con los amigos toda la noche (3). Yo se lo tolero todo con tal que él no quiera separarse (4). Entiendo que el sexo es muy importante para los hombres (4). Para mí, como le he dicho ya no tiene ningún interés (2). Pero haría cualquier cosa para salvar nuestro matrimonio, sobre todo por los hijos (3); ellos necesitan un padre y una madre; un matrimonio unido (4).

El discurso de la paciente de este último caso pone de manifiesto un dilema constituido por la desigualdad entre los niveles de construcción de la experiencia matrimonial. Cognitivamente presenta una alternativa operatoria a la situación actual, que es de insatisfacción, basada en un cambio materializable en un traslado a los EE.UU. y lo argumenta igualmente con datos concretos y experiencias de viajes anteriores (C3). Moralmente, sin embargo, su discurso se mueve en el nivel socioeconómico con el reconocimiento explícito de la importancia del sexo para los hombres y de la unidad familiar para los hijos. Un discurso altruista de nivel M4, difícil de combatir. La paciente no puede cuestionarse su planteamiento moral ni negar la evidencia de la situación, razón por la cual busca -mágicamente- no la satisfacción de sus afectos, sino el mantenimiento de unas condiciones materiales a través de unos cambios concretos, en consonancia con sus planteamientos epistemológicos de nivel C3. De ahí que en el fondo no se plantee la paciente la necesidad de un cambio propio, sino que lo delegue en el marido ["Estoy segura de que allí él cambiará"]. Resulta evidente para el terapeuta que la paciente no busca un cambio psicológico, sino, a lo sumo, un apoyo o refuerzo de sus ideas: no está dispuesta, en efecto, a revisar sus criterios socioeconómicos ni espera del terapeuta ningún cuestionamiento epistemológico. En estos casos lo mejor que puede hacer el terapeuta es cuestionar el objetivo mismo de la demanda terapéutica, si es que existe, para reconducirla o desestimarla.

Veamos ahora un último caso en el que se da un acuerdo de planteamientos epistémico-éticos coincidentes y donde parecen superadas, tras un período de terapia, las aporías o dilemas que habían traído la paciente a psicoterapia:

C5/M5 Ahora me doy cuenta de que toda mi vida he estado intentando satisfacer a los demás, haciéndome responsable de cosas que no me correspondían a mí sino a mis padres, sustituyéndolos a ellos para posibilitar que ellos vivieran su vida y no se discutieran por mí y mis hermanos (4). Como usted dice he sido el buen "Cireneo" que cargaba a costas la cruz de los otros (5). Posiblemente es lo mejor que podía o sabía hacer en aquel momento (4); pero ahora que mis hermanos ya son mayores (3) no tengo por qué hacerme yo cargo de ellos, aunque tengan problemas (4). Voy a explicarle claramente a mi madre que yo debo hacer mi vida (4); que hay otras instituciones que pueden hacerse cargo del problema de drogas de mi hermano (3); que también él debe asumir su responsabilidad y no vivir siempre a costas de los demás con el cuento de que "está enfermo" (4); que estoy dispuesta a ayudar en situaciones concretas, donde yo vea que puedo ser realmente útil, como en buscarle la dirección de los profesionales del CAS (3) pero no a ser utilizada de bombero apagafuegos, ni muchos menos de Cireneo que debe apechugar con la cruz que les corresponde a los demás (5).

La síntesis discursiva de este fragmento puede ser evaluada como C5/M5. Corresponde como hemos dicho a una sesión de clausura de un período de terapia. La paciente ha alcanzado una formulación epistemológica sobre sus problemas que le permiten adoptar una perspectiva metacognitiva y, a su vez, ha conseguido trascender los planteamientos socionómicos para situarse en una posición de autonomía respecto a lo que debe o no debe, quiere o no quiere, puede y no puede hacer. Para llegar a reconstrucciones de este nivel, sin embargo, se precisan, por lo general muchas horas de trabajo durante las cuales se somete el sistema epistemológico del paciente a una cuidadosa de/re/construcción. Para ello pueden ser útiles algunas indicaciones sobre estrategias constructivas en la entrevista evolutiva, de acuerdo con las indicaciones del siguiente apartado.

### **ESTRATEGIAS CONSTRUCTIVAS EN LA ENTREVISTA EVOLUTIVA**

Antes dijimos que el paso de un nivel evolutivo a otro requería la destrucción de los esquemas anteriores, pero eso no significa que los adultos no seamos capaces de servirnos de ellos en la actualidad, puesto que en otro tiempo formaron parte de nuestra epistemología. En efecto, la ruptura con las etapas anteriores o inmediatamente precedentes a la que se está configurando, según el estadio de evolución o desarrollo en que se encuentra cada uno, se produce a través de un proceso de diferenciación e integración de las estructuras más elementales de conocimiento respecto a las más complejas, por lo que las primeras continúan existiendo de alguna manera, aunque subsumidas en las segundas, sin anularse o contradecirse (Flavell, 1982).

Además conviene señalar que la evolución epistemológica no se produce necesariamente de una manera homogénea ni automática, sino en aquellos ámbitos

en los que ha sido sometida a crisis sistemáticas. De este modo, una persona puede haber evolucionado satisfactoriamente en la comprensión de los fenómenos físicos, pero no por ello, al menos necesariamente, en el de la comprensión de las relaciones interpersonales. Algunos ámbitos de conocimiento y experiencia están expuestos sistemáticamente a la enseñanza en los planes de educación obligatoria, y, por tanto, a sucesivas crisis epistemológicas; otros en cambio, como la sexualidad o la afectividad, o la moralidad no lo están en absoluto. La posibilidad de elaborar esquemas más complejos de comportamiento en estas áreas, queda abandonada al azar o a la iniciativa individual. No es de extrañar pues que las personas se acerquen a la consulta con un bagaje epistemológico incompleto y heterogéneo, siendo la finalidad de la terapia, precisamente, la de ayudar a elaborar esquemas de comprensión y actuación más desarrollados.

Para conseguir este fin el terapeuta puede echar mano de una serie de estrategias de-re-constructivas, que tienen como objetivo, precisamente, poner en crisis las bases sobre las que se sustenta el aparato epistemológico del sujeto, reformular la significación de los dilemas ético-sociales en que se debate y finalmente explorar nuevas alternativas ideo-práxicas con que enfrentar los problemas existenciales, todo ello en un contexto de negociación (Gergen & Kaye, 1992) del significado de la experiencia y de las alternativas de praxis, que en términos constructivistas se conoce como co-construcción (Villegas, 1992b).

### **A) De-construcción**

Las estrategias de equilibración y desequilibración del discurso que hemos desarrollado en la primera parte de este artículo estaban orientadas a favorecer la construcción de la narrativa según la cual se confiere sentido a la experiencia del sujeto. La comprensión de la macroestructura narrativa que trae el paciente a terapia es imprescindible para la negociación terapéutica (Anderson & Goolishian, 1992), a través de la cual se desarrolla un proceso de co-construcción que tiene con frecuencia un efecto terapéutico por sí mismo. El discurso del paciente es muchas veces patológico, no por sus condiciones de textualidad, sino por su reiteración infructuosa, por su incapacidad de evolucionar hacia nuevos significados. Por este motivo viene el paciente a psicoterapia. Espera del terapeuta la colaboración necesaria para la construcción de un discurso vivificante. Esta construcción exige, sin embargo, con frecuencia la deconstrucción previa del discurso.

Una de las técnicas de-constructivas más frecuentes en las terapias cognitivas es la de cuestionar las ideas erróneas o distorsiones cognitivas sobre las que se sustenta la construcción de la patología por parte de los pacientes: por ejemplo, las creencias de carencia de valor por parte de los depresivos. Ante tales afirmaciones el terapeuta puede desestabilizar la autopercepción negativa del paciente con preguntas dirigidas a cuestionar su validez, discusión de creencias irracionales- (Ellis, 1974); o poner en tela de juicio los fallos lógicos en la construcción de tales

conclusiones, indicando, por ejemplo, errores o sesgos en el procesamiento de la información (abstracción selectiva, sobregeneralización) (Haaga & Beck, 1993). Pero, por lo general, estas intervenciones obedecen más bien a un planteamiento retórico, que constructivista, de la terapia (cfr. Villegas, 1990).

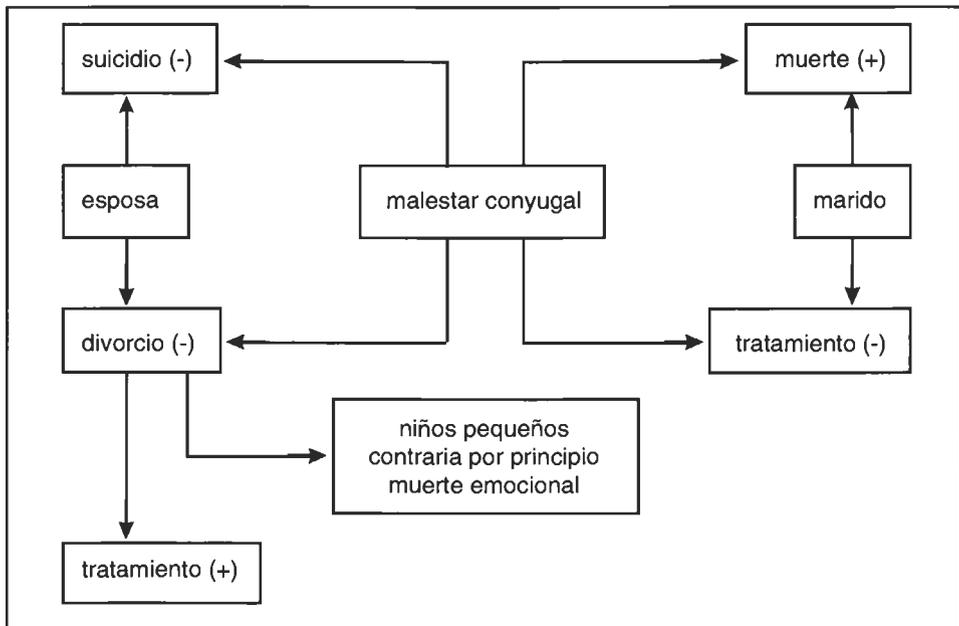
La perspectiva constructivista no pretende, en efecto, convencer a un depresivo de que no es cierto que “no vale nada” o a una anoréxica de que no “está gordísima”, sino cadavérica. Parte del supuesto de que estas percepciones, por muy *falsas* que sean, son construcciones subjetivas y que no hay evidencia objetiva que pueda con ellas: ni espejos, ni razonamientos, ni demostraciones empíricas, ni diálogos socráticos. La construcción “patológica” de la realidad -o de la experiencia- obedece a estructuras epistemológicas tan subjetivamente coherentes y estables, que no pueden ser puestas en cuestión de una forma superficial, atendiendo sólo a su enunciación. Se exige una revisión de los criterios epistemológicos sobre los que se sustenta para que se llegue producir un cambio. En este sentido, se puede afirmar que una crisis psicológica es, en realidad, una crisis evolutiva. Por ejemplo la inmovilidad de los planteamientos epistemológicos de la anorexia puede ser deconstruida desde una perspectiva evolutiva, poniendo de manifiesto la función del síntoma como garante del estancamiento en la adolescencia.

Este planeamiento no surge de una interpretación gratuita del terapeuta, sino de la de-construcción del mundo discursivo de la anoréxica, por ejemplo en palabras de Ellen West: [“Sentí que todo mi desarrollo interior se paraba, que se cegaba totalmente el manantial de vida y expansión, porque se había apoderado de mi alma una sola idea: algo indeciblemente ridículo”]. Ya hemos ilustrado esta condición específica de la anorexia en otros trabajos anteriores (Villegas, 1988, 1992a), y no vamos a repetirnos aquí ahora. Solamente queremos recordar que para las anoréxicas el rechazo a la comida es el rechazo a la materialidad del cuerpo y, en concreto a la femineidad que se deriva del desarrollo puberal en la mujer. Negándose a comer la anoréxica consigue suprimir los ciclos menstruales, reducir drásticamente el tamaño de los pechos, moldear una figura casi rectilínea, llegando a tener la ilusión de controlar un cuerpo que percibe, sin embargo, distorsionadamente, dado que esta percepción actúa de monitor estable de su comportamiento, y éste de refuerzo de su decisión. La anoréxica ha llegado a detener el curso evolutivo, ya no necesita crecer: ha alcanzado un nivel superior, un orden no humano, sino espiritual, y trata de mantenerlo a toda costa.

Las técnicas de-constructivas de inspiración constructivista no pretenden cambiar las creencias o percepciones erróneas o distorsionadas del paciente. Parten del supuesto de que éstas ejercen una función en el conjunto del sistema epistemológico del sujeto y de que, por tanto, tienden a perpetuarse -fenómeno que desde otras perspectivas se denomina resistencia- a pesar de su evidente incomodidad. Las técnicas de-constructivas están orientadas más bien a llevar a su saturación los límites y contradicciones del sistema, para ayudarlo a evolucionar. Para ello se hace

imprescindible como primer paso llegar a una *síntesis discursiva* lo más completa y coherente posible, para lo que pueden resultar útiles las técnicas de análisis textual que hemos desarrollado en trabajos anteriores (cfr. *passim*: Villegas, 1992a, 1993).

De acuerdo con las técnicas de análisis textual, el discurso terapéutico está compuesto por una serie de temas fuertemente articulados entre sí a través de lazos lógico-semánticos que constituyen su macroestructura. Anticipándonos, de alguna manera, en los apartados anteriores al análisis de la dimensión macroestructural, ya hemos apuntado algunos de estos campos temáticos a propósito de los casos examinados. Así, por ejemplo, en el caso N.2 resultan identificables temas como los siguientes: incompatibilidad entre el rol de madre/esposa y el desarrollo profesional; oposición del marido a la actividad laboral y social de la paciente; malestar conyugal y deseo de muerte del marido; conflicto ético-existencial respecto al divorcio; incapacidad de hacer cambiar al marido y aparición de ideas autodestructivas. La interacción y organización estructural de todos estos temas constituyen la matriz ideológica que genera el discurso de la paciente. Esta matriz puede ser representada gráficamente a través del análisis macroestructural y expresada mediante síntesis macroproposicionales, portadoras de toda la carga simbólica depositada de forma desorganizada en el texto de la entrevista. En efecto, si prescindimos de las intervenciones distractoras del terapeuta del caso N.2, evitadas, a veces, por la paciente con interrupciones y, otras, seguidas por ella con pérdida de la coherencia temática, podemos delinear la siguiente macroestructura discursiva:



que puede sintetizarse en la siguiente macroproposición: “*El divorcio, como solución al malestar conyugal, es una muerte emocional, que sólo puede evitarse con otra muerte, la de uno de los dos cónyuges por accidente o suicidio*”.

Debido a la confusión causada por la insolubilidad del dilema, la mujer se presenta a la consulta en un estado de postración emocional -dirigido a conmovir al terapeuta-, plantea situaciones reales de malestar conyugal -marido alcohólico, prohibición de desarrollar actividades profesionales, malos tratos-, considera alternativas inaceptables como el divorcio, la muerte del marido o el suicidio y termina con una demanda mágica de ayuda terapéutica, cuyo destinatario no se sabe muy claro si es la paciente, el marido o la pareja, basada en la fantasía de que todo puede arreglarse, recuperándose ella.

Esta es una situación frecuente en la clínica psicoterapéutica en la que el terapeuta se encuentra frente a una demanda imposible de satisfacer, dado que está formulada en términos paradójicos: “mi marido es el causante de todos los problemas por culpa de su alcoholismo, pero él no quiere reconocerlo ni someterse a tratamiento; por tanto o se muere él o me curo yo”. La idea mágica implícita en este planteamiento es la suposición de que curándose ella -no se sabe muy bien de qué- cambiarán las cosas. La deconstrucción de este tipo de discurso exige contemporáneamente a la formulación de la *síntesis discursiva* el *análisis de la demanda*. Este puede considerarse el segundo paso necesario, previo a la reconstrucción del problema. Muchas terapias en efecto no evolucionan porque no han llegado a negociar una demanda practicable. La paciente de nuestro caso ha hecho un balance donde todas las alternativas operativas que dependen de ella tienen un valencia negativa, incluido el suicidio, con la excepción de las que no dependen de ella: la muerte del marido o el propio tratamiento terapéutico. Como la primera de estas dos alternativas -la muerte del marido- no está en su mano promoverla, acude a terapia para implicar la figura cuidadora del terapeuta con el consabido despliegue de mensajes emocionales protolingüísticos, orientados pragmáticamente a conmovirle -cosa de la que el terapeuta de nuestro caso, por lo visto, no se da cuenta-.

La prosecución de la ayuda terapéutica requiere, por tanto, la reformulación de la demanda en términos operativos que vayan más allá del planteamiento mágico o pasivo con que suele formularse. Para ello puede resultar indicado dar paso al tercer procedimiento deconstructivo, procediendo a la *evaluación de los niveles evolutivos* de la estructura epistemológica del discurso. Por ejemplo, en el caso que nos ocupa -caso N.2- la experiencia emocional de la paciente se manifiesta en los niveles 1 y 2, con reacciones de mutismo y evitación y expresión de sentimientos profundamente depresivos y autodestructivos, que contrasta con los niveles socio-cognitivos de nivel 3 y 4 con que la paciente justifica la imposibilidad de considerar la alternativa del divorcio. Este nivel discursivo emocional es la expresión de un conflicto ideopráxico entre la situación conyugal, descrita como opresora e insatisfactoria, y los deberes morales que impiden el divorcio como solución operativa concreta.

Podríamos evaluarlo pues como un discurso tensionado donde los niveles expresivo (E1/2), cognitivo (C3) y moral (M4) no se hallan integrados. A pesar de ello el discurso mantiene su cohesión, manifestando su coherencia epistemológica no a nivel lógico sino a través de la sintomatología depresivo-ansiosa, que se erige como el objeto inmediato de la demanda. La superación de este planteamiento insoluble requiere, a todas luces, la re-construcción de las bases epistemológicas sobre las que se sustenta.

## **B) Re-construcción**

Una vez la síntesis discursiva ha puesto de manifiesto el planteamiento epistemológico sobre el que se sustenta, las bases para una re-construcción del sistema epistemológico ya están echadas. Este irá cambiando en la medida en que se agote el modelo conceptual que lo ha originado. Para ello hay que sacar a la luz todas las implicaciones que subyacen a su estructura manifiesta. La técnica a seguir es ciertamente la de una indagación, pero no basada en el método de la sospecha sistemática, al estilo de Freud o Sherlock Holmes (Ugazio, 1991), sino en el “desconocimiento” (Anderson, H. & Goolishian, H., 1992), en una curiosidad genuina por la construcción del conocimiento. A esta actitud “del no saber” o posición de desconocimiento la podemos denominar *heurística negativa*. Está orientada a la exploración de los significados y criterios últimos que sustentan una concepción epistemológica determinada. Por ejemplo, en el Caso N2, la alusión a “otra” muerte emocional anuncia implicaciones significativas que el terapeuta no explora. Como ya dijimos más arriba, al hablar de las estrategias de desequilibración, la exploración de los significados implicados en esta alusión habría abierto probablemente nuevas vías de acceso al núcleo epistemológico de la paciente.

Una posición de desconocimiento no significa una posición de incomprensión. En efecto, las preguntas reiterativas que hace el terapeuta de nuestro caso N2 [“Explíqueme alguna”, “no entiendo”, “me gustaría saber algo más, pero antes no he entendido...”] no son indicativas de una *heurística negativa*, sino más bien de una incomprensión; se emiten a continuación de auténticos fracasos comunicativos. La *heurística negativa* parte, por el contrario, de la comprensión, de aquellos niveles de exploración que permite la comprensión alcanzada en cada momento. Como dice Goolishian (1991): “El terapeuta hace preguntas, cuyas respuestas requieren nuevas preguntas”.

He aquí un fragmento de otra entrevista, el caso N5 en el que pueden observarse en acción algunas de estas estrategias.

Caso N.5

Contexto: Joven estudiante universitario con graves problemas de visión, que tienen repercusiones sobre sus relaciones sociales. El fragmento corres-

ponde a una sesión semanal de una terapia que lleva ya varios meses.

- 1) T.- ¿Cómo te sientes, hoy? (2)
- 2) C.- Me siento mal... (2) últimamente han pasado cosas que me han hecho reflexionar... Siento como si mi vida tuviese que hacer un cambio, pero no consigo centrarla bien, ni enderezar este cambio hacia lo que quiero... (5).
- 3) T.- Si entiendo bien te hallas en un momento de incertidumbre en tu vida (5), pero ¿cuáles son en este momento las sensaciones que experimentas? (2)
- 4) C.- Es extraño,... (2) ayer me pasó algo... vinieron unos viejos amigos a buscarme (3), pero su visita me inquietó (2) en el sentido de que son buenos chicos (4), pero es difícil tener una relación abierta con ellos, entre otras cosas, porque tienen conductas libertinas y esto no facilita la relación... (5) Ayer salí con ellos (3), pero luego no me encontré bien (2). Es extraño, me he sentido distinto de ellos, como si nouviésemos nada en común (4).
- 5) T.- Todo esto te ha hecho sentir extraño, distinto... (4)
- 6) C.- Es lo que dicen también ellos, que son inteligentes (4); sólo que me reprochan el no dejarme llevar por los instintos... (5).
- 7) T.- Y tú cómo te sientes en esta situación (2).
- 8) C.- Experimento una especie de rabia... (2).
- 9) T.- ¿Hacia quién va dirigida esta rabia? (3).
- 10) C.- Contra ellos (3), porque, me empujan a hacer cosas que no siento (4).
- 11) T.- ¿Te gusta que te vengan a buscar? (2).
- 12) C.- Por una lado sí, porque frecuentemente me siento muy solo, cerrado en casa, sin salir... (2), tengo este problema de vista que no me permite conducir de noche (3); por esto me gusta que vengan a buscarme (2).
- 13) T.- Pero, por otra parte, no tienes la fuerza de decir que no (4).
- 14) C.- Es extraño por una parte quería decir que no (4), pero por la otra quería salir, descargarme, porque estaba tenso, dejarme ir... (2).
- 15) T.- ¿Estabas tenso? (2).
- 16) C.- Estudiar me supone un esfuerzo considerable de concentración, y a veces me cuesta... (4).
- 17) T.- Has decidido estudiar, pero a veces te cuesta y te produce tensión (4).
- 18) C.- Sí, creo que es mi parte instintiva que lucha contra la razón. Siento que debo hacer lo correcto, pero es incontrolable (5). 19) T.- ¿Te has preguntado qué es lo que querías hacer realmente según tus instintos? (5).
- 20) C.- En parte lo que hacen hoy tantos jóvenes: salir, fumar, ir de prostitutas, cosas todas que he hecho en otras ocasiones (3),...pero en este contexto... (4).
- 21) T.- ¿Lo harías en otro contexto? (4).
- 22) C.- Con otros chicos con los que convivo más a menudo, sí, lo he hecho...(3).
- 23) T.- ¿Y cómo te has sentido? (2).
- 24) C.- Bastante bien, porque en este caso ellos lo hacían también por mí (4), porque sabían que yo tenía necesidad de desfogarme (5); pero en el caso de ayer no me sentía igual y no lo he hecho (3). Entre estos amigos de ayer está el que te dice "si no tienes ganas, no lo hagas; no importa" (4), pero otro ha dicho: "parece que no te gustan las mujeres" (4) y esto me ha ofendido (2).
- 25) T.- Y ¿qué sientes ahora? (2).
- 26) C.- Puedo decir que, por un lado, estoy bien con ellos (2), pero, por otro, me gustaría ser más independiente, es decir no tener que depender de ellos para

salir. Pero se me hace difícil tener que renunciar a ellos. No me han hecho ningún mal; sólo que su modo de pensar es un poco distinto del mío. Yo continúo estudiando mientras ellos trabajan (4). Me resulta difícil integrar los distintos niveles: lo que soy, lo que querría ser, lo que he sido y lo que quiero hacer (5).

27) T.- Parece que esta situación te lleva a cuestionarte a ti mismo sobre diversas tendencias que parecen opuestas (5).

28) C.- El problema es que debería ser más independiente de ellos, no dejarme influir por el discurso de la diversión por la diversión... Tal vez el problema está ligado a la cuestión sexual... (5) Lo divertido del caso es que terminé pagando yo por ellos... (3).

29) T.- ¿Pagaste tú por ellos (3); qué pretendías? (5).

30) C.- No lo sé, tal vez ser aceptado a cualquier precio, como uno más... (5). Tal vez porque en otra ocasión uno de ellos había pagado por mí (3) y tenía que devolver el favor (4).

La entrevista, naturalmente, no termina aquí. Sin embargo, el fragmento transcrito es suficiente para poner de manifiesto cómo las preguntas comprensivas del terapeuta van contribuyendo a explicitar la estructura del sistema epistemológico del cliente: ésta tiene, como suele ser habitual en los casos de terapia, una estructura opositiva: sentimiento de soledad y de extrañeza social/dependencia de los amigos e incapacidad de oponerse a ellos. En el transcurso de la entrevista, además, hay intervenciones del terapeuta que no sólo responden a una comprensión empática, sino que partiendo de una *heurística negativa* buscan la exploración de los significados y criterios últimos que sustentan la concepción epistemológica del paciente. [19)T.- “¿Te has preguntado qué es lo que querrías hacer realmente según tus instintos?” 27)T.- Parece que esta situación te lleva a cuestionarte a ti mismo sobre diversas tendencias que parecen opuestas. 29)T.- ¿Pagaste tú por ellos; qué pretendías?]. El propio proceso dialógico, finalmente, termina por llevar al paciente, desde una perspectiva evolutiva, a explicitar esta estructura opositiva, centrándose en la dificultad de integrar los distintos niveles entre lo que es, lo que ha sido y lo que quiere ser. Como núcleo esencial de este discurso aparece la necesidad de ser aceptado a cualquier precio. Pero esta necesidad empieza a entrar en conflicto con otras necesidades. Esto significa que el sistema epistemológico del paciente muestra sus propias fisuras, o dicho de otro modo, que está en proceso de de-re-construcción.

Para facilitar este proceso resulta útil, con frecuencia, recurrir a la *consideración de alternativas*. Estas pueden ser de tipo epistemológico o práctico. Muchas de ellas pueden estar orientadas a aflojar y/o reelaborar el sistema de construcción del paciente. Feixas y Villegas (1993), recogiendo las propuestas de Kelly (1969) han desarrollado ocho modalidades en la promoción del cambio del sistema de constructos, considerando formas alternativas de construcción. Entre ellas citaremos las siguientes:

1.- *Cambio de polo*: Esta es una estrategia bastante usada en las terapias cognitivas de corte racional, por la que se intenta centrar al paciente en la consideración del polo opuesto con el que construye una realidad. Por ejemplo, si alguien sólo usa términos negativos o sólo ve la mitad vacía de la botella, como se dice vulgarmente, se le puede orientar hacia la consideración de las alternativas contrarias. A la consideración de las injusticias de la vida se le puede oponer la de las bendiciones que nos depara.

2.- *Aplicación de otro constructo del repertorio del cliente*: Se trata de reformular o replantear la utilización que el cliente hace de sus constructos, de un modo más viable para la terapia. Una maestra, por ejemplo, puede aprender a ver a un alumno muy movido, como un alumno activo o dinámico, que necesita actividades y responsabilidades en lugar de pasividad y represión.

3.- *Articulación de constructos pre-verbales*: Para aquellas experiencias que no alcanzan a formularse de una forma clara por falta de palabras o por expresarse únicamente a través del proto-lenguaje, el terapeuta puede intentar suministrar sugerencias de su propio repertorio o del repertorio común, dejando que sea el paciente quien escoja la alternativa expresiva o constructiva que considere más adecuada. Otras veces puede orientarse la atención del paciente hacia sus sensaciones corporales relacionadas con la experiencia de los problemas, focalizándose en el flujo de sentimientos asociados a estas sensaciones (*focusing*). El trabajo con los sueños y la expresión artística son otros medios para facilitar la articulación de los constructos pre-verbales.

4.- *Comprobación de la consistencia interna del sistema*: A veces aparecen inconsistencias en el seno de un sistema de constructos, indicativas de una falta de equilibrio e integración de aspectos parciales del mismo. Por ejemplo una mujer exageradamente estricta en el trabajo puede ser muy poco exigente con sus hijos, procurándose problemas tanto en casa como en el trabajo. La integración de ambos aspectos, aflojando la construcción que tiene de sí misma en el ámbito profesional y haciendo más rígida la del ámbito familiar, facilita la integración y consistencia del sistema.

5.- *Comprobación de la validez predictiva de un constructo*: Una argucia para evitar el cambio y proteger un precario equilibrio dificultosamente alcanzado es el de evitar poner a prueba una construcción determinada de la experiencia. Un constructo que no ha sido nunca puesto a prueba es imbatible y como tal tiende a mantener invariable un sistema por muy patológico que sea. La posibilidad de comprobar su validez predictiva a través de la experimentación es una alternativa a considerar. Sin embargo, esto no es posible inicialmente en muchos casos, sino que requiere la utilización de simulaciones como dramatizaciones, fantasías guiadas, registro de observaciones, etc., que permitan una aproximación a la realidad simbólicamente mediada.

6.- *Variación del ámbito de conveniencia de un constructo*: Este procedimien-

to consiste en la aplicación de un constructo característico de un contexto de construcción a los acontecimientos de otro contexto: así por ejemplo, la metaforización de la experiencia tal como es descrita en la terapia narrativa por autores como Sluzki (1992) o Gonçalves (1992) constituiría básicamente una estrategia re-constructiva, basada en la variación del ámbito de conveniencia.

7.- *Alteración del significado de un constructo*: Supone cambiar las implicaciones de un constructo en relación al contexto de construcción. Una madre por ejemplo puede pensar que su deber es cuidar de los hijos y no permitirse a sí misma ninguna debilidad ni satisfacción personal, negando que de esta manera los hijos puedan hacerse cargo, ni que sea ocasionalmente, de ellos mismos o incluso de la madre cuando esté agotada o enferma, o necesite de un tiempo libre para sí misma, sin que por eso deje de ser una “buena madre”. Las distinciones semánticas pueden ser útiles para introducir matices significativos importantes. Por ejemplo, una paciente que se ha construido a sí misma como *luchadora* se sorprende del desánimo que ahora le abate. El terapeuta introduce una distinción entre “luchar” y “pelear”. Antes ella luchaba y no se cansaba, ahora lo que está haciendo es pelearse consigo misma y eso sí que agota, porque es imposible la victoria.

8.- *Creación de nuevos ejes de construcción*: La creación de nuevos ejes alrededor de los cuales articular la experiencia es probablemente la forma de cambio más significativo y profundo a que puede llegarse en un proceso terapéutico. Es una prueba de la evolución del sistema epistemológico hacia una mayor complejidad. Para algunos terapeutas como Dell (1982) ésta parece ser la única forma perdurable y exitosa de cambio. No obstante, y a pesar de sus teóricas excelencias, una transformación tan radical no siempre es posible ni deseable. En efecto, un cambio de este tipo supone una crisis notable del sistema que no puede provocarse sin un exquisito cuidado y suavidad en el proceso. Los nuevos ejes vienen a sustituir a los antiguos y ello equivale a una *revolución paradigmática*, más que a una *evolución del sistema*. Tales revoluciones no se dan sin una *tensión esencial*, que en términos psicológicos implica, con frecuencia, una crisis de ansiedad e incluso de identidad de difícil manejo. Con todo la resolución de las crisis psicológicas fuertes suele desembocar en una reestructuración del sistema y, consecuentemente en la creación de nuevos ejes de construcción. Tal vez la estrategia más adecuada para provocar esta revolución sea la que describimos a continuación con el nombre de confrontación.

### **c) Confrontación**

La finalidad última de la psicoterapia es contribuir a la explicitación de la estructura epistemológica del sistema de construcción de la experiencia del paciente, poniendo de manifiesto el desequilibrio de sus distintos niveles evolutivos, vivamente sentidos a través de la sintomatología o del malestar emocional. La acentuación de la conciencia de malestar a través del proceso terapéutico y el

aumento de conciencia respecto a los desequilibrios epistemológicos sitúan al paciente ante la alternativa de decidir las opciones de desarrollo o crecimiento que se le plantean. Estas mismas opciones estaban ya presentes antes del proceso terapéutico, pero el paciente escogió protegerse de cambios que podía vivir como amenazantes a su estructura, prefiriendo sabiamente el malestar a la desestructuración. La diferencia fundamental que plantea la situación terapéutica respecto a una situación de crisis es que la terapia permite recorrer la crisis en un contexto protegido por la aceptación y comprensión del terapeuta, analizarla en su estructura de una manera sistemática, entenderla como una oportunidad evolutiva y superarla en una *confrontación* dialógica. Objetivo de esta *confrontación* es ayudar a poner al paciente ante las opciones de cambio que la situación exige y que anteriormente eludió. El estudiante miope tiene que plantearse qué hacer con sus amistades libertinas y con sus instintos, la mujer del camionero alcohólico qué resoluciones tomar ante su situación de malestar conyugal, la colaboradora de la editorial cómo conseguir su independencia delante de la madre que le paga las sesiones de terapia. La resolución de estos conflictos supone siempre un desarrollo o aumento de la autonomía y pone en juego, por tanto, el ejercicio de la libertad. Esta no implica necesariamente la ejecución de acciones externas o cambios materiales. Consiste a veces en cambios de actitudes, reformulación de situaciones o aceptación de condiciones inalterables de la realidad.

En el fondo de cualquier dilema psicológico se halla la dialéctica “entre el destino y la voluntad”. Jaspers (1969) escribió unas páginas conmovedoras a este propósito en un libro que lleva este título *Entre el destino y la voluntad* y que constituye su autobiografía personal. Aquejado de una enfermedad congénita, que le impedía cualquier actividad física continuada, Jaspers tuvo incluso que dejar la psiquiatría como profesión y dedicarse a la filosofía como actividad más reposada. A pesar de todo ello, Jaspers llevó una vida sumamente activa y productiva y contra todo pronóstico médico vivió 86 años. El secreto de esta longevidad y productividad se hallaba para Jaspers en la aceptación de la fatalidad y el ejercicio de la libertad.

Con frecuencia los dilemas de nuestros pacientes manifiestan la incapacidad de combinar estas dos dimensiones de la vida humana, que parafraseando a Unamuno, podríamos denominar *trágicas*. Un texto, extraído del diario de Ellen West, la anoréxica a la que nos hemos referido ya en otras ocasiones (Villegas, 1988), lo expresa claramente:

“Algo en mí se rebela contra la idea de ponerme gorda, de ponerme sana, de criar unos mofletes rojos, de convertirme en una mujer sencilla y robusta como corresponde a mi verdadera naturaleza... En todos los puntos soy sensata y tengo claridad de ideas; sólo en este estoy loca; estoy arruinándome en mi lucha contra la naturaleza. La *fatalidad* me quiso obesa y fuerte, pero yo *quiero* ser estilizada y delicada”

Carl Rogers (1977) comentando este caso opina que Ellen West hubiera podido a través de la comprensión empática *“vivenciar al mismo tiempo deseo de ser hombre y mujer, al mismo tiempo deseo de ser una esposa gordinflona, robusta y sumisa y deseo de ser una reformadora social esbelta, brillante y combativa”*. Pero no era este el deseo de Ellen West, quien distinguía entre la voluntad (de engordar) y el deseo (de adelgazar). Ella describía este conflicto como [*“una lucha entre el deber y el deseo en el sentido kantiano”*]. La voluntad quería ponerse al servicio del deber y el deseo al de la ilusión. Eran pues intrínsecamente incompatibles y no podían experimentarse al mismo tiempo como pretendía Rogers. En realidad no era una lucha entre la voluntad y el deseo, sino entre la fatalidad y el deseo. Semejante aporía podía encontrar sólo una salida mágica: [*“Si existiese una sustancia que contuviese alimento en la máxima concentración y que me permitiese mantenerme delgada, entonces me alegraría muchísimo seguir viviendo...”*]. Para terminar pidiendo un milagro: [*“Créame Dios mío otra vez, pero créame mejorada”*]. Por desgracia para Ellen West, y para todas las anoréxicas, en general, no se podía ser gordinflona y delgada al mismo tiempo, había que elegir. Aunque esta elección posiblemente estaba mal planteada, puesto que no se trata de ser gorda o flaca, o de comer o ayunar, sino de aceptar la naturaleza, el destino que la quiso dotar, como a todos, de cuerpo y sexo. Uno puede elegir, en último término, cambiar morfológicamente de sexo, perfeccionar o mejorar el cuerpo, pero no puede cambiar de existencia, no puede anular las circunstancias del destino.

Pocos son los autores que han puesto el énfasis en esta dialéctica entre el destino y la libertad. Freud alude a ella indirectamente desde su visión estoica y pesimista al establecer como criterio de equilibrio psicológico la aceptación del principio de realidad, que por otra parte con sus constricciones sociales o culturales está en el origen de toda neurosis. Erikson (1959) aludió a ello al referirse a las tareas que impone cada etapa de la vida. Sin embargo, la confrontación con el destino -es decir con el estado de las cosas tal como vienen dadas- pone en juego las opciones de la libertad (May, 1988; Villegas, 1981) y predispone hacia una elección de mayor complejidad socio/cognitiva y, en consecuencia, hacia un avance evolutivo.

Una paciente de 35 años, que consulta a causa de sus sucesivas relaciones fracasadas con los hombres, queda embarazada, durante el transcurso de la terapia, de su último ex-compañero con el que se ha vuelto a ver ocasionalmente. Este hecho le pone ante la opción de aceptar el embarazo y, en consecuencia la maternidad, o bien interrumpirlo. Este embarazo constituye, por una parte, la realización fortuita de uno de los deseos que la traía a terapia: el deseo de tener un hijo, aunque fuera como madre soltera. Curiosamente este deseo está en vías de realizarse a través de medios que trascienden su voluntad; pero al mismo tiempo ve en ello la posibilidad de replantearse las relaciones con los hombres desde una nueva dimensión. Resulta que su ex-compañero está entusiasmado con la idea de tener un hijo de ella. Por su parte, la paciente acepta gustosa la oportunidad de engendrar un hijo, pero esto le

pone en evidencia su condición de mujer adulta, aspecto que siempre ha sido evitado a través de las diversas relaciones de no compromiso con los hombres. Esta evitación se manifiesta igualmente en su forma de percibir y conceptualizar el cuerpo, un cuerpo adolescente que cuida y goza para sí misma, pero que no toma en cuenta la capacidad de dar, aunque se muestra sumamente exigente a la hora de recibir. Su cuerpo ahora se está transformando, se está convirtiendo en el receptáculo de una nueva vida y la lleva a plantearse el desarrollo de una nueva dimensión evolutiva: la maternidad. Paradójicamente la fatalidad le ofrece la posibilidad de decidir lo que durante tanto tiempo ha estado deseando y evitando simultáneamente. Este se convierte en un momento de su vida y de su terapia en el que se hace inevitable la confrontación.

La *confrontación* se lleva a cabo entre el deseo y la voluntad, entre el destino y la libertad. Existen tres formas de enfrentarse al conflicto que se origina entre deseo y voluntad cuando no marchan de acuerdo: renunciar al deseo, ejecutar el deseo o reorientar el deseo, haciéndolo coincidir con la voluntad o buscando una tercera vía inexplorada hasta el momento. Cualquiera de estas formas pone en juego la libertad, pero no una libertad gratuita, sino autónoma, surgida de la evolución coherente de los niveles de desarrollo epistemológico y moral. La libertad, a su vez, se enfrenta con el destino, pero puede potenciarse ante él. Rollo May (1988) indica cinco caminos para relacionarse con el destino: la cooperación, la aceptación, el empeño, el desafío y la rebelión. Con la cooperación el destino aumenta la libertad; con la aceptación la libertad se adapta al destino; con el empeño se fortalece la voluntad; con el desafío el destino puede incluso variar; con la rebelión, finalmente, aumenta el sufrimiento. Toca a cada uno escoger su posicionamiento ante la vida, decidir sobre sus opciones de vida y modalidades de existencia, elegir entre el destino y la libertad.

Estas elecciones son con frecuencia el resultado de la superación de las crisis evolutivas de la propia existencia. La experiencia de las crisis es algo inherente a la existencia humana. La mayoría de las veces nos enfrentamos a ellas sin la ayuda sistemática de la psicoterapia. En otras ocasiones, en cambio, acudimos a ella como una forma de aproximarnos más a nosotros mismos. En este contexto la entrevista evolutiva puede contribuir en su forma de diálogo a facilitar al paciente el recorrido por los diversos niveles de organización del sistema epistemológico con que construye su experiencia, a aumentar el grado de conciencia de las discrepancias que lo atraviesan, a reorganizarlo en la dirección de una mayor complejidad y coherencia y ayudarle a asumir los riesgos del cambio.

## COMENTARIOS FINALES

Hemos intentado en este artículo delinear los criterios y procedimientos metodológicos para llevar a cabo una entrevista evolutiva. Somos conscientes, sin embargo, de que, a pesar de la extensión inusual del texto, muchos aspectos habrán

quedado todavía poco claros y que la aplicación de las indicaciones metodológicas requeriría mayor demostración práctica. Con todo, creemos haber planteado - al igual que otros autores, como Ivey (1986), Kuehlwein y Rosen (1993) o Rosen (1985)- la conveniencia y la posibilidad de extraer del filón teórico del constructivismo genético de J. Piaget implicaciones clínicas de gran utilidad para el desarrollo práctico de la entrevista terapéutica. Esta tiene unas características específicas que no posee ningún otro tipo de entrevista y por eso merece también una atención especial tanto en relación a la conceptualización de sus fines, como en relación a la elección de sus medios. Sobre ambos ejes se construye la entrevista evolutiva, orientada a promover la promoción de una mayor complejidad epistemológica a través de la exploración del desarrollo de los niveles expresivo, cognitivo y moral.

---

*En este artículo se considera la entrevista terapéutica como una clase particular de discurso que puede ser analizado a dos niveles: a) expresivo, relativo a la complejidad epistemológica de su enunciación y b) constructivo, relativo al grado de desarrollo socio-cognitivo que manifiesta. Esta doble perspectiva, basada en la descripción constructivo-genética de Jean Piaget y su escuela, ofrece una visión evolutiva de la entrevista terapéutica y da origen a un modelo de análisis aplicable a cualquier entrevista, independientemente del modelo de adscripción del terapeuta.*

## Referencias Bibliográficas

- ALEXANDER, C. N. & LANGER, E. J. (Ed.). (1990). *Higher stages of human development*. New York: Oxford University Press.
- ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K.J. Gergen (Ed.). *Therapy as social construction*. London: SAGE
- BECK, A.T. (1976). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- COMMONS, M. L., RICHARDS, F.A. & ARMON, C. (Eds.). (1984). *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development*. New York: Praeger.
- DELL, P.F. (1982). Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-42.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- ELLIS, A. (1974). *Technique of disputing irrational beliefs (DIBS)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- ERIKSON, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. Psychological Issues Monograph, Nº 1.
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia*. (2ª Ed.). Barcelona: PPU.
- FLAVELL, J.H. (1987). *La Psicología Evolutiva de Jean Piaget*. Barcelona: Paidós.
- FRANK, J. (1990). Psicoterapia, retórica y hermenéutica: implicaciones para la práctica y la investigación. *Revista de Psicoterapia*, 1, 26-38.
- FROMM, E. (1947). *Man for himself*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- GERGEN, K.J. (1982). *Toward Transformation in Social Psychology*. New York: Springer-Verlag.

- GERGEN, K.J. & KAYE, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*. London: SAGE
- GONÇALVES, O. (1992). Narrativas del Inconsciente. Las terapias cognitivas: regreso al futuro. *Revista de Psicoterapia*, 12, 29-48.
- GOOLISHIAN, H. (1991). Conversaciones terapéuticas. *Sistemas Familiares*, 7, 1.
- GRICE, H.P. (1975). Logic and conversation. In Cole & Morgan (Eds.), *Syntax and Semantics: Speech Acts*. New York: Academic Press.
- HAAGA, A.H. & BECK, A.T. (1993). Perspectiva constructivista del realismo depresivo: Implicaciones para la teoría y la terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- INHOLDER, B. & PIAGET, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence*. New York: Basic Books (1955).
- IVEY, A. (1986). *Developmental Therapy: Theory into practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- JASPERS, K. (1969). *Entre el destino y la voluntad*. Madrid: Guadarrama.
- JOYCE-MONIZ, L. (1993). Psicopatología evolutiva de las significaciones individuales. *Revista de Psicoterapia*, 14/15.
- KEGAN, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- KELLY, G. (1969). Personal construct theory and the psychotherapeutic interview. In B. Maher (ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. New York: Wiley.
- KOHLBERG, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. Goslin (ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- KUEHLWEIN, K.T. & ROSEN, H. (eds.) (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MATURANA, H.R. & VARELA, F.J. (1987). *The tree of knowledge. The biological roots of human understanding*. Boston: Shambala
- MAY, R. (1988). *Libertad y destino en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- PIAGET, J. (1971). *The construction of reality in the child*. New York: Ballantine. (Original, 1937).
- ROGERS, C. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston:
- ROGERS, C. (1977). *A pessoa como centro*. Sao Paulo: Editora Pedagógica e Universitaria.
- ROSEN, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.
- ROSEN, H. (1993). Un enfoque constructivista-evolutivo de la terapia cognitiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15.
- SELMAN, R.L. (1980). *The growth of personal understanding*. New York: Academic Press.
- SLUZKI, L. (1992). Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- UGAZIO, V. (1991). El modelo terapéutico sistémico: una perspectiva constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 17-40.
- VILLEGAS, M. (1981). *La psicoterapia existencial*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- VILLEGAS, M. (1988). Ellen West: Análisis de una existencia frustrada. *Revista de Psiquiatría y psicología Humanista*, 25, 71-94.
- VILLEGAS, M. (1990). El cambio cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 2/3, 51-80.
- VILLEGAS, M. (1992a). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66
- VILLEGAS, M. (1992b). Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12, 5-16
- VILLEGAS, M. (1993). Las disciplinas del discurso: semiótica, hermenéutica y análisis textual. *Anuario de Psicología*. (en curso de publicación).

