

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

Psicoterapia y Filosofía:
Diálogo Entre Praxis y Arte

ΨΨΨΨΨΨ€ 133 Ψ

Editorial

Psicoterapia y filosofía: Diálogo entre praxis y arte Juan García-Haro y Alberto Morales.....	1-4
--	-----

Artículos del Monográfico

Diálogo conciliatorio entre psicología y filosofía Manuel Villegas-Besora.....	5-16
Antropología cultural del auge de la psicoterapia: Entre el éxito y el <i>exitus</i> Marino Pérez-Álvarez.....	17-26
Psico-ontología. Reflexiones sobre el nexo entre filosofía y psicopatología Luis Sáez-Rueda.....	27-35
Trastornos de la personalidad. Una reflexión sobre las implicaciones morales en la terapia del carácter neurótico Rosario Ruiz-Castro	36-42
Análisis del concepto clásico del <i>Daímon</i> y su relación con los estados patológicos de la consciencia Juan Manuel de Faramiñán Fernández-Figares	43-48
El cine como estrategia terapéutica en niños y adolescentes Francisco Cruz-Quintana, María Nieves Pérez-Marfil, Elena Navarro, Cayetana Correa-Delgado y Víctor Cruz-García	49-58
Psicoterapia y saber humanístico: Tres historias clínicas Alberto Morales.....	59-65

Artículos Fuera del Monográfico: Temática Libre

¿Qué es ser experto en psicoterapia? Felipe Concha Aqueveque.....	66-77
Modelo de actualización y mantenimiento de la autoestima: Resultados preliminares Antonio Duro Martín	78-91
Psychological effects of a training in serenity and mindful awareness (Mindfulness-based Mental Balance Program) in inexperienced meditators Isaac Carmona-Rincón, Azucena García-Palacios & Santiago Segovia Vázquez	92-101
Masculinidades compasivas: La incorporación de la compasión y la autocompasión en la salud mental masculina Sebastián Urrea.....	102-112
Temporalidad psicológica en la formulación de caso en psicoterapia Álvaro Quiñones y Carla Ugarte	113-123
Efecto en la resiliencia y el crecimiento postraumático por la pandemia de Covid-19 en la población mexicana: Un análisis de trayectoria SEM Georgina Eugenia Bazán-Riverón, Lucía Pérez Sánchez, Aldo Bazán-Ramírez y José Fernando Mora-Romo	124-134
Psychosexual therapy in idiosyncratic situational delayed ejaculation: A case study Marina A. Cabello-García, F. Javier del Río, Antonio Daniel García-Rojas, Silvia V. Navarro Murcia & Francisco Cabello-Santamaría.....	135-140
Pilotaje de un protocolo de flexibilidad psicológica para progenitores de hijos con problemas de conducta David Lobato, María M. Montoya-Rodríguez, Sira Barroso-Díaz y Juan Miguel Fluja-Contreras.....	141-149
Terapia centrada en el sentido para pacientes con cáncer: Una serie de casos clínicos Jose Helio Marco, Pilar Llombart, Maria Di Girolano, Verónica Guillen y Sandra Perez.....	150-157

Psicoterapia y Filosofía: Diálogo Entre Praxis y Arte

Psychotherapy and Philosophy: Dialogue Between Praxis and Art

Juan García-Haro¹  y Alberto Morales²

¹Servicio de Salud del Principado de Asturias (España)

²Universidad de Granada (España)

Al profesor Juan José Acero Fernández (1948-2025), *in memoriam*. Reconocido representante de la corriente analítica en filosofía, supo aunar como pocos ambos saberes, el filosófico y el psicológico, y transmitirlo en su excelente docencia. Huella imborrable la suya como estudioso de los laberintos de la mente y como cálido ser humano.

Introducción

Desde la fundación de aquel ya legendario laboratorio de psicología bajo la incuestionable dirección de Wilhelm Wundt en la ciudad germana de Leipzig, allá por el año de 1879, se asume que dicha disciplina comenzó a “desprenderse” de su secular pasado de íntima unión a la filosofía, su saber materno, y que gracias a ese acertado gambito pudo erigirse como una ciencia experimental con bien trazados objetivos, del todo ajenos y diferenciados de aquellos otros propios del saber filosófico. Ha sido así, sin duda, y en la actualidad buena parte de la psicología camina de la mano junto a la neurociencia —quizás la Neurociencia Cognitiva sea su exponente más conspicuo— en su intento de abordar el estudio y comprensión del ser humano. Sin embargo, no son pocos los autores que se cuestionan hasta qué punto esta estrategia ha sido todo lo fructífera que se presenta en el mercado de valores, pues a decir de ellos ese objeto de estudio que le es inmanente, el ser humano, ha podido quedar desdibujado cuando no desvanecido en el éter: el análisis que define al método experimental supone que, en ocasiones, la disección llevada a cabo ha sido tan extrema que la semántica del proceso subyacente se ha esfumado como por arte de magia, pues sabido es que a medida que la resolución del microscopio aumenta, el significado desaparece. El conocido filósofo y ensayista José Antonio Marina acertadamente habla en una de sus obras de “marañas de neuronas en busca de un alma semántica” (Marina, 1996, p. 111), frase que, para complicar aún más la cuestión, incluye una palabra

tabú en el acervo de la actual psicología: “alma”. Un saber psicológico que, en determinados contextos, se ufana de su ignorancia en cuestiones de filosofía e, incluso a veces, del propio ser humano como tal, saber que parece además haber convertido el “método” no en un camino como sugiere su etimología, sino en una prisión.

Entre el Sentido y la Cura: Filosofía, Arte y Psicoterapia

La intersección entre filosofía, arte y psicoterapia constituye hoy un campo interdisciplinar en clara expansión en nuestro contexto, como lo atestiguan tanto la proliferación de publicaciones especializadas como la organización de jornadas y congresos dedicados a esta temática (Sáez-Rueda et al., 2011; Rodríguez-Suárez, 2018; Romero-Martín y Santamaría-Santiago, 2023).

Esta actualidad no debería sorprender: la filosofía se ocupa, entre otras cuestiones, de la subjetividad y del sentido, ámbitos que remiten de manera directa a las preguntas nucleares de la psicoterapia. El arte, por su parte, alcanza las fibras más profundas de la condición humana.

Las ciencias modernas (física, biología, psicología) no suprimen la necesidad de la filosofía; paradójicamente, la hacen posible. Desde el materialismo filosófico de Gustavo Bueno, la filosofía se concibe como un saber de segundo grado, de carácter crítico y dialéctico, que presupone la existencia de las ciencias y de otros saberes, y se ocupa de las relaciones, tensiones y problemas que emergen entre ellos y que no pueden resolverse mediante procedimientos empíricos internos a cada disciplina (Bueno, 1995). Mientras las ciencias, las técnicas y otros campos regionales operan con conceptos propios, la filosofía trabaja con ideas construidas a partir de la articulación crítica de múltiples conceptos (Alvargonzález, 2025).

Desde esta perspectiva, algunos de los problemas más persistentes que debe afrontar la psicología clínica (así como la psiquiatría,

véase [Fulford et al., 2013](#)) para su desarrollo teórico y práctico no son estrictamente empíricos, sino filosóficos en un sentido fuerte. Esta tesis se manifiesta con particular claridad en una serie de núcleos problemáticos recurrentes: el estatuto ontológico de lo mental y la delimitación del objeto propio de la psicología entre las ciencias naturales y las humanas; la relación mente-cuerpo; la problemática de la agencia entre determinismo y responsabilidad; la tensión metodológica entre explicación causal y comprensión del sentido; y, finalmente, la dimensión axiológica implicada tanto en la génesis de los problemas como en la normatividad implícita de la práctica terapéutica.

La psicoterapia, como disciplina de la psicología clínica, no puede desligarse de estos asuntos. Así, por ejemplo, los valores atraviesan al menos tres planos fundamentales de la práctica clínica: la constitución misma de los problemas psicológicos; la interacción terapéutica, regida por normas y atravesada por conflictos de valores y dilemas éticos; y los criterios desde los cuales se evalúa qué cuenta como mejoría, salud o éxito clínico. A ello se suma el papel de los valores elegidos por los propios consultantes/pacientes como ejes orientadores del proceso terapéutico.

Desde un punto de vista sistemático, pueden distinguirse al menos cuatro disciplinas filosóficas de especial relevancia para la psicología: la ontología, la epistemología, la antropología filosófica y la ética-axiología.

Si se pretendiera identificar a los filósofos que han influido en la configuración histórica de nuestra disciplina, habría que remontarse a la Antigüedad clásica —con el ideal del cuidado o la cura mediante la palabra en Sócrates, Epicteto y Séneca— y recorrer después la filosofía moderna y contemporánea: Descartes, Kant, Kierkegaard, Nietzsche, Husserl, Jaspers, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Ricoeur o Foucault, entre otros muchos.

Entre las corrientes filosóficas que marcaron de manera decisiva la psicopatología y la psicoterapia del siglo XX, destaca la tradición fenomenológico-existencial, una herencia viva que en las últimas décadas no ha cesado de renovarse y crecer (para una actualización del enfoque fenomenológico-existencial en psicopatología, véase [García-Haro et al., 2026](#)).

Finalmente, no son pocos los psicoterapeutas que han encontrado en determinados filósofos y obras filosóficas un marco conceptual desde el cual elaborar sus planteamientos clínicos. Es paradigmático el caso de Jung, cuya obra muestra una influencia explícita de Nietzsche, en particular de *Así habló Zaratustra*, texto al que dedicó un seminario entre 1934 y 1939 (para una revisión de la importancia del pensamiento de Nietzsche en la obra de Jung, véase [Morales, 2023](#)). De modo análogo, numerosos psicoterapeutas contemporáneos recurren a las obras de filósofos como Edith Stein, Simone Weil, Simone de Beauvoir, Hannah Arendt o María Zambrano para iluminar la experiencia subjetiva, el dolor humano y el sentido mismo de la ayuda psicológica.

Entre Praxis y Saber Humanístico

Nuestra experiencia personal como psicólogos y psicoterapeutas ha seguido un trazado ciertamente distinto. Uno de nosotros (A. M.) desarrolló su carrera docente e investigadora en el ámbito de la psicobiología, hecho que no impidió que, en su día, mantuviese una estrechísima colaboración con el Departamento de Filosofía I de la Universidad de Granada, lo que le brindó la oportunidad de

acceder a una detallada formación en la corriente analítica de la filosofía bajo la experta e impagable tutela del profesor Juan José Acero, además de impartir docencia en la asignatura de filosofía de la mente como profesor invitado.

Por su parte, el otro de los coordinadores del presente monográfico (J. G.-H.), formado en la Universidad de Granada y alumno, entonces, del primero de los coordinadores, ejerce como psicólogo clínico en los servicios públicos de salud mental del Principado de Asturias. Desde los inicios de su formación lo acompañó una intuición punzante: que la filosofía no constituye un mero aditamento erudito de la ciencia psicológica, sino un cauce necesario e ineludible para pensar la psicología y encarnar el quehacer psicoterapéutico. Dicha intuición alcanzó su maduración durante su rotación en la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada, bajo el magisterio del psiquiatra y profesor de la Facultad de Medicina José María López-Sánchez, *alma mater* de dicha Unidad, cuyas publicaciones y seminarios se adentraban, como pocos en aquel momento (principios de la década de 2000), en la dimensión existencial del padecimiento y en el sentido mismo de la ayuda clínica (véase, como ejemplo representativo, Mirando personas, [López-Sánchez, 2004](#)).

En su actividad como clínicos, el quehacer de ambos coordinadores sigue igualmente una línea no limitada al enfoque predominante en este otro campo de la psicología, el cognitivo-conductual. La intervención terapéutica no excluye, así, la posibilidad de que conocimientos provenientes del arte y la filosofía puedan ser, sean de hecho, de utilidad a la hora de confrontar el sufrimiento de esa persona que solicita ayuda psicológica. El título del presente monográfico intenta, por tanto, recoger esa idea y darle forma en los artículos que en él se incluyen, que abarcan aspectos tanto teóricos como prácticos relacionados con la psicoterapia. Título que, además, enfatiza la palabra “Diálogo” como recordatorio de que el trasfondo ha de ser siempre y en todos los casos dialéctico, y evitar de esa forma el monólogo en el que en ocasiones tiende a caer.

Objetivo del Monográfico

El objetivo de este monográfico es reivindicar la relevancia de la filosofía y del arte en el quehacer psicoterapéutico. No se trata de “convertir en filósofos” a los clínicos, sino de reconocer que toda práctica terapéutica incorpora inevitablemente, *velis nolis*, ciertos supuestos filosóficos. Ante ello, resulta más fecundo asumirlos de manera reflexiva y explícita que operar desde una filosofía espontánea, tácita e inadvertida, que actúa como un suelo invisible de creencias bajo cada intervención. En este sentido, resulta especialmente pertinente la observación de Karl Jaspers: “No hay manera de escapar a la filosofía. La cuestión es tan sólo si será consciente o no, si será buena o mala, confusa o clara. Quien rechaza la filosofía, profesa también una filosofía, pero sin ser consciente de ella” ([Jaspers, 1949/1991, p. 11](#)).

Del mismo modo, tampoco se pretende que los terapeutas dejen artistas (sin menoscabo del componente artesanal y creativo que atraviesa toda práctica clínica), sino que tomen conciencia del potencial terapéutico de los lenguajes artísticos: cine, literatura, teatro, pintura, música o danza, entre otros. No es casual que la metáfora, omnipresente en casi todas las psicoterapias contemporáneas, constituya una prueba elocuente de esta alianza silenciosa entre arte y cura. Como señalaba el filósofo y psicólogo francés Georges Politzer, “la verdadera psicología se ha refugiado en la literatura y el

drama; se ha visto obligada a vivir al margen de la psicología oficial, incluso fuera de ella, del mismo modo que la física experimental se vio obligada en un primer momento a vivir al margen de la física especulativa oficial” (Politzer, 1927/1969, p. 36).

Sobra decir que el propósito de este monográfico no es cuestionar la necesidad ni la utilidad de la ciencia y la tecnología en el ámbito clínico, sino subrayar que una praxis terapéutica fundada exclusivamente en datos y desprovista de saberes filosóficos y artísticos corre el riesgo de empobrecer el encuentro clínico y de reducirlo a un intercambio mecánico y conceptualmente limitado. Como advertía Ortega en su crítica a la razón cientificista, “el prodigio que la ciencia natural representa como conocimientos de cosas contrasta brutalmente con el fracaso de esa ciencia natural ante lo propiamente humano. Lo humano escapa a la razón físico-matemática como el agua por una canastilla” (Ortega y Gasset, 1935/2006, p. 57).

Estructura y Contenidos del Monográfico

El monográfico se estructura en tres secciones, en consonancia con el hilo temático que lo atraviesa. La primera, a modo de pórtico e integrada por dos artículos, examina la relación entre psicología y filosofía, así como la posición ambivalente que ocupa hoy la psicoterapia en la cultura contemporánea. La segunda sección, compuesta por tres trabajos, se adentra en la recuperación de cuestiones filosóficas —ontológicas y éticas— de las que la práctica psicoterapéutica no puede prescindir sin riesgo. Por último, una tercera parte, formada por dos estudios, desplaza el foco hacia la praxis, de modo que las ideas previamente expuestas en torno a la filosofía y el arte se encarnen en la experiencia clínica y no queden como meras formulaciones teóricas.

Sección Primera: Un Diálogo Imprescindible

El monográfico se abre con una escena de terapia familiar entre Filosofía (madre) y Psicología (hija). A través de un diálogo vivo, Manuel Villegas Besora transforma una antigua disputa académica en un relato íntimo sobre la emancipación de la psicología, su deriva reduccionista (cerebro, conducta, medición) y la pérdida de las dimensiones simbólicas asociadas a la noción de “alma”.

Lejos de quedarse en la crítica, el texto propone un reencuentro. Recorre oposiciones clásicas —idealismo y empirismo, mente y cerebro, explicación y comprensión— y sitúa en la ética el lugar de conciliación, donde se juegan cuestiones decisivas: la construcción de la conciencia moral, la emergencia de la alteridad y el sentido de la responsabilidad frente al determinismo científico.

En síntesis, el artículo tiende un puente entre ambas disciplinas: sin filosofía, la psicología puede reducirse a técnica; sin psicología, la filosofía corre el riesgo de quedar en ideas sin cuerpo. El diálogo es el método y la conciencia moral, el horizonte.

El segundo artículo, firmado por Marino Pérez-Álvarez, analiza el auge contemporáneo de la psicoterapia desde una perspectiva antropológico-cultural. Más que evaluar su eficacia, indaga en las condiciones históricas y mediáticas que explican por qué nuestra época recurre a la terapia como institución central de gestión del malestar. Mediante referentes culturales como *The Oprah Winfrey Show* y *Los Soprano*, el autor describe la expansión de un “estilo terapéutico” que transforma el sufrimiento en relato público y organiza la autocomprensión a partir de una gramática emocional

centrada en el trauma, acercando la psicoterapia a formas seculares de confesión y rito de paso.

El texto subraya la ambivalencia del fenómeno: junto a su potencial desestigmatizador, advierte el riesgo de trivializar la práctica clínica cuando se reduce a un dispositivo de validación y empatía orientado a confirmar identidades vulnerables más que a promover el cambio. Así, el “éxito” social de la psicoterapia puede contener su propio *exitus* si se consolida como producto cultural y dispensario de consuelo.

Sección Segunda: La Reflexión Filosófica

Esta sección se abre con un trabajo de Luis Sáez Rueda que propone la “psico-ontología” como el espacio común —necesario y no meramente aditivo— entre filosofía y psicopatología. Ambas disciplinas, sostiene, convergen en una misma cuestión: cómo se configura el *ser-en-el-mundo* cuando el existir se juega su sentido. El texto cuestiona el cientificismo y distingue entre la pregunta instrumental, orientada al control y la eficacia (patógena cuando coloniza la vida), y la pregunta ontológica, que no busca solución sino esclarecimiento del sentido y opera como condición prerreflexiva de lo humano.

Desde esta base, la filosofía aparece como práctica terapéutica y la clínica como exploración del modo en que el sujeto habita (o pierde) su mundo. La propuesta se articula en dos direcciones: una psicopatología ontológica, que interpreta el malestar como desarraigo, pérdida de evidencia del “soy” o empobrecimiento de la agencia; y una ontología psico-filosófica, que conduce a diagnósticos de época (nihilismo, olvido del ser, cosificación) y a la noción de patologías de civilización, transmitidas mediante un inconsciente ontológico. En conjunto, el texto invita a repensar la clínica y la filosofía como tareas convergentes de cuidado del sentido, evitando tanto su reducción al cálculo instrumental como su traducción inmediata en categorías patológicas.

El segundo artículo de esta sección aborda el lugar de la moral en la psicoterapia de los trastornos de la personalidad. Rosario Ruiz-Castro sostiene que estos trastornos no constituyen solo un problema clínico, sino una forma no adaptada de organización del carácter que compromete la integridad moral del sujeto. A partir de la concepción freudiana de la neurosis como “problema moral”, la autora reformula esta idea en términos de patrones cognitivos y emocionales persistentes que afectan la relación con la realidad y con los otros.

En diálogo con diversas tradiciones terapéuticas (psicoanálisis, terapia cognitiva, humanista y existencial) y con autores como Shapiro, Yalom y Horney, el texto identifica un punto ciego común: la disociación entre responsabilidad psicológica y responsabilidad moral, así como la presunción de neutralidad ética del terapeuta frente a conductas que implican daño.

Apoyándose en aportes de la ética (López-Aranguren, Haidt, Ross), se propone reintroducir el juicio moral como herramienta clínica no moralizante, orientada a la clarificación de valores y a la integración de la responsabilidad. De este modo, la psicoterapia se concibe no solo como reducción del malestar, sino como un proceso de reconstrucción del carácter que articula agencia, límites y coherencia valorativa.

El tercer y último trabajo de esta sección, firmado por Juan Manuel de Faramián Fernández-Figares, recupera la figura del *daimon* para pensar la relación entre impulso interior, consciencia

y patología. El *daímon* es presentado como una fuerza prerracional que orienta la vida desde dentro y empuja al sujeto hacia su vocación, mientras que la consciencia cumple la función de ordenar y contener ese impulso.

Desde una lectura inspirada en Jung, el autor sostiene que la vida psíquica se juega en la tensión entre ambos polos: ni pura razón ni pura entrega al inconsciente. Cuando este equilibrio se rompe, pueden surgir estados de inestabilidad que se expresan como trastornos de la personalidad.

El artículo propone así una comprensión no reductiva de lo patológico, interpretando algunos síntomas como conflictos con la propia transformación. En conjunto, invita a pensar la clínica desde una antropología simbólica que atienda no solo a la razón del sujeto, sino también a su *daímon*, esa fuerza interior que impulsa a cada vida a llegar a ser lo que es.

Sección Tercera: Praxis

Dos artículos configuran este apartado final del presente monográfico, los firmados por Francisco Cruz-Quintana y otros, y por Alberto Morales, respectivamente.

Francisco Cruz-Quintana, María Nieves Pérez-Marfil, Elena Navarro, Cayetana Correa-Delgado y Víctor Cruz-García abordan en su trabajo una cuestión de incuestionable relevancia en la praxis clínica: qué hacer en el periodo “intersesiones” de consulta. Las posibilidades disponibles son muy variadas, pero la que ellos proponen cuenta con un firme aval práctico, esto es, la visualización por parte del paciente/consultante de un determinado film que el terapeuta propone de acuerdo con unos fines bien conocidos, tendentes a facilitar el progreso de ese encuentro terapéutico. Los autores han centrado su atención en un margen de edad que comprende desde la infancia a la adolescencia, y proveen al lector de un nutrido grupo de posibilidades recogidas en detalle en las páginas de su artículo. Tras su paso por la Unidad de Docencia y Psicoterapia —adscrita al Servicio Andaluz de Salud—, los coordinadores conocen de primera mano la utilidad de esta estrategia, que suele ser muy bien recibida, además, por los profesionales de la salud mental durante su periodo de formación.

El trabajo firmado por Alberto Morales da cierre al presente monográfico. El autor justifica en un extenso apartado de carácter teórico la importancia que el arte y la filosofía pueden tener en el ámbito de la psicología clínica y su abordaje del sufrimiento humano. Desde una perspectiva existencial y junguiana, se presentan tres casos clínicos en los cuales estos otros saberes no solo han estado presentes, sino que en determinados momentos han guiado la estrategia terapéutica a seguir. Los escritos de Virginia Woolf, las tragedias de Eurípides, algunos ensayos del polémico Nietzsche e incluso la música de Gustav Mahler, entre otros, han dejado su impronta en el a veces maltrecho psiquismo de esa persona que solicita ayuda y consejo. Y una de ellas, además, diestra con los pinceles y la paleta de colores, proyecta en sus increíbles dibujos el trasfondo de esa su alma.

Concluimos esta presentación invitando al lector a adentrarse en las páginas que siguen. Por nuestra parte, alzamos nuestras copas

y brindamos haciendo resonar las palabras de nuestra compañera Rosario Ruiz Castro: “Abramos, pues, a la filosofía las puertas de la psicoterapia”.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestra más sincera gratitud a todas las autoras y autores que han participado en este monográfico: Manuel Villegas-Besora, Marino Pérez-Álvarez, Luis Sáez-Rueda, Rosario Ruiz-Castro, Juan Manuel de Faramiñán Fernández-Figares, Francisco Cruz-Quintana, María Nieves Pérez-Marfil, Elena Navarro, Cayetana Correa-Delgado y Víctor Cruz-García.

Es desde luego un honor contar con personas tan destacadas por su saber filosófico y clínico, capaces de aunar el arte, la reflexión y la psicoterapia en un mismo horizonte de sentido.

A Luis Ángel Saúl, director de la *Revista de Psicoterapia*, agradecemos la confianza depositada tanto en nosotros, como coordinadores, como en el proyecto de impulsar un monográfico dedicado a esta temática interdisciplinar.

Y, finalmente, de manera especial, a quienes caminan a nuestro lado: Karme y Henar, fuentes cotidianas de vida y de salud.

Referencias

- Alvargonzález, D. (2025). *La filosofía de Gustavo Bueno* (2ª ed.). Universidad de Oviedo.
- Bueno, G. (1995). *¿Qué es filosofía?* Pentalfa.
- Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R. G., Graham, G., Sadler, J. Z., Stanghellini, G., y Thornton, T. (Eds.). (2013). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford University Press.
- García-Haro, J., Morales, A., Ruiz Pérez, J., y Al-Halabi, S. (2026). Modelo fenomenológico y existencial. En E. Fonseca-Pedrero y S. Al-Halabi (Coords.), *Enfoques de psicopatología I: Análisis y comprensión del sufrimiento de la persona* (pp. 401–460). Pirámide.
- Jaspers, K. (1991). *La filosofía desde el punto de vista de la existencia*. Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1949).
- López-Sánchez, J. M. (2004). *Mirando personas*. Lichtung.
- Marina, J. A. (1996). *El laberinto sentimental*. Anagrama.
- Morales, A. (2023). *A lomos de nuestro propio tigre: En la senda de Nietzsche y Jung*. Manuscritos.
- Ortega y Gasset, J. (2006). *Historia como sistema*. En Obras completas (Vol. 6). Fundación Ortega y Gasset / Taurus. (Trabajo original publicado en 1935).
- Politzer, G. (1969). *Crítica de los fundamentos de la psicología*. Martínez Roca. (Trabajo original publicado en 1927).
- Rodríguez-Suárez, L. P. (Ed.). (2018). *Patologías de la existencia: Enfoques filosófico-antropológicos*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Romero-Martín, F., y Santamaría-Santiago, M. (Eds.). (2023). *Alrededor de la psique: Reflexiones filosóficas sobre psicopatología y su historia*. Universidad de Granada.
- Sáez-Rueda, L., Pérez-Espigares, P., y Hoyos-Sánchez, I. (Eds.). (2011). *Occidente enfermo: Filosofía y patologías de la civilización*. GRIN Verlag.

Diálogo Conciliatorio Entre Psicología y Filosofía

Manuel Villegas-Besora 

Universidad de Barcelona (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 18/09/2025

Aceptado: 22/10/2025

Palabras clave:

Filosofía

Psicología

Epistemología

Significado

Existencia

Ética

Moral

RESUMEN

En este encuentro imaginario entre madre (filosofía) e hija (psicología), mediado por un terapeuta familiar, se reproduce un diálogo orientado a aproximar ambas disciplinas con el fin de explorar las mutuas interdependencias, con demasiada frecuencia obviadas. Se pone de manifiesto, a través de él, la gran cantidad de temas de interés común, aunque el diálogo termina por decantarse específicamente hacia uno de ellos: el debate respecto a la fundamentación de la ética y la construcción de la conciencia moral.

Conciliatory Dialogue Between Psychology and Philosophy

ABSTRACT

This imaginary encounter between mother (philosophy) and daughter (psychology), mediated by a family therapist, reproduces a dialogue aimed at bringing the two disciplines closer together in order to explore their mutual interdependencies, too often overlooked. Through it, the large number of topics of common interest is revealed, although the dialogue ends up focusing specifically on one of them: the debate on the foundations of ethics and the construction of moral conscience.

Keywords:

Philosophy

Psychology

Epistemology

Meaning

Existence

Ethics

Morality

Ψ: Hola: Buenos días.

T: Buenos días.

Φ: Somos madre e hija.

T: Ya veo. Y ¿qué significan estas letras griegas que lleváis bordadas en la solapa?

Φ: Yo soy Filosofía y llevo bordada la letra Φ (fi).

Ψ: Y yo soy Psicología y llevo bordada la letra Ψ (psi).

T: Muy bien... Y ¿qué os trae por aquí?

Ψ: La necesidad de reconciliarnos.

T: ¿Reconciliaros?

Φ: Sí, nuestra separación fue muy dolorosa y ha tenido nefastas consecuencias, no solo para nosotras, sino para el resto de la humanidad.

T: Bueno, me consta que tú, Filosofía, tienes otras hijas que también nacieron de ti y se separaron en su edad adulta, como las ciencias físicas o la astronomía, y sin embargo parece que no fue ningún trauma para ti, y que su emancipación constituyó un bien para la humanidad.

Φ: Efectivamente, la *física*, por ejemplo, llamada hasta el siglo XIX “filosofía natural”, formaba parte de mi disciplina, pero se desgajó acertadamente de mí porque trataba de objetos sometidos a una metodología empírica o científica. Y yo me quedé con la *metafísica*. Igual pasó con la cosmología, que dio paso a la astronomía y a la astrofísica. Y así, con las otras ciencias, como la biología o su derivada, la medicina. Y esto ha redundado, sin duda, en bien de la humanidad.

Ψ: Por eso, yo también quise independizarme en el siglo XIX, al calor del positivismo rampante, cuyo lema, proclamado por Wilhelm Griesinger, rezaba: “Todas las enfermedades mentales, son enfermedades del cerebro”. Pero esta escisión ha traído consigo muchos conflictos con mi madre.

Φ: Sí, pero esta escisión supuso también la del ser humano como sujeto observador y objeto observado, a la vez, lo que llevó la nueva disciplina al reduccionismo de lo más complejo a lo más simple. La psicología perdió su propia esencia, al perder el alma que le daba nombre y sentido, simultáneamente.

T: Vaya, una psicología sin *psique*.

Φ: Eso es. Una psicología sin “alma”, en la que la acción intencional se acaba asimilando a la “conducta de un organismo”, moldeada por estímulos y refuerzos. El modelo de observación de la conducta en el laboratorio experimental priva a la conducta humana de su dimensión semántica o intencional, eliminando con ello todo intento de comprensión.

Ψ: Pero has de entender, madre, que este reduccionismo histórico de la psicología científica es la contraparte de vuestro idealismo filosófico, que supone un alma trascendental, de origen divino, como en el mito de Er en el Fedro de Platón, donde las almas se someten al destino dictado por las tres parcas antes de reencarnarse, o descienden directamente del cielo, hechas y derechas, aunque sin la experiencia de una vida previa. Esta visión determinista resulta muy poco operativa, por ejemplo, para el cambio terapéutico.

Φ: Sí, tienes razón; pero tampoco supera el determinismo vuestra visión evolucionista, neurofisiológica, psicoanalítica o conductista. Para unos la vida psíquica está impulsada por los instintos de la especie que por mucho que haya evolucionado, continúan marcando la dinámica motivacional del individuo y de la sociedad (sexualidad y agresividad, *eros* y *thanatos*). Para otros, todo el mundo mental se reduce a la actividad neurofisiológica

desde el nervio vago a las sinapsis neuronales. Por ejemplo, se pretende visualizar los procesos mentales directamente en el cerebro por resonancia magnética funcional (fMRI), basada en que la intensidad de la actividad nerviosa es proporcional al flujo de sangre en las áreas correspondientes. Y sobre el conductismo, ya me he pronunciado antes.

T: Bueno, parece que las dos apuntáis a uno de los temas cruciales que podéis resolver conjuntamente, el de las relaciones entre idealismo y empirismo, que no tienen por qué ser contradictorias, si las consideramos en una dialéctica tesis, antítesis, síntesis.

Φ: Eso sería estupendo. Diría que ya lo intentó Aristóteles con su propuesta racionalista. Por ejemplo, describió las funciones del alma, vegetativa, sensitiva y racional; un tres en uno que parece anticipar la visión del cerebro trino y uno de MacLean, paleo-, meso- y neo-cortical o, si se prefiere, cerebro reptiliano, cerebro límbico y neocórtex.

T: Aristóteles, siempre buscando el punto medio...

Ψ: Desde luego; que no se haya logrado la integración no será por falta de intentos a través de la historia de la psicología. Yo creo que es una tarea muy compleja, llena de prejuicios y que provoca muchas resistencias, debidas, en parte, a la ignorancia y desconexión mutuas.

T: Visto en este contexto terapéutico da la impresión, la vuestra, de una crisis evolutiva familiar, en que el adolescente se quiere emancipar de la tutela parental, renegando de todo lo que huele a antiguo y adhiriéndose con entusiasmo a todo lo que aparenta ser nuevo y rompedor, antes de evaluar críticamente su aportación sustancial al conocimiento teórico y práctico. Pero ahora que la psicología científica lleva ya casi un siglo y medio de existencia, desde la fundación del laboratorio de psicología experimental de la universidad de Leipzig por parte de Wundt en 1879, tal vez habría que reenfoque la relación entre madre e hija desde una perspectiva simétrica, de adulto a adulto.

Φ: Desde luego; y es un orgullo para mí ver crecida a mi hija y con una entidad propia, capaz de establecer un diálogo de tú a tú entre nosotras dos. Pero esto requiere ponernos de acuerdo en cuestiones epistemológicas y metodológicas muy complejas, que dudo podamos resolver por completo en una sola sesión.

T: No importa si se puede conseguir en una sola sesión, o no; lo que interesa es abrir un diálogo que pueda ir evolucionando, enriqueciendo y aproximando ambos campos de conocimiento.

Ψ: Visto así, parece una propuesta estimulante a la que desde luego, yo como “Psiquis” por su naturaleza curiosa, puesta ya de manifiesto en el mito originario que envuelve toda su relación con Eros, no puedo más que apuntarme decididamente.

Φ: Para empezar, deberíamos definir bien los términos. La palabra filosofía habla del amor (filo-) a la sabiduría (sofía), mientras que la palabra psicología habla del conocimiento (logía) de la psique (psico-). Amor y conocimiento deberían poder darse simultáneamente.

T: Bueno, si por conocimiento entendemos no tanto la acumulación de informaciones obtenidas a través de la investigación (conocimientos), cuanto la actividad interesada por comprender, en este caso el mundo de la psique, podríamos contemplar la posibilidad de integrar ambos conceptos. La psicología sería la actividad dirigida a comprender la psique humana, como la filosofía, liberada de la necesidad de saberes específicos, sería la actividad orientada a comprender el ser humano en cuanto tal.

Ψ: De acuerdo; si esto es así, hemos de definir, más allá de la mitología, el significado del concepto Psique. Lo cual equivale a resolver la paradoja de una disciplina cuyo objeto es el propio sujeto.

Φ: Aquí ya aparecen cuestiones epistemológicas y metodológicas, que en su momento originaron la distinción entre ciencias naturales, *Naturwissenschaften*, y culturales o del espíritu, *Geisteswissenschaften* o *Kulturwissenschaften* (Dilthey, Weber, Windelband o Rickert). Está claro que el ser humano es el único que reúne en sí mismo la condición de ser natural y cultural, a la vez. Y, en consecuencia, todas las disciplinas que se aproximan a la comprensión del ser humano sufren esta duplicidad de manera más o menos nuclear y, en particular, la psicología.

Ψ: Ciertamente, tal vez por ello tuvieron que diferenciarse en psicología, ya desde sus primeros intentos de constitución como ciencia, el estudio experimental de los procesos básicos, iniciado en el laboratorio de Wundt en Leipzig, como la sensación y la percepción, del planteamiento fenomenológico de Brentano con la mirada puesta en la intencionalidad de la conciencia.

T: Bueno eso demuestra la dificultad de abarcar el objeto de la psicología con una única metodología. Por ejemplo, Wundt, paralelamente a su método introspectivo para aproximarse al fenómeno de la conciencia, se interesó por la “Psicología de los pueblos” desde una perspectiva cultural o antropológica. Para él la metodología experimental servía para el estudio de los procesos individuales más elementales, mientras que para los procesos superiores se requería otra metodología. Parece que esta dualidad no ha sido todavía resuelta.

Φ: Y tal vez no se resuelva nunca mientras predomine la perspectiva reduccionista en las ciencias humanas. Está claro que la ciencia experimental no existiría sin el hombre y, sin embargo, los objetos físicos estarían ahí inertes y absurdos, como lo estaban antes de la aparición de la conciencia del homo *sapiens*. Pero eso no era posible sin la aparición, al mismo tiempo, de la conciencia reflexiva de sí misma (*sapiens, sapiens*). ¿Cómo sé que sé?: “pienso, luego existo”, el famoso “*cogito*” de Descartes o “solo sé que no se nada”, la ignorancia que se sabe tal, en Sócrates.

Ψ: Es cierto que la conciencia reflexiva emerge de la conciencia fisiológica que compartimos con los otros animales, principalmente mamíferos y, de entre ellos, los primates. En la complejidad evolutiva de su cerebro se puede observar ya las respuestas emocionales básicas como las del miedo, la sorpresa, la rabia, la alegría y la tristeza. Al igual que interacciones comunicativas entre ellos para coordinar o llevar a cabo acciones orientadas a su supervivencia, como la caza, la huida, las migraciones, el apareamiento, el cuidado, etc.

T: Muy bien, pues ahí encontramos un eslabón fundamental para continuar la cadena evolutiva de lo biológico a lo simbólico. Una emoción, como la rabia, que compartimos con los otros animales ante una frustración o un ataque, puede derivar en odio que ya es un sentimiento que requiere una representación simbólica, cargada de connotaciones axiológicas o evaluativas. Una gacela no necesita connotar al león como malo o perverso y odiarle por ello eternamente o llevarle a juicio por acoso; simplemente huye de su presencia porque el león es un animal carnívoro y ella, su presa por proximidad en el espacio y el tiempo. Una mujer maltratada, sin embargo, necesita connotar su relación como de dependencia-maltrato para poder alejarse de un hombre de quien se siente enamorada y por quien continuará tal vez sintiéndose atraída, aun después de haberse separado, y que por eso no puede verlo como

malo, ni en consecuencia denunciarlo. Tal vez, incluso tienda a justificarlo o a excusarlo sobre la base de un trauma infantil o a una supuesta enfermedad.

Φ: Así, pues, la clave para poder establecer una relación de continuidad entre filosofía y psicología está en el pasaje emergente de lo natural a lo simbólico. Por ejemplo, si tomamos la vivencia del *tiempo*, tema filosófico por excelencia de acuerdo con Heidegger (*Sein und Zeit*), podemos considerarlo en su dimensión vital o biológica desde el punto de vista animal, lo que incluiría los ritmos circadianos y estacionales, los ciclos vitales, las alternancias entre periodos de actividad y reposo, entre otras experiencias. No entrarían, sin embargo, en la conciencia animal, las proyecciones de futuro, los recuerdos del pasado, la procrastinación de las tareas engorrosas, el aburrimiento en los momentos de espera; ni mucho menos las preguntas sobre el sentido de la vida, el sentimiento de culpa por no aprovechar o perder el tiempo, la conciencia de su curso evolutivo, el horizonte de la muerte como límite de la existencia. Y para recurrir a un latín: “*et sic de caeteris*”.

Ψ: Entonces, ¿el hecho de que en el ser humano se den simultáneamente las experiencias naturales y las simbólicas permite conciliar la perspectiva naturalista y la filosófica, como cuando se proclama un paradigma bio-psico-social para orientar las intervenciones prácticas de la disciplina psicológica? O bien ¿se trata de un batiburrillo conceptual para contentar a todas las partes?

T: Me temo que se trata más bien de lo segundo, puesto que cada uno de esos componentes conceptuales mantiene sus diferencias metodológicas y epistemológicas. Pongamos el caso de la depresión. Un enfoque “bio” atribuirá su causa a un desarreglo serotoninérgico y, en consecuencia, tal como propone la psiquiatría biológica, lo abordará farmacológicamente. Un planteamiento “psico” lo atribuirá a un conflicto existencial, que se convertirá en el objeto de su análisis y afrontamiento. Una perspectiva “socio” identificará contextos familiares o sociales de exclusión sistémica, económica, cultural o del tipo que sea, que requerirá una intervención reparadora o restauradora.

Φ: Claro. No se puede caer en el error de que todo es lo mismo. Estos niveles responden a paradigmas parciales distintos y, en consecuencia, proponen remedios distintos. Idealmente el ser humano es una unidad psicofísica, pero en la práctica lo seguimos troceando con nuestras intervenciones. Es responsabilidad del científico hacer la integración o no hacerla. Tal vez de lo que se trata es que las ciencias más básicas no impongan una dictadura reduccionista a las simbólicas. Un cirujano igual puede intervenir a un cerdo que a un humano e incluso intercambiar alguno de sus órganos, como en un trasplante de riñón para el humano. Para ello no necesita filosofar; todo se reduce a una cuestión técnica de compatibilidad entre los órganos.

T: Sin embargo, si debería hacerlo si se tratara de lo contrario, trasplantar un riñón humano a un cerdo, porque esta propuesta ya tiene una dimensión ética. La evidencia de que en el ser humano coexisten de forma integrada los niveles de conciencia natural y simbólica, no debe llevarnos a la conclusión de que no existe solución de continuidad entre ellos, puesto que el pasaje de unos a otros no se hace secuencialmente, sino a través de crisis epistemológicas que suponen un salto cualitativo, resultado del proceso dialéctico que se establece entre ellos y que puede desembocar en una síntesis nueva. El hecho de que sea la tierra la que da vueltas alrededor del sol,

no nos impide preguntarnos a qué hora saldrá el sol mañana. Dos conocimientos distintos, el empírico y el científico, pueden coexistir en la misma conciencia, precisamente porque es consciente de su pertenencia a niveles distintos de aproximación a un fenómeno, el sensorial y el abstracto.

Φ: Interesante esta observación de que pueden subsistir simultáneamente dos niveles o más de construcción de la experiencia, uno sensorial y el otro simbólico; el sensorial de naturaleza física o fisiológica; el simbólico de naturaleza discursiva. Me acaba de cruzar por la mente aquel verso de Horacio que rezaba así: *Exegi monumentum aere perennius* (“He erigido un monumento más duradero que el bronce”) en referencia a sus poemas (de naturaleza simbólica), cuya permanencia en el tiempo supera la de los monumentos de bronce (de naturaleza física).

Ψ: Es que las palabras no tienen sustancia física. Es cierto que son pronunciadas sensorialmente, a través de sonidos físicos, que se lleva el viento, o escritas con caracteres gráficos, que subsisten (“*verba volant, scripta manent*”), o incluso grabar su sonido y las imágenes que la acompañan, pero no tienen ningún significado por sí mismas sin una mente que las lea, escuche o interprete, como pasa con algunos lenguajes jeroglíficos, todavía sin descifrar.

T: Pero es que tampoco las estatuas de bronce son *estatuas* de bronce, sin una mente consciente que las construya como tales. En sí mismas son pedazos de aleaciones metálicas, carentes de significado. Ciertamente todas las producciones humanas son perezosas, pero es que también el ser humano lo es. Mas, si alguna cosa subsiste de él, son sus producciones técnicas o artísticas, que requieren una conciencia activa que las interprete.

Φ: Bueno, todo depende de cómo entendamos la palabra sustancia. Para Tomás de Aquino sustancia es todo aquello que tiene un sustento propio, lo que le lleva a afirmar la sustancia del “alma, a la que llamamos mente o intelecto, es algo incorpóreo y subsistente”.

Ψ: Yo creo que ahí la filosofía clásica entiende el alma, la mente o el intelecto como órganos incorpóreos pero funcionales y estables, como cuando se dice que el hombre es animal “racional”, o que Dios dotó al hombre de razón, en lugar de hablar de procesos dinámicos que generan conocimientos y creencias, que estas sí pueden adquirir una estructura estable capaz de influir sobre el propio proceso de razonar, distorsionando por ejemplo el pensamiento.

T: Parece que el núcleo del problema reside en confundir la función con el instrumento, órgano o aparato. Por ejemplo, la inteligencia artificial (IA) no existe como tal. Se trata de dispositivos informáticos programados para manejar algorítmicamente una ingente cantidad de información de la que puede extraer conclusiones (contenido), coherentes con los datos acumulados en su “memoria”, que sería el continente. La IA sería propiamente el proceso o actividad de estructurar todos estos datos de manera coherente y deductiva, pero carece de una característica esencial, la conciencia del propio proceso y del resultado, es decir de conciencia reflexiva. Si fuera un antropoide, no lo podríamos incluir en la categoría del *sapiens sapiens*. Se trata, como bien dice su nombre, de un artificio programado por una conciencia humana, pero carente de interés (*inter-esse*) por el mundo y, en consecuencia, de intencionalidad, la cual remite a una dimensión propositiva exclusiva de la especie humana, en cuanto anticipatoria de eventos o escenarios futuros. Algunos autores como Seligman sugieren, incluso, cambiar el apelativo *homo sapiens*, por el de

homo prospectus, que por cierto, manteniendo la concordancia latina, debería llamarse “*prospiciens*” (participio presente activo y no pasado o pasivo), en referencia a esta capacidad prospectiva, y en consecuencia propositiva, del ser humano.

Ψ: A propósito de la IA, si tomamos como referente la metáfora del ordenador, podríamos distinguir entre el procesador, el procesamiento y lo procesado. Así como el procesador se sustenta en una estructura física compuesta de ingenios electrónicos, el *hardware*, que permiten el procesamiento mediante programas de tratamiento de datos, el *software* procesa la información del tipo que sea, que resulta en lo procesado, (constructos, George Kelly; creencias, Aaron Beck). La pregunta que nos podemos hacer los psicólogos es ¿hacia dónde hemos de dirigir nuestra atención, hacia el procesador, el procesamiento o lo procesado? O ¿tal vez a todo en conjunto?

Φ: Bueno, yo entiendo que los tres aspectos son o deberían ser objetos de la psicología. Lo que pasa es que *tal vez no puedan ser abordados con una metodología única*, al igual que la informática es posible solo por la combinación y cooperación de una variedad de disciplinas, desde la física, a la ingeniería electrónica, las matemáticas, la lingüística, la lógica y un largo etcétera. Y eso, seguramente, es lo que ha ido sucediendo durante todo este tiempo en la psicología tanto académica, como aplicada. El problema no es la multidisciplinariedad, sino el reduccionismo. Todo depende de dónde centremos nuestra atención, por qué y con qué fin.

T: Entonces, por lo que decís, se trata más bien de definir claramente el campo de aplicación donde queremos investigar o intervenir. La sintomatología psicósomática, por ejemplo, una dermatitis, pone en cuestión la perspectiva con la que queremos abordar el caso, de la que dependerá el tratamiento escogido, que obedece a dos metodologías distintas, pero no incompatibles, la médica y la psicológica. Un caso muy distinto sería el de la hipocondría en la que, por definición, no existe la afectación fisiológica, por lo que un tratamiento médico resultaría reforzador de la propia sintomatología. Finalmente, la cosa se complica en el ámbito de la “salud mental” en el que el propio concepto de *salud, patología, trastorno, psiquiatría, diagnóstico, sintomatología*, remiten espontáneamente al modelo médico y al abordaje farmacológico, en detrimento del psicológico. Y aunque, en muchos casos, sea compatible un tratamiento farmacológico con otro psicológico, acaba el primero predominando sobre el segundo, convirtiendo a la psicología en “*ancilla*” de la psiquiatría, como en otro tiempo lo fuera la filosofía de la teología.

Ψ: Pero si nos atenemos a las demandas concretas de los pacientes existen otras muchas problemáticas, como el duelo, los celos, la envidia, los sentimientos de vergüenza o de culpa, la infidelidad conyugal, el narcisismo, la baja autoestima, la dependencia afectiva o la falta de asertividad, el desengaño amoroso y otros mil más, que no se entienden si no es en una óptica relacional, donde lo *bio* no cuenta como causa, aunque pueda estar alterado por el efecto perturbador de estas experiencias. O comportamientos adictivos que no tienen que ver con sustancias químicas, como la ludopatía, las compras compulsivas, las redes sociales, la ruleta rusa o las actividades de riesgo, sino con hábitos conductuales reforzados individual o socialmente.

Φ: Yo, a todo esto, añadiría temas estrictamente existenciales como el temor a la muerte, el sentido de la vida, los fracasos vitales, la sensación de vacío, la soledad, las desilusiones o

las decepciones, y hasta en términos más filosóficos, el cinismo, la abulia, la ataraxia, la anhedonia. Echo de menos en los tratados de psicología el interés por lo que los filósofos estoicos consideraban las pasiones y sus contrarias, las virtudes.

Ψ: Es cierto, son muy pocos los psicólogos que se han ocupado explícitamente de estos temas en su práctica terapéutica, pero hay que citar honrosas excepciones, para empezar la representada por Karl Jaspers, que integraba en su persona la praxis del psiquiatra y la teoría del filósofo y quien afirmaba que la tarea de la psicoterapia “era descubrir y reconocer el significado del trastorno del paciente para reconducirlo a un espacio de mayor libertad”, anticipando de este modo la tesis fundamental de la psicoterapia existencial. O como Viktor Frankl, creador de la Logoterapia, que configuró su metodología terapéutica sobre la base de la búsqueda de sentido. O la del psiquiatra suizo Ludwig Binswanger, cuya obra es un intento de aplicación del existencialismo heideggeriano para la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia. Podemos añadir a esta lista los estadounidenses, Rollo May, que dedicó gran parte de su producción literaria a la difusión de la Psicología Existencial; o Irvin Yalom, psicoterapeuta de declarada orientación existencial, en cuya obra literaria no solo se abordan explícitamente estos temas, sino que incluso sus excursiones novelísticas tienen por protagonistas a filósofos tan relevantes como Spinoza, Nietzsche o Schopenhauer. En la España predemocrática hay que destacar la obra del psiquiatra, y también novelista Martín-Santos, quien desarrolla un psicoanálisis inspirado en el existencialismo sartreano. Igualmente, los movimientos antipsiquiátricos y humanistas, tanto europeos como americanos, se acogen a los planteamientos existencialistas.

Φ: Tienes razón, no es mucho, pero muy valioso y hay que reconocerlo. También inversamente la filosofía de los siglos XIX y XX se ha ocupado específicamente de la psicología, proyectando una visión más holística e integradora, que la meramente experimental, empezando por la fenomenología de Brentano, Husserl, Dilthey, Merleau-Ponty, que en Heidegger inicia su transformación en existencialismo, al tomar por objeto de investigación el *Dasein* o ser-en-el-mundo en su facticidad temporal y continuando con los filósofos existencialistas, con Sartre a la cabeza que convierten la filosofía en una antropología, que no en una ontología: no hay esencias, sino existencia. Un análisis de la existencia, dice Sartre, equivale a un análisis existencial del *pour-soi*, a un Psicoanálisis Existencial o del proyecto. La pregunta fundamental que hay que hacer a las Ciencias Humanas, se plantea Sartre en “*El Ser y la Nada*”, es esta: “¿De qué son ciencias, estas ciencias?”. La respuesta es evidente: “del hombre”. Y bien: ¿qué es el hombre? Las ciencias positivas nos pueden ayudar a esclarecer cosas sobre el hombre, pero ninguna de ellas puede definirlo. Ni la biología, ni la antropología, ni la psicología lo pueden definir, ni tampoco la suma de los datos provenientes de todas estas ciencias. Todas ellas suponen lo que deberían definir. O, como dice Merleau-Ponty: “Las ciencias humanas se hacen comprensibles al fundamentarse sobre este a priori que es el mundo vivido, sobre este conocimiento previo al conocimiento, que no es únicamente relación con el mundo, sino también con el Otro. La esencia del hombre se oculta en este *a priori*”.

T: Por lo que vamos viendo, los intentos de colaboración e interacción mutua entre filosofía y psicología no han estado ausentes en todo este tiempo, desde el nacimiento de la psicología.

Incluso algunos filósofos han influido claramente en el hacer terapéutico de muchos terapeutas como Kierkegaard, Paul Tillich o Martin Buber en la terapia de persona a persona de Carl Rogers y otros humanistas. Lo lamentable de la cuestión es que esta mutua fecundación se ha ido diluyendo en estos últimos decenios bajo la eclosión de la neurociencia cognitiva en el ámbito académico y el predominio del paradigma biológico, o como mucho, cognitivo-conductual en el ámbito clínico, vaciando de sentido vivencial y de expresión discursiva, la experiencia. En concreto, hasta la terapia cognitivo-conductual ha tenido que evolucionar hacia una tercera generación para dar cabida a aspectos más vivenciales.

Φ: Pero a mí, lo que me saca de quicio de las ciencias que se otorgan el monopolio del estudio de la psique es la aridez de los manuales de psicopatología por su reduccionismo, su incapacidad para el pensamiento analógico o metafórico, la ceguera ante la riqueza de los mitos. Si alguna tímida referencia hay a ellos se lo deben a Freud, el padre del psicoanálisis, quien se manejó con algunos de los más famosos, como los de Edipo, Narciso, Eros y Thanatos, o a la psicología profunda de Jung, que elevó algunos de ellos a la categoría de arquetipos. Y en Norteamérica a la pluma de Rollo May, quien los lleva más allá de la Grecia clásica y el Medioevo dantesco hasta la América contemporánea en su práctica habitual de la psicoterapia.

T: De nuevo, estas reflexiones sobre las relaciones entre filosofía y psicología nos llevan al tema epistemológico crucial, que afecta a la concepción de su objeto y método. Si nos limitamos al estudio funcional de la psique, lo que, por ejemplo, en la filosofía clásica se llamaron las “potencias del alma”: *memoria*, *entendimiento* y *voluntad*, podemos concluir que la psicología ha cumplido con su cometido. Los primeros pasos de la psicología “científica” se dirigieron al estudio de la sensación y la percepción. Posteriormente incluyeron estudios sobre la inteligencia, la atención o la memoria, que fueron configurando el dominio de la llamada “psicología básica”. Curiosamente obviaron el tema de la *voluntad*, dando origen en su lugar al estudio de la *emoción* y la *motivación*. Estos eran su objeto. La metodología fundamentalmente era observacional, empezando por la introspección. Posteriormente la psicometría vino en su auxilio, así como la metodología experimental. En la actualidad gran parte de la investigación corre a cargo de la neurociencia cognitiva.

Φ: Sintomático este olvido de la *voluntad*, sustituida por la emoción y la motivación, de claras raíces fisiológicas. El filósofo José Antonio Marina, lo ha llamado el “misterio de la voluntad perdida”. Grandes filósofos de la historia desde Platón a Aristóteles, en la antigüedad, Tomás de Aquino en la Edad Media, Nietzsche, Schopenhauer o Jaspers en la contemporánea, se han ocupado explícitamente de ella. Parece, en cambio, que a la pretensión científica de la psicología le ha causado siempre grima el tema de la voluntad, puesto que pone en entredicho el paradigma determinista y reductivo de la visión positivista. El tema de la voluntad, en efecto, no se puede disociar de las cuestiones fundamentales en filosofía como el libre albedrío, la responsabilidad y demás. Uno de los popes de la historia de la psicología, Skinner, se manifestó claramente en contra con su escrito “*Más allá de la libertad y la dignidad*” donde defiende que, en lugar de promover la libertad y la dignidad como atributos personales, deberíamos dirigir nuestra atención al cambio del ambiente físico y social, más que al de la persona. Tesis que ya había intentado plasmar en su única novela

Walden Dos, donde describía una sociedad utópica, en la que sus habitantes son felices y viven en armonía, siguiendo las pautas, ya desde su infancia, del modelaje de la conducta, cumpliendo los criterios del conductismo, sin trabajar demasiado, sin la necesidad de tener dinero y sin el peso del libre albedrío.

Ψ: De todos modos, Watson y Skinner, promotores del conductismo, tienen el mérito de haber introducido el tema de la conducta como objeto propio de la psicología. Desde la cultura funcionalista o pragmática americana, frente a la actitud academicista de los laboratorios de psicología experimental europeos, plantearon el papel predominante de la conducta en la vida cotidiana, llevándola a la calle en temas tan concretos como la educación, la publicidad, el rendimiento laboral, el comercio o las ventas. A su sombra crecieron también muchas técnicas de modificación de conducta que han hallado un alto grado de aplicación en los departamentos de salud mental de hospitales y centros sanitarios. En coalición con el paradigma cognitivo, surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX, tales técnicas han dado lugar al modelo cognitivo-conductual que se presenta como la terapia de preferencia de los sistemas públicos de salud mental.

T: Ciertamente, el conductismo, como dices, ha salido del mundo interior de la mente a la plaza pública de la conducta, la cual es objetiva y directamente observable, pero no por ello más comprensible. Al desconocer o ignorar la dimensión intencional y motivacional de la misma, la vacía de todo contenido semántico. El propio Skinner reprochaba a Karl Popper “el pretender atribuir a realidades no-físicas como *propósitos, reflexiones, deliberaciones, planes, decisiones, teorías, tensiones, y valores* la explicación de la producción de cambios, precisamente físicos en el mundo físico”. En su lugar, Skinner propone el papel desencadenante del refuerzo ambiental. Pero la pregunta que surge a propósito es la siguiente: ¿qué es lo que refuerza el refuerzo? La conducta misma, pura y simple. No hay nada detrás de ella. La mente es una caja negra o, a lo sumo, vacía de contenido significativo para la explicación del comportamiento humano.

Ψ: Está claro que tanto el conductismo, como el cognitivismo inspirado en la metáfora del ordenador, han obviado una cuestión fundamental, la del contenido no solo operativo, sino simbólico, de la caja negra, como si fuera un espacio dedicado únicamente a las conexiones de ida y vuelta entre el mundo interior (el órgano receptor) y el exterior (las diversas fuentes emisoras) y como si entre estos dos mundos hubiera una correspondencia biunívoca. Estos paradigmas parten del supuesto de una mente uniformemente adulta. Pero ese mismo error lo ha venido cometiendo tradicionalmente la filosofía, al suponer un “alma” dotada, ya desde su origen (incluso preexistente), de las facultades operativas e, incluso en el idealismo platónico, del conocimiento innato.

T: La cuestión que queda por resolver es cómo se construyen tanto los esquemas de procesamiento como el contenido de significado, lo que podríamos denominar sistemas epistemológicos. Esta cuestión implica dos aspectos a los que intentó dar una respuesta el constructivismo genético-estructural de Jean Piaget. Se trata de explicar, por una parte, cómo se generan los niveles de construcción del conocimiento y por otra cómo se articula significativamente el conocimiento mismo adquirido. Por ejemplo, si se ha integrado el conocimiento mágico con el operativo, cuál es el resultado de esta operación. La respuesta es entenderlo como un proceso evolutivo, no solo en el sentido biológico, sino también epistemológico. Si

tomamos el caso de la fantasía sobre los Reyes Magos, el niño de seis o más años puede construir una representación mental en la que reconoce que los “reyes” son los padres (lo que resuelve los problemas operativos de “qué regalos, cómo, cuándo, dónde y a quién traer, en una sola noche y a todos los niños de la ciudad”) y mantener al mismo tiempo la ilusión hasta la mañana siguiente. Y esta misma conquista, la posibilidad de pensar y sentir de forma fantástica, operativa y abstracta a la vez, la podemos mantener toda la vida, al repetir la máxima que “de ilusión, también se vive”, y actuamos de acuerdo con ella, por ejemplo, al comprar lotería de Navidad.

Φ: Es cierto que la filosofía ha partido de un presupuesto idealista o innatista sobre la mente humana, sin preguntarse cómo se formaba ésta. Cuando Aristóteles se plantea la lógica o el razonamiento, lo hace desde una perspectiva formal. Y en lo sucesivo, incluso cuando se asimila la lógica al razonamiento matemático, se mantiene la ficción de una mente adulta descarnada. De hecho, la IA parte de un supuesto también idealista, no toma en cuenta los cuestionamientos fenomenológicos de una mente corporizada, contextual, vivencial, conativa, afectiva, empática o axiológica. No es más que una externalización de ciertas funciones de la inteligencia humana, como la robótica lo es de las funciones mecánicas musculares. Precisamente, esta externalización de la IA demuestra que ciertas funciones mentales pueden ser ejercidas gracias a conexiones neuroquímicas o, en su caso, electrónicas, lo que a su vez indica que *no se deben confundir mente y cerebro*.

Ψ: Bueno, esta es una cuestión crucial a la que se enfrenta la neurociencia cognitiva, el llamado “*hard problem*”, el problema de explicar la mente o la conciencia. A esta cuestión se han presentado tres posibles “soluciones”: 1) El “dualismo emergentista”: la conciencia, después de emerger de la actividad cerebral, constituye un nivel de realidad ajeno al mundo físico. 2) El “funcionalismo emergentista”: la conciencia emerge de la actividad cerebral sólo en el sentido de que es una realidad virtual que supuestamente se implementa de algún modo por la propia actividad misma. 3) El “fiscalismo emergentista”: la mente, incluida la conciencia, es una propiedad de orden superior de la dinámica que emerge de la actividad de las neuronas individuales. Seguramente será bueno recordar aquel principio de la *Gestalt*, que el todo es más que la suma de las partes y que la metodología para el estudio de las partes (cerebro) no es suficiente para el estudio del todo (mente).

T: Desde luego, esta es una cuestión que puede ser crucial para una ciencia que debe explicar la complejidad por la simplicidad sin solución de continuidad. Y es lógico que esto sea así, por cuanto un pensamiento funcional se convierte en ingeniería aplicada que puede ser útil para la vida, pero “al que no le va la vida”. Cuando Skinner concluye su ensayo, no desde una perspectiva intracraneal, sino extracraneal, se pregunta retóricamente: “¿Queda entonces el hombre abolido? Quien queda abolido, se responde él mismo, “es el hombre autónomo interior” ¿Pero acaso entonces no quedará reducido meramente al papel de víctima o de observador pasivo de cuanto le acontece? Ciertamente queda controlado por su ambiente, aunque haya contribuido a su construcción. La consecuencia natural de todo ello es la abolición de la responsabilidad. Igualmente, cualquier decisión a la que pueda llegar la IA se halla desprovista de la dimensión moral, tanto porque en el caso de Skinner queda abolida la conciencia moral, como porque en el segundo, simplemente no existe.

Φ: Este es otro de los puntos básicos en que se hace patente el desvarío de la psicología fuera del amparo de la filosofía, la pérdida de la dimensión moral, en clara contradicción, por ejemplo, con algunas de sus aplicaciones concretas como la psicología forense o la criminología que tienen por objeto la atribución de responsabilidad o intencionalidad de los actos y sus consecuencias. La ética, ya desde Aristóteles a Kant, ha sido siempre un elemento fundamental de la Filosofía. Y no entiendo cómo la psicología, que con frecuencia se tiene que enfrentar a dilemas morales o a los sentimientos de culpabilidad de sus pacientes, puede continuar dando la espalda a la cuestión de la fundamentación psicológica de la conciencia moral.

Ψ: Seguramente la primera justificación o excusa de esta omisión pueda provenir del positivismo al que siempre ha aspirado la psicología como disciplina científica. Las ciencias, las técnicas, la naturaleza misma son amORAles. Carecen de conciencia moral. Esta es característica exclusiva del ser humano y no deja de ser llamativo el hecho de que no haya sido objeto de interés para la psicología. Con la salvedad de algunos autores, como Freud, Jung o Fromm, pocos son los psicólogos que se han planteado la cuestión de su origen. Freud, por ejemplo, escribió: *“La esencia más profunda del hombre consiste en impulsos instintivos de naturaleza elemental, iguales en todo el mundo, tendientes a la satisfacción de necesidades primitivas. Estos impulsos instintivos, en sí mismos, no son ni buenos ni malos. Los clasificamos así según su relación con las necesidades y las exigencias de la comunidad humana y hemos de reconocer, que todos los impulsos que la sociedad prohíbe como malos, por ejemplo, los egoístas y crueles, se encuentran entre ellos”*. Con ello estaba ya insinuando el conflicto entre naturaleza y cultura, que desarrollará más tarde en *“El malestar en la cultura”*, donde la neurosis aparece justamente como producto de la represión que el superego moral ejerce sobre los instintos básicos, dando origen al sentimiento de culpa.

Φ: A mi juicio, quien tiene más claro las relaciones entre psicología y filosofía, precisamente a propósito del tema moral, es Erich Fromm, quien en su libro *“Ética y Psicoanálisis”* insiste en que: *“La psicología no puede divorciarse de la filosofía y de la ética...”*. Y añade: *“El divorcio entre la psicología y la ética es relativamente reciente. Los grandes pensadores de la ética humanista del pasado, sobre cuyas obras se basa este libro, fueron filósofos y psicólogos; creyeron que la comprensión de la naturaleza del hombre y la comprensión de valores y normas para su vida son interdependientes... La mayoría de gente piensa – continúa leyendo – que la palabra ‘psicología’ se difundió en general en los últimos cien o ciento cincuenta años. Olvidan, sin embargo, que hay una psicología anterior a ésta, que se extendió más o menos desde el año 500 a. Cristo hasta el siglo XVII, aunque no se le haya llamado ‘psicología’, sino ‘ética’, y también, más frecuentemente, ‘filosofía’; pero no era otra cosa que psicología”*.

T: Pero, tal vez, el autor más radical en cuanto a su reivindicación de la relación entre psicología y ética ha sido Thomas Szasz quien en su libro de 1961, *“El mito de la enfermedad mental”*, considera que las etiquetas psiquiátricas están destinadas a disimular los conflictos morales propios de las relaciones humanas. Principio, cuyo desarrollo, da lugar a otra de sus obras fundamentales, *“La ética del Psicoanálisis”*. En estos textos se pueden leer consideraciones como las siguientes: *“Es corriente definir la psiquiatría como una especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento*

de las enfermedades mentales. Esta definición es inútil y engañosa. La enfermedad mental es un mito... La demanda de ayuda así generada es satisfecha mediante una tecnología de la conducta, que se muestra dispuesta a liberar al hombre de sus asuntos éticos tratándolo como a un enfermo... Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal... La psicoterapia es un método eficaz para ayudar a la gente no a curarse de una enfermedad, sino a aprender mucho más de sí mismas, de los demás y de la vida”.

Ψ: Hay que reconocer que dentro de la filosofía actual ha habido también un movimiento de recuperación de la tradición ética de la filosofía, puesta de relieve por Epicuro (siglos IV – III a. C.), al servicio del bienestar psicológico, cuando afirmaba que *de la misma manera que de nada sirve un arte médico que no erradique la enfermedad de los cuerpos, tampoco hay utilidad ninguna en la filosofía, si no erradica el sufrimiento del alma*. Algunos autores como Marinoff, Mónica Cavallé, Luc Ferry o Comte-Sponville, proponen en esta línea una recuperación de la tradición filosófica de la antigüedad clásica, como una terapia complementaria o alternativa a la psicológica. Victoria Camps, en su libro *“El gobierno de las emociones”*, va incluso más allá al establecer una conexión intrínseca entre ética y psicología. Basándose en las teorías de Aristóteles, Spinoza, y Hume, propone que las emociones tienen un papel fundamental tanto en ética como en política, puesto que ellas deciden el curso de la razón práctica, por ejemplo, a la hora de votar, elegir o tomar decisiones.

T: Bien, si nos centramos sobre la ética como lugar de encuentro entre filosofía y psicología, parece que hemos encontrado una de las claves que ha de permitir vuestra conciliación, lo cual estimula a abrir el debate sobre la naturaleza de esta relación. La ética, en efecto, como disciplina filosófica, no puede ignorar la dimensión psicológica de la conciencia sobre la que se sustenta. De esta relación entre filosofía y psicología nacen varias preguntas: ¿Cómo se forma la conciencia moral? ¿Cómo la conciencia moral llega a distinguir entre el bien y el mal? ¿Ejerce la conciencia moral un efecto coercitivo sobre la conducta?

Φ: La cuestión sobre el concepto de conciencia moral hace referencia a la suposición de la existencia en la mente humana de una estructura epistemológica o de conocimiento, capaz de distinguir entre el bien y el mal, de actuar conforme a esta distinción y de sentir una satisfacción (bienestar) en el caso de haber procurado el bien, y una culpa (malestar ansioso) en el caso de haber causado el mal, llamada conciencia moral. Pero esta suposición implica el esclarecimiento de una serie de cuestiones previas. 1) La primera, de carácter metafísico, hace referencia a la definición de lo que es el bien y lo que es el mal. 2) La segunda, de carácter epistemológico, hace referencia al modo cómo llega la mente humana a esta distinción. 3) La tercera, de carácter psicológico, hace referencia al proceso de construcción de la conciencia moral como dispositivo de regulación del comportamiento humano.

Ψ: Bueno, dado su carácter metafísico, yo creo que la primera pregunta, “¿qué es el bien y qué es el mal?”, te toca a ti, madre, responderla.

Φ: De acuerdo, pues a Aristóteles me remito. En su “Ética a Nicómaco” Aristóteles cambia la perspectiva esencialista por la teleológica. No existe el “bien en sí”, sino que este se define por los fines que persigue, pero muchos de estos están subordinados a

otros fines. La pregunta que surge de inmediato es ¿existe entonces un fin último? La respuesta genérica a esta pregunta se puede sintetizar, en una palabra: sí, la felicidad. Pero, dado que no existe una definición unívoca para la misma, la ética se convierte en una reflexión práctica encaminada a la acción, por lo que ha de ser en la actividad humana en donde encontremos los elementos que nos permitan responder a esta pregunta.

Ψ: En eso de la felicidad creo que estarían de acuerdo muchos psicólogos, particularmente los defensores de la psicología positiva, como Seligman, para quien el “constructo del bienestar, es el tema central de la psicología positiva, cuyo patrón de oro es el crecimiento personal y cuyo objetivo es aumentar dicho crecimiento”. Según él los elementos del bienestar son cinco: la emoción positiva (la vida placentera), la entrega (fluir, estar entregado al momento presente), el sentido (el significado para la vida de uno), los logros (consecuciones buscadas por su “valor intrínseco”) y las relaciones interpersonales. Llega incluso a establecer una ecuación en que la felicidad (*Happiness*), depende de la Situación (S) de partida determinada genéticamente ($S = 50\%$), de las Circunstancias de la vida ($C = 10\%$) y de nuestra Actividad deliberada (A), “lo que hacemos en nuestra vida cotidiana y de nuestra manera o estilo de pensar” ($A = 40\%$), lo que da lugar a la ecuación: $H = S + C + A$.

Φ: Para Tomás de Aquino, ya en la Edad Media, la felicidad no es cosa de este mundo, sino de la bienaventuranza eterna. La bondad moral consiste en la conformidad con la razón humana, la cual es la regla y medida inmediata de la moralidad de los actos humanos, como derivación o irradiación que es de la razón divina o ley eterna, norma primitiva y medida suprema de la moralidad. La propuesta de Kant desplaza la idea de Dios o de la naturaleza al interior de la conciencia, al imperativo categórico que rechaza cualquier tipo de utilitarismo y egoísmo, en nombre del universalismo y de la humanidad. La ética debe ser universal y, además, *a priori*, es decir, anterior a la experiencia, y autónoma, esto es, que la ley le venga dada desde dentro del propio individuo y no desde fuera.

Ψ: Dios, la naturaleza, la razón, la conciencia, el imperativo categórico, todas explicaciones idealistas, ajenas a la comprensión psicológica que no responden a las preguntas relativas a la formación del criterio moral y a su capacidad para influir sobre el comportamiento humano. Al menos, Aristóteles con la felicidad como fin último daba un motivo para regularse en función del criterio de εὐδαιμονία [eudaimonía], y establecía un puente con la psicología al colocarla como un objetivo deseable.

Φ: Ciertamente, pero todavía, después de Kant, la filosofía había de dar un giro radical. “Dios ha muerto. Dios sigue muerto. Y nosotros lo hemos matado”, proclama Nietzsche en *La gaya ciencia*. La muerte de Dios supone el rechazo de los valores absolutos y de la ley moral universal. Para Sartre, que le recoge el guante, no solamente la ética debe desarrollarse en un mundo sin Dios, sino que parte de un humanismo existencialista, “la existencia precede a la esencia”. El hombre se halla desfondado, privado de cualquier apoyo, condenado a ser libre. Esta posición puede leerse desde la perspectiva de una conciencia constitutiva, solipsista o de reciprocidad entre conciencias. En sus inicios, Sartre veía al otro como un obstáculo para la libertad “*l'enfer c'est les autres*”, pero a la vez el otro se convierte en constituyente de mi existencia, “puesto que, si no hay otro, yo no existo”. En su época madura, la posición de Sartre vira de la conflictividad inherente a esta concepción, a la de la reciprocidad: “*Toda conciencia me parece actualmente a la vez constitutiva de sí*

misma como conciencia y, al mismo tiempo, como conciencia del otro y como conciencia para el otro. Y esa realidad, ese considerarse a sí mismo como uno mismo para el otro, teniendo una relación con el otro, es lo que yo llamo conciencia moral”.

T: Interesante el concepto de Sartre relativo a la función constitutiva de la conciencia de sí misma como conciencia del otro y como conciencia para el otro. Pero como siempre, como buen filósofo, se olvida de explicar el recorrido genético-evolutivo de este proceso constitutivo. Quedan, por tanto, todavía por dilucidar las tres cuestiones relacionadas con este olvido: ontológica, la primera, relativa a la constitución de la conciencia; criteriológica la segunda, a saber, la elección del criterio que permite distinguir el bien del mal; y psicológica, la tercera, relativa al proceso de formación e interiorización de esta conciencia moral.

Φ: A mí me gustaría comentar algo sobre la cuestión criteriológica de la que tradicionalmente se ha ocupado la filosofía. Descartado el criterio extrínseco al ser humano, sea este de origen divino o natural, o incluso interno al individuo en cuanto derivado del imperativo categórico, queda pendiente identificar la fuente criteriológica que permite distinguir el bien del mal. Esta no puede ser otra que la propia experiencia humana. Es cierto que la filosofía la ha buscado mayoritariamente en una fuente exterior. Platón, en el *Protágoras*, la atribuye a Zeus en persona a fin de enmendar el error de Prometeo que había dotado a los hombres con el fuego y la técnica arrebatada a los dioses, pero que no había previsto dotarlos de conciencia moral, a todos y cada uno de ellos, como insiste Zeus en hacerlo a Hermes, su mensajero. De hecho, Sócrates partía de la suposición de que los humanos, gracias a esta conciencia innata, ya sabían lo que era justo o injusto y solo tenían que rescatarlo a través de la mayéutica. Pero en este momento de la historia, ya no podemos mantener este supuesto innatista. En consecuencia, me parece más razonable apuntarme a la tesis de Sartre a la que me he referido antes: la conciencia moral se constituye a sí misma en la relación con el otro.

Ψ: Desde luego la psicología tiene muchas cosas que aportar aquí, a la comprensión de este aspecto constitutivo de la conciencia. Pero antes, a mi juicio, se debería delimitar qué se entiende por “el otro”, puesto que, si la conciencia se constituye en esta relación, primero será necesario darse cuenta de la existencia del otro como otro y de la relación que esta presencia-ahí establece conmigo, para que yo pueda formarme una conciencia de las implicaciones morales que lleva consigo.

Φ: Desde luego, esta es una cuestión primordial, puesto que el concepto de alteridad o de “otredad”, como diría Ortega y Gasset, no es evidente por sí mismo. Para empezar, podríamos decir que “otro” es todo lo que no soy yo. De modo que todo este cúmulo de seres existentes en el universo, desde los átomos a las galaxias, se convierten en “lo otro”. ¿Generan por el simple hecho de estar ahí una conciencia moral? Evidentemente, no; solo en la medida en que se pueda establecer con ellos una relación de reciprocidad. Por ejemplo, entre un león (carnívoro) y una cebrá (herbívora), como en la película *Madagascar*, no existe una relación moral, ni de amistad. Esa se da con mi semejante, dice Ortega, porque, a diferencia de los animales, “es capaz de responderme con sus reacciones en un nivel aproximadamente igual al de mis acciones”, de “co-responderme o reciprocarme”.

T: Pero un “semejante”, que no un igual, no es un *alter ego*, otro “yo”, un ego como yo, si no acaso un *ego alter*, un yo que es otro, que no es igual a mí sino a él o a ella. De manera que la dimensión

moral solo surge en esta relación entre un yo y un yo otro; o un yo y un *nosotros*. A saber, entre conciencias. La moral surge en la intersubjetividad. Incluso nuestra relación ética con la naturaleza está mediada por la relación con nuestras conciencias, puesto que, si se produce una explosión volcánica o un diluvio universal, al planeta no le importa en absoluto, solo se suscita una cuestión moral si se puede atribuir alguna responsabilidad humana, ya sea en las causas o en las consecuencias para ellas mismas, como, por ejemplo, el grado de posible responsabilidad de la acción humana sobre el cambio climático o en la gestión más o menos negligente de la previsión o evitación de las consecuencias de las catástrofes naturales sobre la población civil.

Ψ: Supuesto que la dimensión moral sea intersubjetiva y que la intersubjetividad sea una condición exclusiva de los seres humanos y, dada la condición necesaria de reciprocidad para que pueda considerarse intersubjetiva, la pregunta que surge a continuación es la de la cualidad de esta relación que la caracteriza como moral. O, dicho de otra forma: ¿qué es lo que hace que una relación intersubjetiva entre en la categoría de (a-), (in-) o moral?

Φ: Parece que, en principio, suponiendo la validez de esta premisa, toda interacción humana está mediada por la dimensión moral. Por ejemplo, una interacción mercantil puede ser considerada bajo el prisma de la honestidad, la legalidad, la honradez, el engaño, la explotación, el abuso y otras mil perspectivas posibles, todas ellas de naturaleza moral. Y esto es así, dada la condición de intencionalidad de cualquier acción humana, que se lleva a cabo con una finalidad, que es la que la hace precisamente humana (*actus humanus*), en contraposición a los llamados *actus hominis*, como un estornudo, que no es intencional, sino un acto reflejo. De manera que se puede establecer esta proposición: “Si todo acto humano es intencional (voluntario, finalista), entonces toda interacción humana entra en el dominio de la moral”.

Ψ: Precisamente este es el sentido de mi pregunta que quiere ir más allá de la simple constatación de la moralidad de la conducta humana: ¿en virtud de qué criterio se juzga positiva o negativamente esta moralidad? Si la simple distinción entre el bien y el mal no basta para dirimir la cuestión, dada la ambigüedad del concepto (lo que es bueno para mí, a lo mejor es malo para ti), será preciso buscar otro referente capaz de establecer de forma universal un criterio axiológico más fiable, que no remita a códigos legales, dependientes de las circunstancias históricas, geográficas, políticas, religiosas o culturales, lo que nos llevaría a un relativismo moral, según el cual el aborto, por ejemplo, puede ser a la vez legal o ilegal, según la legislación de cada estado.

Φ: Perdona que te interrumpa, pero eso que estás diciendo a propósito de la ambigüedad del concepto del bien y del mal, me ha evocado una sentencia del sociólogo polaco Zygmunt Bauman que reza así: “No sabemos qué es el bien, en cambio hemos vivido la experiencia del mal”. De una manera todavía más concisa lo dijo Vasili Grossman “Yo no creo en el bien, creo en la bondad”. O en palabras del Dalai Lama: “Mi religión es muy simple. Mi religión es la bondad”. La bondad no es una idea, es una relación, una forma de responder a una demanda ajena, una forma de situarse en la relación con el otro.

T: Bueno, pues a propósito de esta cuestión, a mí me ha venido aquella reflexión de Milan Kundera que dice: “El hombre desea un mundo en el cual sea posible distinguir con claridad el bien del mal, porque en él existe el deseo, innato e indomable, de juzgar

antes que de comprender”. Y en efecto, el problema que se nos plantea es el de comprender el fundamento de la moral. Hasta ahora parece que nos hemos puesto de acuerdo en que la moralidad es una dimensión que se aplica inexorablemente a toda acción humana en cuanto intencional, que en propiedad solo se da en el ámbito de la reciprocidad intersubjetiva, que no es innata por naturaleza ni infundida por poderes sobrenaturales, sino producto de estas mismas interacciones intersubjetivas, que no puede guiarse por principios a priori, sino por valores pragmáticos y situacionales de las relaciones interpersonales o sociales.

Φ: Queda claro que el tema de la moralidad es una cuestión de intereses, no de ideas abstractas y que las relaciones de interés solo se pueden dar entre humanos. Al pasar de una regulación natural a otra relacional, los primeros conceptos que aparecen en nuestra mente son los de una ética humanista, o moral de la alteridad, como criterios que rigen nuestros comportamientos sobre la base de los principios de *igualdad*, *reciprocidad* y *respeto*, que Joan Carles Mèlich ha denominado “ética de la compasión”, cuya tesis básica es que “tanto lo humano como lo inhumano se configura en respuesta a las situaciones y en las relaciones con los demás”. Ahora bien, queda a la psicología la tarea de explicar cómo se forman estos criterios en la psique humana desde un punto de vista no innatista ni trascendental, sino immanente al propio desarrollo psicológico.

Ψ: Creo que la filosofía fenomenológico-existencial da en el clavo de la naturaleza del problema al tomar la conciencia de la alteridad como origen de la conciencia moral. Sin el otro, real o imaginario, presente o representado, no existiría la moral. Por eso la moral religiosa postula un Dios omnipresente, puesto que, aunque yo esté solo en una isla deshabitada, hay una presencia divina que me impone su alteridad, que me puede premiar o castigar por mis acciones, aunque no perjudiquen a nadie, pero sí infrinjan sus mandamientos. Pero desde el punto de vista psicológico necesitamos explicar cómo se origina esta conciencia de alteridad en un sujeto que experimenta una evolución epistemológica que se va haciendo más compleja, a medida que va madurando física y psíquicamente en el seno de un contexto familiar, histórico, social y cultural determinados. Sobre este aspecto evolutivo de formación de la conciencia, el constructivismo genético estructural, Piaget, Selman, Kohlberg, Gilligan, entre otros, se han planteado de manera sistemática y evolutiva la construcción del juicio moral en el niño y el adolescente.

T: En esta línea se ha propuesto un puente de comprensión entre el desarrollo moral y la psico(pato)logía e incluso la psicoterapia, conocida como Teoría o Terapia del Desarrollo Moral (TDM), la cual entiende la formación y desarrollo de la conciencia moral en función de dos ejes de regulación, el egocentrado y el alocentrado, que se oponen dialécticamente. La conciencia moral surge como *síntesis* en esta relación dialéctica entre las estructuras de regulación egocéntrica (prenomía y anomía), que ocupan la posición de *tesis*, frente a las alocéntricas (heteronomía y sionomía), que ejercen la función de *antítesis*. Estos ejes se van estructurando en función de las fases evolutivas que posibilitan el desarrollo hacia la autonomía, es decir hacia la capacidad para regularse por sí mismo, no solo a nivel funcional, sino también social, relacional, interpersonal y, por tanto, moral.

Φ: Entonces, si entiendo bien, ¿la formación de la conciencia moral como sistema de regulación, desde el punto de vista del desarrollo psicológico, puede explicarse en consonancia con

el principio de la progresiva aparición de la conciencia de alteridad? Sería una interesante coincidencia entre filosofía y psicología. La única diferencia sustancial que veo es que la psicología aportaría a la explicación de la formación de la conciencia moral la visión constructiva y evolutiva, aspecto que la filosofía ignoraba.

Ψ: Bueno, madre, este es un buen ejemplo de la mutua fecundación que puede existir entre filosofía y psicología. Tampoco la psicología se ha caracterizado por un pensamiento dialéctico, sino más bien determinista y reductivo, salvo excepciones, claro. Y esto es herencia del positivismo científico con el que ha pretendido escapar a la reflexión filosófica.

Φ: De acuerdo, hija, está bien que reconozcamos nuestras limitaciones, pero no hace falta fustigarnos por ello, sino abrir nuestras mentes a perspectivas complementarias y enriquecedoras. Y desde este diálogo se me ocurre una cuestión que no puedo imaginar cómo resuelve la psicología. ¿Cuáles son los referentes axiológicos a que se atiene la conciencia moral así formada en un proceso generativo de dentro a fuera? Porque, llegados a este punto, la filosofía llega también a la perplejidad. Richard Sorabji, después de un largo recorrido por la historia de la filosofía, desde los presocráticos a los movimientos sociales del siglo XX, en relación al origen y naturaleza de la conciencia moral, extrae entre otras las siguientes conclusiones:

- La conciencia no es innata ni congénita, se adquiere.
- Se basa en valores que no necesitan enunciarse en forma de leyes, sino que se hallan en constante riesgo de reflejar únicamente valores locales y que requieren por tanto una reflexión constante y la toma en consideración de otros valores.
- No es la voz de Dios, ni sus valores dependen de los que pudieran derivar de ella.
- No es infalible.
- La conciencia crea una obligación, pero no es una obligación imperiosa, puesto que existen otras obligaciones que puede oponerse a las primeras, por lo que se halla sometida con frecuencia a un doble vínculo.

Ψ: Yo creo que tiene razón este filósofo al que acabas de referirte, madre, cuyo nombre no sabría cómo pronunciar, cuando dice que la conciencia moral se basa en criterios locales y que con frecuencia se mueve en la ambigüedad. Y me parece entender que la formación de la conciencia moral desde el punto de vista psicológico, no hace referencia al contenido axiológico, sino a la función reguladora del comportamiento en función de las motivaciones puestas en juego, según las características de la situación. Así podría citar yo a filósofos como Jean-Paul Sartre, Simone de Beauvoir, Karl Jaspers o teólogos, como Rudolf Bultmann, Joseph Fletcher o Paul Tillich, que entienden la moral más allá de la ley heteronómica, como una regulación moderada por la situación y la alteridad.

Φ: Bravo, hija, veo que estás bien ilustrada y que estamos consiguiendo dialogar desde el intercambio mutuo, de manera fluida y provechosa. Pero volviendo al tema. Descartados el origen divino o innato de la conciencia moral, hemos ido concluyendo que sin una conciencia de la alteridad no llegaría a formarse una conciencia moral y considerando su génesis como un proceso de construcción epigenético, me gustaría entender más en detalle este proceso.

T: Desde el punto de vista psicológico, la construcción del criterio de regulación moral se produce a partir de la toma de conciencia de las propias necesidades, impulsos y deseos que se

establecen como criterios básicos de regulación, egocentros: estoy legitimado a satisfacerlos (derecho) y ellos constituyen la base de regulación (premisia y anomia) de mi comportamiento. Sin embargo, estos criterios no alcanzan una dimensión moral hasta que no entran en contacto dialécticamente con las necesidades y deseos de los demás, tomados en su conjunto (heteronomía) o interpersonalmente (socioconomía). Como dice Antonio Damasio: *“Nuestras vidas deben regularse no solo por nuestros propios deseos y sentimientos, sino también por nuestra preocupación por los deseos y sentimientos de los demás, expresados como convenciones y normas sociales de comportamiento ético”*.

Ψ: Imagino que, si esos sistemas de regulación se van gestando de forma evolutiva y consecutiva, habrá distintos niveles criteriológicos según el momento evolutivo de la persona y que la dialéctica entre ellos se irá introduciendo gradualmente a través del desarrollo. ¿De qué manera se puede llegar a una síntesis satisfactoria entre ellos?

T: Efectivamente. Estos criterios de regulación se van formando evolutivamente por fases, desde la fase premómica, correspondiente al periodo neonatal, hasta la anómica propia ya de la infancia. Sucesivamente la heteronomía (la regulación por normas externas) hará su aparición en la niñez y la socioconomía (la regulación por criterios interpersonales) en la fase adolescente y juvenil. La síntesis que debe perseguir la conciencia corresponde a una regulación autónoma (regulación por criterios propios) que tiene que hacerse cargo de todas las demás.

Ψ: Ahora se me plantea a mí una cuestión filosófica: en ausencia de un criterio universalmente válido para determinar los criterios de distinción entre el bien y el mal, ¿de qué manera la perspectiva psicológica nos permite distinguir si un comportamiento, que obedece a criterios egocentros (premómicos o anómicos) o alocentros (heteronómicos o socioconomías), es por su naturaleza bueno o malo? ¿Sería suficiente este criterio para evaluar su valor ético universal?

T: Esta función sintética de la conciencia moral puede ejercerse de modo mejor o peor adaptado a los criterios éticos, pero si fracasa en su aplicación no dependerá de su (in)capacidad de juicio, sino de déficits evolutivos en su proceso de formación o de conflictos estructurales en sus posibles relaciones opositivas presentes. En cualquier caso, la función de la autonomía será siempre la de emitir un criterio integrador de los diversos intereses en juego. Este será el resultado de una operación constitutiva de la propia conciencia por la cual sea capaz de extraer aquellos principios que, siendo immanentes a la propia dialéctica entre los criterios egocentros y alocentros, sean capaces de trascender a las situaciones concretas para derivar en enunciados humanistas universales.

Φ: Esto, me imagino, es lo que le pediría Kant a la conciencia autónoma cuando afirma: *“la autonomía de la voluntad es aquella modalidad de la voluntad por la que ella es una ley para sí misma”*. La diferencia está, según me parece deducir, en el origen de este imperativo que para Kant sería categórico y apriorístico, mientras que desde el punto de vista psicológico sería formal, situacional y no afectaría al contenido concreto, o sea a los valores. Y me parece posible extraer de esta concepción algunos principios formales de naturaleza psicológica que deberían presidir y, en consecuencia, preservarse, como precondiciones necesarias en cualquier proceso de síntesis. Entre ellos, aunque sin pretensión de exhaustividad, me parece merecerían destacarse los de *igualdad o paridad, dignidad, respeto, libertad y reciprocidad* entre conciencias.

T: Estos postulados deberían permitir salvar dos principios esenciales, para poder fundamentar una ética filosófica humanista: la immanencia y la trascendencia de los valores axiológicos a los que acabas de hacer mención. Son immanentes a la propia actividad constructiva de la conciencia humana, en cuanto no tienen un origen anterior o ajeno a ella. Y son trascendentes, en cuanto se construyen en la interacción de las conciencias, puesto que la dimensión moral (la posibilidad de hacer el bien o causar el mal) solo aparece en la dialéctica entre ellas. Y donde hay respeto, igualdad, dignidad, libertad y reciprocidad no puede haber maldad.

Ψ: Viendo todo esto no puedo dejar de hacerme una serie de preguntas a mí misma. ¿Es la conciencia moral una función psicológica como la inteligencia o la memoria? ¿Se puede considerar la cuestión moral como ajena a la psicología? ¿Puede el paradigma médico reducir los temas de “salud mental” a disfunciones cerebrales? ¿Los comportamientos antisociales o agresivos, se pueden considerar autónomos? Y si todas estas preguntas son legítimas ¿cómo explicar que la psicología se haya mantenido al margen de ellas?

Φ: ¡Vaya, hija, te estás volviendo filósofa con tantas cuestiones epistemológicas! Desde la filosofía yo no sé qué responderte, pero sin duda son preguntas de carácter filosófico. Es cierto que la filosofía se equivocó al otorgar a la inteligencia, a la voluntad o a la conciencia misma un carácter innato, pero eso no quita la validez de sus cuestionamientos, por ejemplo, respecto al origen y naturaleza de la conciencia moral, puesto que lo que justifica la razón de ser de la reflexión filosófica es la búsqueda del fundamento. La misión correctiva de la filosofía en relación a la psicología debería ser la de aportar una visión más holística e integradora de la mente humana, pienso yo.

T: Bueno, yo creo que, en este diálogo, de manera más o menos explícita, ya se ha ido dando respuesta a estas cuestiones, por ejemplo, a propósito de la manera de abordar la salud mental en relación al desarrollo moral. Es evidente que la conciencia moral ejerce una función psicológica en la regulación del comportamiento humano, por lo tanto, no puede obviarse su estudio desde el punto de vista de su formación e influencia en la activación o inhibición de la acción y de los conflictos que puedan derivarse de ello. Por ejemplo, un experimento con niños entre cuatro y seis años, llevado a cabo por el psicólogo Jesse Bering, puso de relieve de qué manera la suposición de una mirada controladora por parte de una princesa (Alice) invisible, influía en la manera de afrontar, haciendo trampa o no, en un juego de dar en el blanco de una diana con una pelota adhesiva. Los niños a quienes se hizo creer en la presencia de la princesa, no hicieron trampa a pesar de fallar todos los intentos; por el contrario, aquellos a los que no se les indujo tal creencia hicieron, todos, trampa sistemáticamente. Es decir, la regulación heteronómica influye sobre el comportamiento, al introducir o no reglas específicas y el control externo sobre las mismas.

Ψ: Entonces, deduzco que la conciencia moral en su primer estadio de regulación supone la interiorización de unas normas. Y a eso se le llamaría heteronomía. Lo cual me permite sacar otra conclusión, que daría respuesta a otra de mis preguntas: los comportamientos antisociales no pueden ser considerados autónomos, sino anómicos, por cuanto ni siquiera aceptan una regulación heteronómica y menos socionómica. Lo que significa que déspotas o tiranos, como Hitler o Calígula, y otros más actuales en el ejercicio del poder, convierten en ley su perversidad, sometiendo la regulación heteronómica a la anómica.

Φ: Este es el sentido de la introyección de la conciencia moral en los humanos. El mito platónico de Prometeo no solo constata la indefensión humana frente a la naturaleza, sino que también pone de relieve la ausencia de una regulación social innata. “Y ordenó, Zeus, cuenta Protágoras en el diálogo del mismo nombre, a Hermes que trajera a los hombres el sentido moral y la justicia, para que hubiera orden en las ciudades y ligaduras acordes de amistad”. Claro que el mito supone, como era de esperar en Platón, un origen divino de este don, pero lo establece, a la vez, como imprescindible para la supervivencia de la especie, lo que explicaría la aparición de la ley en forma de costumbres o de derecho positivo en todas las sociedades.

T: Tengo la impresión de que el diálogo entre vosotras ha llegado a tal punto de fluidez colaborativa que ya no tiene por qué limitarse, si no es por el tiempo. Y me temo que hemos sobrepasado con mucho el tiempo de esta sesión. Me parece que con ello hemos cumplido el objetivo inicial que buscaba una conciliación amistosa entre vosotras. Esta podrá seguir indefinida en el tiempo, si toma por lema aquella recomendación de Epicuro: “*Que nadie, por joven, tarde en filosofar; ni, por viejo, de filosofar se canse. Pues para nadie es demasiado pronto ni demasiado tarde, en lo que atañe a la salud de su alma*”.

Φ. y Ψ: Ciertamente, está claro que tenemos muchos temas de qué hablar, algunos han empezado a tratarse en este diálogo; otros se han mencionado solo de paso. Pero, seguro que, de continuar en un futuro, cabe esperar un mayor enriquecimiento mutuo en profundidad y conocimiento... Gracias por todo.

T: Igualmente. Ha sido muy estimulante para mí, también. Se despiden efusivamente...

Conflicto de Intereses

El autor no presenta conflicto de intereses.

Referencias Bibliográficas

N.B: Dado el carácter dialógico del artículo no se hacen referencias textuales explícitas, salvo escasas excepciones. Sin embargo, parece adecuado recoger una serie de referencias bibliográficas de los autores de quienes se mencionan, aunque no se citen textos literales, ideas o posicionamientos generales de sus obras. Otros autores no son referenciados bibliográficamente, puesto que solo se mencionan en el contexto cultural general de su época o movimiento científico o filosófico, sin alusión a su obra.

- Aristóteles (1985). *Ética nicomaquea*. Gredos.
- Aristóteles (2020). *Acerca del alma*. Gredos.
- Beauvoir, S. de (1947). *Pour une morale de l'ambiguïté*. Gallimard.
- Beck, A. T. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer.
- Binswanger, L. (1945/1977). El caso Ellen West. Estudio antropológico-clínico. En R. May, E. Angel y H. F. Ellenberger (Eds), *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp. 288–434). Gredos.
- Brentano, F. (1874). *Psychologie vom empirischen Standpunkt*. Leipzig.
- Buber, M. (1948). *Between man and man*. MacMillan.
- Buber, M. (1923 / 1958). *Ich und Du*. Inserverlag.
- Camps, V. (2011). *El gobierno de las emociones*. Herder.
- Cavallé, M. (2011). *La sabiduría recobrada. Filosofía como terapia*. Kairós.
- Compte-Sponville, A. (2002). *Invitación a la filosofía*. Paidós.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Crítica.

- Descartes, R. (1996). *Discurs del mètode*. Edicions 62.
- Dilthey, W. (1977). *Gesammelte Schriften*. Vandenhoeck y Ruprecht.
- Epicuro (2005). *Obras completas*. Càtedra.
- Frankl, V. E. (1988). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Frankl, V. E. (2016). *Lo que no está escrito en mis libros. Memorias*. Herder.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 3, pp. 2701-2729). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. 3, pp. 3017-3068). Biblioteca Nueva.
- Fromm, E. (1941). *Escape from Freedom*. Holt, Rinehart y Winston.
- Fromm, E. (1947). *Man for Himself*. Holt, Rinehart y Winston.
- Fromm, E. (1995). *Tener o ser*. Fondo de Cultura Económica.
- Griesinger, W. (1845). *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Krabbe.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Max Niemeyer.
- Horacio (2005). *Odas (III. 30 I)*. Editorial Losada.
- Husserl, E. (1985). *Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica*. Fondo de Cultura Económica.
- Jaspers, K. (1969). *Entre el destino y la voluntad*. Guadarrama.
- Jaspers, K. (1988). *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa.
- Jung, C. G. (2006). *La práctica de la psicoterapia (Vol. 16)*. Editorial Trotta.
- Jung C. G. (2007). *Dos escritos sobre psicología analítica (Vol. 7)*. Editorial Trotta.
- Kant, I. (1975). *Crítica de la razón práctica*. Espasa-Calpe.
- Kierkegaard, S. (2012). *Temor i tremolor*. Marbot.
- Kohlberg, L. (1991). *My personal search for universal morality. The Kohlberg Legacy for the helping professions*. Doxa Books.
- Laing, R. D. (1960). *The Divided Self. An Existential study on sanity and madness*. Tavistock Publications.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. Plenum Press.
- Marina, J. A. (1998). *El misterio de la voluntad perdida*. Anagrama.
- Marinoff, L. (2017). *Más Platón y menos Prozac*. Ediciones B.
- Martín-Santos, L. (2024). *Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*. Galaxia Gutenberg.
- May, R. (1961). *Existential psychology*. Random House.
- Merleau-Ponty, M. (1942). *La structure du comportement*. P.U.F.
- Merleau-Ponty (1953). *Les sciences de l'homme et la phénoménologie*. C.D.U.
- Nietzsche, F. (1981). *La voluntad del poder*. Edaf.
- Ortega y Gasset, J. (1983). *El hombre y la gente. OC*. Alianza Editorial y Revista de Occidente.
- Piaget, J. (1971). *Le jugement moral chez l'enfant*. P.U.F.
- Platón (2010). *Diálogos. OC*. Gredos.
- Popper, K. R. (1966). *Of Clouds and Clocks*. Washington University Press.
- Rogers, C. (1960). Dialogue with M. Buber. *Psychologia*, 3, 208-221.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a person*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1966). *A dialogue with M.P. Tillich*. San Diego State College.
- Sartre, J. P. (1943). *L'Être et le Néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Gallimard.
- Sartre, J.P. (1980). "Conciencia moral es ser uno mismo para el otro". Entrevista con Benny Lévy para *Le Nouvel Observateur* (Sábado, 19 de abril de 1980).
- Sartre, J. P. (1983). *Cahiers pour une morale*. Gallimard.
- Sartre, J. P. (1992). *El existencialismo es un humanismo*. Edhasa.
- Schopenhauer, A. (1844). *Die welt als wille und vorstellung (2. Aufl.)*. Brockhaus.
- Schopenhauer, A. (2005). *Metafísica del amor / Metafísica de la muerte*. Obelisco.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Ediciones B.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Ediciones B.
- Seligman, M., Railton, P., Baumeister, R., y Sripada, C. (2016). *Homo prospectus*. Oxford University Press.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. Academic Press.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Alfred Knopf.
- Skinner, B. F. (1987). *Walden Dos*. Martínez Roca.
- Sorabji, R. (2014). *Moral conscience through the ages*. Oxford University Press.
- Spinoza, B. (2013). *Ética*. Marbot.
- Szasz, Th. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper y Row.
- Szasz, Th. (1965). *The ethics of psychoanalysis. The theory and method of autonomous psychotherapy*. Basic Books.
- Szasz, Th. (2007a). *The medicalization of everyday life*. Syracuse University Press.
- Szasz, Th. (2007b). *Coercion as cure. A critical history of psychiatry*. Transaction Publishers.
- Tillich, P. (1952). *The courage to be*. Yale University Press.
- Tomás de Aquino (1988). *Suma de teología*. Biblioteca de Autores Cristianos.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Herder.
- Villegas, M. (2014). Origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 25-40.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Herder.
- Villegas, M. (2018). *Psicología de los siete pecados capitales*. Herder.
- Wundt, W. (1886). *Ethik. Eine untersuchung der thatsachen und gesetze des sittlichen lebens*. F. Enke.
- Wundt, W. (1990). *Elementos de psicología de los pueblos*. Alta Fulla.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Yalom, I. D. (2008). *El día que Nietzsche lloró*. Destino.
- Yalom, I. D. (2013). *El problema de Spinoza*. Destino.
- Yalom, I. D. (2017). *La cura Schopenhauer*. Destino.

Artículo

Antropología Cultural del Auge de la Psicoterapia: Entre el Éxito y el *Exitus*

Marino Pérez-Álvarez 

Academia de Psicología de España (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 18/09/2025

Aceptado: 23/01/2026

Palabras clave:

Autodiagnóstico

Cultura de la terapia

Estilo terapéutico

Confesión

Gramática del trauma

Oprah Winfrey Show

Política educativa del bienestar emocional

Rito-de-paso

RESUMEN

La psicoterapia, sin dejar de ser una actividad clínica sanitaria, admite una mirada antropológica cultural como actividad e institución social que también es. Una tal mirada antropológica es particularmente relevante en relación con el actual auge de la psicoterapia. Después de todo, este auge inusitado no responde tanto a la existencia de terapias eficaces como a razones culturales de nuestro tiempo. Tampoco este éxito es necesariamente buena noticia, ni para la gente ni para la psicoterapia misma. El artículo analiza el auge de la psicoterapia como fenómeno cultural. Se destacan a este respecto factores mediáticos (shows televisivos, películas) que tanto reflejan una cultura de la terapia ya en curso como también la impulsan. Así, el “estilo terapéutico” llega a ser una forma cultural hegemónica de comprensión del yo y de los problemas personales, mediante el cual los individuos aprenden a narrar sus experiencias a través de una gramática emocional con epicentro en el trauma. En este contexto la psicoterapia corre el riesgo de convertirse más que nada en un dispensario narcisista de validación y empatía. El artículo plantea cómo hemos llegado aquí y qué hacer.

Cultural Anthropology of the Rise of Psychotherapy: Between Success and Exitus

ABSTRACT

Psychotherapy, without ceasing to be a clinical health activity, also admits a cultural anthropological perspective as a social activity and institution. Such an anthropological perspective is particularly relevant in relation to the current rise of psychotherapy. After all, this unprecedented growth responds less to the existence of effective therapies than to cultural reasons of our time. Nor is this success necessarily good news, either for people or for psychotherapy itself. The article analyzes the rise of psychotherapy as a cultural phenomenon. In this regard, media factors (television shows, films) are highlighted, as they both reflect an already ongoing therapy culture and further propel it. Thus, the “therapeutic style” comes to constitute a hegemonic cultural form for understanding the self and personal problems, through which individuals learn to narrate their experiences using an emotional grammar centered on trauma. In this context, psychotherapy runs the risk of becoming, above all, a narcissistic dispensary of validation and empathy. The article examines how we have arrived at this point and what can be done about it.

Keywords:

Self-diagnosis

Therapy culture

Therapeutic style

Confession

Grammar of trauma

Oprah Winfrey Show

Educational policy of emotional well-being

Rite of passage

Citar como: Pérez-Álvarez, M. (2026). Antropología cultural del auge de la psicoterapia: Entre el éxito y el exitus. *Revista de Psicoterapia*, 37(133), 17-26. <https://doi.org/10.5944/rdp.v37i133.46976>

Autor y e-mail de correspondencia: Marino Pérez-Álvarez, marino@uniovi.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

La psicoterapia tiene últimamente un papel más importante en la salud mental que la medicación psiquiátrica. Tras años en que la atención de la salud mental se inclinara hacia un mayor uso de medicamentos psiquiátricos, la tendencia ha comenzado a inclinarse de nuevo hacia la psicoterapia (Olson et al., 2025). Esta tendencia viene de antes de la pandemia del covid-19 y no se reduce al acceso facilitado por las tecnologías digitales las cuales no alcanzan a todos los problemas ni podrán sustituir la psicoterapia presencial (Kozelka et al., 2024).

El auge reciente de la psicoterapia forma parte del interés social por la psicología que desde 1970 —cuando empiezan las primeras facultades en España— no ha dejado de crecer. Los datos más recientes describen una línea de expansión que incluye la demanda y matrícula en estudios de grado, la proliferación de la formación clínica y sanitaria, y la incorporación profesional mediante colegiación (Infocop, 2025). Un crecimiento similar se constata internacionalmente incluyendo Australia (Australian Psychological Society, 2024), Europa (British Psychological Society, 2024; Wieser, 2025) y Estados Unidos (American Psychological Association, 2024). Y, ni que decir, el ámbito latinoamericano de Rio Bravo a la Patagonia. Se trata de un fenómeno global de origen e influencia occidental.

Sin embargo, este auge de la psicoterapia no parece que se deba al desarrollo de terapias psicológicas eficaces o basadas en la evidencia como a menudo se enfatiza, de modo que el público sepa ahora que existen psicoterapias eficaces —que existen—, y confíe en ellas. Se debe más a razones culturales y tendencias sociales que al desarrollo tecnocientífico de las propias psicoterapias, cuya diversidad y recombinación entre ellas crece más que su unificación y convergencia como acaso sería de esperar en términos científico-técnicos y profesionales. A este respecto, la psicoterapia va en la dirección contraria a las especialidades médicas —exceptuado la psiquiatría—, donde no existen diversas terapias y la pregunta por su enfoque dejaría perplejo a cualquier médico especialista, algo que tiene sentido en psiquiatría y en psicología clínica.

Además de la psicoterapia profesional regulada y acreditada que se ejerce en los sistemas de salud pública y en la práctica privada proliferan terapeutas en redes sociales, series televisivas sobre terapia, literatura de autoayuda, *mindfulness*, *coaching*, etc. Por no hablar de la proliferación de *chatbots* terapéuticos. Todo ello forma parte del auge de la psicoterapia en las últimas décadas. La psicoterapia convertida en fenómeno cultural de masas, además de un síntoma de crisis cultural y existencial, plantea la paradoja de cómo su éxito social acaso lleva inscrita su defunción como disciplina académica y actividad profesional fundada, en tanto se trivialice como dispensario de empatía. *Exitus letalis*.

Se propone aquí una antropología cultural del actual auge de la psicoterapia, partiendo de la premisa de que este fenómeno debe comprenderse, ante todo, como un hecho social más que estrictamente clínico. Esto implica mirar la psicoterapia más allá de las autodefiniciones de sus profesionales y usuarios, situándola en la dinámica cultural de nuestro tiempo. Aunque la psicoterapia interviene de forma localizada —en el “aquí y ahora”—, necesita pensarse globalmente, reconociendo tanto el tipo de malestares que aborda como su propio papel dentro de la sociedad en la que se ejerce. Se trata, por tanto, de una antropología cultural del auge

contemporáneo de la psicoterapia, que permita esclarecer a qué obedece, qué está ocurriendo, cómo hemos llegado a este punto y qué hacer al respecto.

El Auge de la Psicoterapia, un Fenómeno Social más que Clínico

El auge contemporáneo de la psicoterapia constituye no solo —ni tanto— un fenómeno clínico, sino también —y sobre todo— una transformación cultural de la sociedad y de los individuos. En las últimas décadas, los medios de comunicación y el entretenimiento popular han contribuido decisivamente a difundir y amplificar el lenguaje, las prácticas y los valores de la terapia psicológica. Este proceso, que sociólogos como Frank Furedi y Eva Illouz denominan *cultura terapéutica* (Furedi, 2004; Illouz, 2010), ha convertido la experiencia emocional y el trauma en emblemas de autenticidad contemporánea.

En este contexto, *The Oprah Winfrey Show* (1986–2011) ocupa un lugar privilegiado: su formato televisivo, centrado en la revelación emocional y la validación del sufrimiento, convirtió el plató en un espacio de psicoterapia colectiva, contribuyendo a la idea de que la salud mental es un componente esencial de la vida moderna. La cuestión aquí es ver cómo este y otros productos culturales configuran una antropología de la subjetividad terapéutica, marcada por la ambivalencia entre la emancipación emocional y la espectacularización mediática del sufrimiento.

Eva Illouz en su estudio del Show de Winfrey (Illouz, 2003) argumenta que el programa desempeñó un papel fundamental en la democratización del discurso psicológico. El formato se organizaba en torno a la exposición de experiencias de trauma —abusos, pérdidas, enfermedades, discriminación— que se transformaban, ante millones de espectadores, en relatos de superación y redención. Este proceso convertía el trauma individual en materia narrativa colectiva, configurando un ritual de confesión pública donde el dolor se hacía visible, inteligible y, sobre todo, curable mediante su expresión.

El plató de Oprah funcionaba como un espacio híbrido, a medio camino entre el escenario mediático y la consulta terapéutica. En cada episodio, la conductora desplegaba un estilo terapéutico propio, basado en la empatía, la validación emocional y la escucha activa (Illouz, 2003). La estructura seguía el esquema de una sesión clínica: narración del problema, reconocimiento de la emoción, intervención orientadora y cierre catártico. A través de este proceso, la audiencia participaba simbólicamente en una experiencia de catarsis colectiva, lo que normalizaba la expresión emocional y la búsqueda de ayuda psicológica.

Sin embargo, Illouz advierte que esta visibilidad mediática del trauma tiene un doble filo. Por un lado, legitima la importancia del sufrimiento psíquico y promueve la empatía social; por otro, introduce una economía del dolor, donde el relato de la herida se convierte en capital emocional y en mercancía televisiva (Illouz, 2003). Así, el sufrimiento se estetiza, y la terapia se convierte en espectáculo.

Frank Furedi conceptualiza este fenómeno dentro de un marco más amplio: la *cultura de la terapia*. Según este autor, las sociedades occidentales contemporáneas han desplazado la autoridad moral y social hacia el lenguaje psicológico, generando una sensibilidad que privilegia la vulnerabilidad, la autorreflexión y la necesidad constante de apoyo emocional (Furedi, 2004). En este sentido, programas como

The Oprah Winfrey Show no solo reflejan esta transformación, sino que la producen activamente: transforman los conflictos sociales en problemas emocionales individuales y legitiman la figura del terapeuta como mediador moral de la vida pública.

Para Furedi, esta cultura de la terapia tiene también consecuencias ambivalentes. Si, por un lado, democratiza el acceso al lenguaje psicológico y reduce el estigma del malestar mental, por otro, promueve una dependencia de la terapia: los individuos aprenden a interpretar su experiencia vital a través del prisma de la herida y la curación emocional. Este desplazamiento puede erosionar la noción de responsabilidad colectiva, replegando los problemas sociales en la esfera privada del yo.

El impacto cultural de la psicoterapia quedó reflejado y a la vez impulsado a través de otros productos mediáticos de finales de los noventa: la película *Una terapia peligrosa* (*Analyze This*, 1999) y la serie *Los Soprano* (1999–2007). Ambas ilustran cómo la figura del terapeuta se normalizó y se volvió objeto de fascinación narrativa.

En *Una terapia peligrosa*, el personaje interpretado por Robert De Niro, un jefe mafioso incapaz de controlar sus ataques de pánico acude a terapia con un psiquiatra interpretado por Billy Crystal. Lo que podría parecer una sátira de la psicoterapia termina funcionando como símbolo de aceptación cultural: si incluso un mafioso puede necesitar ayuda emocional, la terapia se presenta como recurso universal, despojado de tabúes. El humor y la parodia operan aquí como vehículos de normalización. Aun en su clave cómica, esta película tiene un doble interés ilustrativo. Por un lado, muestra la pregnancia que el “ataque de pánico” estaba teniendo a finales de la década de 1990 como trastorno desgajado de la ansiedad a fin de comercializar una nueva benzodiacepina de la familia alprazolam (*Xanax*, *Trankimazín*). El trastorno de pánico es un ejemplo de invención de trastornos (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). Por otro, muestra cómo ir a psicoterapia y el diagnóstico mismo pueden producir un cierto alivio inicial aún en pacientes sin sofisticación para seguir una psicoterapia como el protagonista, en las antípodas de los neuróticos de las películas de Woody Allen.

Por su parte, *Los Soprano* ofrece una exploración más compleja. Tony Soprano, otro jefe mafioso, inicia una terapia para tratar sus ataques de ansiedad, lo que desencadena una profunda indagación en sus traumas familiares, sentimientos de culpa y conflictos morales. La relación con la doctora Melfi combina tensión ética y dependencia emocional, representando la dimensión ambigua del vínculo terapéutico. La serie contribuyó a la legitimación cultural de la psicoterapia como espacio de verdad emocional, pero también reveló sus límites: la terapia puede iluminar el conflicto, sin transformar la conducta.

Ambas —la película y la serie—, junto con el fenómeno televisivo de Oprah, ejemplifican la expansión de un imaginario donde el terapeuta ocupa el lugar que antaño pertenecía al confesor, al filósofo o al líder espiritual. En la cultura contemporánea, la verdad del sujeto se revela no ante la divinidad ni ante la comunidad, sino ante un otro profesionalizado que escucha y traduce el dolor en narrativa psicológica.

La Psicoterapia Como Rito y Confesión en Tiempos Seculares

Desde una perspectiva antropológica, el funcionamiento y auge de la terapia puede leerse como un proceso de *ritualización* y

confesión de los tiempos seculares modernos. La psicoterapia puede —y debe— ser descrita como un particular *rito-de-paso* consistente en un conjunto de actividades en orden a transitar de una situación de la vida de estar mal (malestar) a otra situación de mejoría o bienestar, a través de un proceso y procedimiento de ayuda y reconocimiento social (Pérez-Álvarez, 2013). La psicoterapia como continuación laica moderna de la confesión fue vista por Foucault considerando que se trata de una nueva tecnología de subjetivación donde el individuo se constituye como sujeto moral al verbalizar su verdad ante una instancia legitimadora (Foucault, 1976).

La psicoterapia contemporánea puede entenderse, pues, como un rito-de-paso secular en el que el individuo atraviesa una crisis y se reconstruye a través del relato de sí mismo mediado por el terapeuta, y como confesión consistente en un proceso de subjetivación mediante la palabra, la escucha y la interpretación, donde el discurso produce verdad y legitimación personal. En el plano mediático, *The Oprah Winfrey Show* amplía este modelo donde el plató actúa como espacio ritual de confesión pública de manera que las historias de dolor se transforman en narrativas de superación. El programa condensa la fusión contemporánea entre rito, confesión, terapia y espectáculo, legitimando el autoconocimiento ante la mirada colectiva.

Nikolas Rose (1998) profundiza en la genealogía foucaultiana al sostener que la psicología moderna ha configurado una nueva forma de persona: el yo psicológico, definido por su reflexividad, capacidad de autoconocimiento y obligación de autorregulación. En este proceso, la cultura mediática funciona como un catalizador que enseña no solo qué emociones deben sentirse, sino también cómo narrarlas públicamente, moldeando así las gramáticas afectivas de la subjetividad. Desde esta perspectiva, la psicoterapia actúa como un dispositivo de *reescritura del alma*, en el sentido planteado por Hacking (1995): las ciencias humanas no se limitan a describir identidades, sino que las producen al transformar las formas en que las personas comprenden y experimentan su propio malestar. Tanto la psicoterapia como la cultura de la autoayuda constituyen, en este sentido, las principales formas contemporáneas de *salvación del alma*: prometen sanar, reconciliar y dotar de autenticidad a la vida. La “salvación”, antes vinculada a Dios o a la comunidad, se traslada ahora al trabajo permanente sobre el yo (Illouz, 2010).

Las representaciones de la psicoterapia en *The Oprah Winfrey Show*, *Los Soprano* y *Una terapia peligrosa* evidencian cómo, desde la década de 1990, la terapia se ha consolidado como una institución cultural central en las sociedades contemporáneas. A través del espectáculo mediático, la ficción televisiva y el discurso de autoayuda, la psicoterapia se ha difundido como un lenguaje de autocomprensión y como una promesa de redención emocional. Se ha establecido así todo un “estilo terapéutico”, en palabras de Illouz, como forma cultural hegemónica de comprensión del yo y de los problemas personales, mediante el cual los individuos aprenden a narrar sus experiencias a través del lenguaje emocional y psicológico (Illouz, 2003, 2010).

Este estilo promueve una gramática afectiva que interpreta los conflictos vitales como heridas internas que requieren introspección, autenticidad y sanación, desplazando otros marcos explicativos de orden moral, social o político. A través de los medios —particularmente el modelo confesional popularizado por el *Oprah Winfrey Show*—, la cultura terapéutica ha convertido la autorreflexión emocional en un imperativo moral y en un proyecto

permanente de autoelaboración personal. Como resultado, el yo contemporáneo se concibe como un “proyecto emocional” en constante mejora, donde la solución de los problemas se busca principalmente dentro de la esfera individual y afectiva, consolidando una identidad centrada en el autoconocimiento, la vulnerabilidad y el trabajo emocional sobre uno mismo.

Este estilo y cultura terapéutica ha producido efectos ambivalentes: por un lado, emancipadores, al visibilizar el trauma, legitimar la vulnerabilidad y disminuir el estigma asociado al malestar psicológico; por otro, de espectacularización, al mercantilizar el sufrimiento, individualizar problemas de carácter social y convertir la introspección en confesión pública.

La década de 1990 marca un punto de inflexión en la transformación de la psicoterapia en lenguaje público de autocomprensión. En ese periodo convergen varios procesos: la expansión global del neoliberalismo, que desplaza la responsabilidad social hacia el individuo y convierte la gestión emocional en una forma de autogobierno, y el surgimiento de una cultura sentimental, en la que la emoción se vuelve criterio de autenticidad moral y forma legítima de comunicación pública. Como advierte Furedi (2004), la muerte de la princesa Diana en 1997 simboliza este giro: el duelo colectivo televisado inaugura una era donde el sentimiento sustituye al argumento y la exposición de la intimidad se convierte en la nueva medida de lo humano. En ese contexto, la psicoterapia deja de ser una práctica llevada privadamente para convertirse en un dispositivo cultural de expresión, consuelo y reconocimiento, a tono con el individualismo emocional propio del actual capitalismo consumista.

Todo lo anterior empieza antes del impacto global de las redes sociales —a partir de 2012— cuando su uso se hace general, e integral su colonización de los individuos. Las redes sociales como plataformas únicas —nunca vistas— de autopresentación y autopromoción, lejos de fomentar las relaciones sociales, promueven la individualidad *narcisista* donde el otro funciona más que nada como público, seguidor y proveedor de “me gustas”. Sin la alteridad del otro con su otredad o modo particular de ser diferente (incluidas sus opiniones de nosotros), todos terminan por ser otros genéricos intercambiándose aprobaciones. En este contexto, surgen nuevos malestares incluida la soledad (Pérez-Álvarez, 2023).

Dentro de esta cultura y estilo de la terapia cabe destacar todavía tres fenómenos recientes: el paso del diagnóstico y la psicoterapia de estigma a moda, el trauma como gramática cultural del sufrimiento y la psicoterapia como contexto narcisista dispensario de validación y empatía.

De Estigma a Moda

Aun cuando el estigma de los diagnósticos y de la psicoterapia no han desaparecido, lo cierto es también que en el nuevo mundo que abren las redes sociales se prodigan los diagnósticos —y autodiagnósticos— como formas de identidad (Salter et al., 2025; Corzine y Roy, 2024). Asimismo, ir a psicoterapia parece ahora una señal de identidad conforme se exhibe de buen grado, lejos de ocultarlo como en el pasado. El beneplácito que suele recibir la declaración de haber ido a psicoterapia o estar en ella —empezando por famosos— sugiere su prestación como exhibición de vulnerabilidad y autenticidad. Hablar de moda tal vez parezca excesivo, como también dar por superado el estigma. Sin embargo, la fórmula “del estigma a la moda” capta un fenómeno nuevo que no implica necesariamente

pasar de algo malo —el estigma— a algo bueno, ni siquiera para la psicoterapia como veremos.

Más en particular, esta tendencia diagnóstica y autodiagnóstica se observa, sobre todo —aunque no exclusivamente—, en el movimiento de la neurodiversidad y en el resurgimiento del trastorno de identidad disociativo.

Aunque el movimiento de la neurodiversidad emergió como alternativa al modelo biomédico del déficit, reivindicando las variaciones neurológicas como formas legítimas de la condición humana y subrayando la responsabilidad social en la discapacidad (Chapman, 2025; Dwyer, 2022), en los últimos años se observa un giro identitario donde los diagnósticos y autodiagnósticos se emplean como formas de pertenencia y de autenticidad personal —“soy neurodivergente”, “soy TEA”, TDAH— (Foster y Ellis, 2024; Shmulsky et al., 2022).

Esta transición introduce una paradoja interna al proyecto emancipatorio original, dado que la afirmación positiva de la diferencia implica apoyarse en las categorías diagnósticas que se pretendía despatologizar. Por no hablar de que la distinción entre “neurodivergente” y “neurotípico” —en la base de la neurodivergencia— carece de fundamento neurológico, sostenida únicamente sobre construcciones sociales y narrativas colectivas (Cromby y Johnstone, 2024).

El resultado es un terreno ambivalente en el que la identidad neurodivergente puede operar como fuente de agencia y solidaridad, o bien derivar en nuevas formas de esencialismo y de narcisismo identitario, con la consiguiente fijación de etiquetas que reducen la complejidad individual (Maynard, 2025). Si bien la neurodiversidad ha permitido visibilidad, como reconoce Robert Chapman en *El imperio de la normalidad*, también ha sido instrumentalizada por el capitalismo como “neurodiversidad elitista”: una versión edulcorada y liberal del movimiento enfocada solo en talentos útiles, dejando de lado a quienes requieren apoyos reales (Chapman, 2025).

Por su parte, el trastorno de identidad disociativo (TID) —antes trastorno de personalidad múltiple— está resurgiendo en la era digital. En los años ochenta y noventa el TID ganó visibilidad clínica y mediática, luego experimentó un descenso en su perfil público y un aumento del escepticismo. Sin embargo, en la actualidad asistimos a un resurgimiento donde el trastorno ha vuelto a ocupar un lugar destacado, no por avances clínicos, sino como construcción cultural: las identidades fragmentadas se han convertido en parte del imaginario colectivo (Launay et al., 2023; Salter et al., 2025).

Este repunte se encuentra estrechamente vinculado al impacto de las redes sociales. En plataformas como TikTok o YouTube entre otras proliferan testimonios de personas que describen “alters” o “switches”, generando lo que algunos expertos denominan una “epidemia digital” de autodiagnósticos (Foster y Ellis, 2024; Underhill y Foulkes, 2025). La estructura de las redes —anonimato, tráfico emocional, visibilidad inmediata— favorece narrativas clínicas construidas o exageradas. Así, la autopresentación en línea de TID puede responder más a una búsqueda de visibilidad que a una presentación clínica validada, incluido el “Munchausen por Internet”, conforme la estructura de las plataformas facilita la construcción de relatos de enfermedad que obtienen recompensa social (Binet, 2024; Giedinghagen, 2023).

En el contexto de las redes sociales, la neurodivergencia y el TID se prestan a una función narcisista en tanto los diagnósticos y autodiagnósticos constituyen hoy formas de ser socialmente

validadas, incluso formas de identidad sugerentes de vulnerabilidad y autenticidad. Se trata de una dinámica que reproduce la estructura narcisista de búsqueda de aprobación y admiración. La visibilidad digital, los “me gusta”, la audiencia, la identificación pública con una narrativa neurodivergente y disociativa, pueden alimentar un circuito narcisista de exposición, validación y reafirmación identitaria. De este modo, la neurodivergencia y el TID aparecen como un vehículo —consciente o inconsciente— de efectos narcisistas adaptados al entorno mediático contemporáneo. Y el trauma suele ser su explicación más socorrida y legitimadora.

El Trauma Como Gramática Cultural

Durante las últimas décadas, el concepto de trauma ha experimentado un marcado proceso de expansión semántica, psicológica y moral. Lo que en su origen constituía una categoría clínica delimitada a experiencias excepcionales de daño severo (violencia extrema, guerra, abuso sexual, catástrofes) ha pasado a operar como un marco interpretativo general del malestar humano. Este fenómeno se ha descrito como *concept creep*: la tendencia cultural a ampliar los límites definicionales de nociones relativas al daño psicológico hasta incluir experiencias cada vez más leves y diversas (Haslam, 2016). Por su parte, Michael Scheeringa (2023) en su libro *El problema del trauma* muestra cómo la idea —e ideología— del trauma se ha expandido más allá de la evidencia.

El trauma, en tanto gramática cultural del sufrimiento, organiza cómo se nombra, se legitima y se comunica el dolor en el espacio público. La incorporación del trastorno por estrés postraumático en el DSM-III en 1980 no supuso únicamente la formalización médica de un cuadro clínico, sino la creación de una matriz interpretativa que unificó biografías heterogéneas bajo una misma narrativa etiológica. Young (1996) mostró que dicho diagnóstico emergió de una “armonía de ilusiones” entre intereses políticos, sanitarios y jurídicos, que extendió la figura de la víctima traumática desde el veterano de guerra a múltiples contextos: violencia de género, migración forzada, abuso infantil, desastres y precarización social.

Por su parte, Fassin y Rechtman en *El imperio del trauma* han señalado que el trauma se ha convertido en una categoría moral y política dominante que determina quién merece reconocimiento y protección (Fassin y Rechtman, 2009). La narrativa traumática confiere visibilidad, acredita el sufrimiento y habilita recursos institucionales. Nombrar el propio malestar como trauma supone entrar en un régimen de verdad en el que el daño emocional se convierte en el lenguaje legítimo para expresar la vulnerabilidad personal y colectiva.

Este mismo proceso produce exigencias *performativas*. Declarar públicamente un trauma suscita empatía, pero también la exige. La autodeclaración traumática apela a la sensibilidad del interlocutor y bloquea la posibilidad de interpelación sin riesgo de incurrir en una nueva afrenta. La intimidad que se expone comporta una cierta intimidación: una vez pronunciado el trauma, la única respuesta socialmente aceptable es la validación emocional. Ello transforma la gramática del sufrimiento en una norma cultural que prescribe cómo debe expresarse el dolor para ser reconocido y cómo deben responder los demás.

Esta gramática funciona dentro de un capitalismo emocional que fomenta identidades heridas, sujetos permanentemente vulnerables y consumidores de terapias, discursos resilientes y

tecnologías del yo. La figura del “sobreviviente” adquiere así un doble carácter: empodera por la obtención de reconocimiento, pero a la vez puede fijar al sujeto en una identidad de daño que se vuelve difícil de abandonar.

La literatura de autoayuda ha desempeñado en las últimas décadas una función decisiva en la popularización del trauma como explicación universal de los malestares de la vida ordinaria. Obras superventas como *El cuerpo lleva la cuenta* de Bessel van der Kolk o *El mito de la normalidad* de Gabor Maté han trasladado al espacio público discursos que antes permanecían circunscritos a la clínica o al campo profesional de la salud mental. En dichas obras se formula una premisa culturalmente poderosa: si algo en la vida presente “no va bien”, la causa se halla en traumas pasados, a menudo invisibles o desatendidos. La autoayuda intensifica esta lógica por medio de recursos retóricos y testimoniales que expanden y trivializan el diagnóstico y abren la puerta a una autodetección permanente.

La moda de los diagnósticos y autodiagnósticos con la neurodivergencia y el TID a la cabeza contribuyen al auge de la psicoterapia. Pero no solo por su necesidad sino también por sus prestaciones como contexto narcisista dispensario de validación y empatía, lo que termina por condicionar su aplicación.

Psicoterapia Como Dispensario Narcisista de Validación y Empatía

En el contexto sociocultural actual, la psicoterapia se está convirtiendo en un escenario de reconocimiento afectivo más que en un espacio únicamente orientado al cambio conductual, la reestructuración cognitiva o la elaboración profunda de conflictos internos. La expectativa dominante de numerosos usuarios se centra en experimentar escucha, comprensión y ratificación emocional inmediata. Esta orientación, en consonancia con la cultura psicológica contemporánea que privilegia la vulnerabilidad como identidad moralmente valiosa, redefine la función terapéutica en términos de una relación principalmente confirmatoria.

El hecho de que hay consultantes que se quejan de tal actitud confirmatoria de parte del psicoterapeuta sugiere que es una tendencia de la psicoterapia en estos tiempos de la validación. Rebecca Russ cita el caso —que seguramente representa a muchos— de una joven que estaba en psicoterapia y se quejaba de que “cada semana, su terapeuta le ofrecía afirmaciones y la tranquilizaba. Le decía que su dolor tenía sentido, que sus sentimientos eran válidos y que merecía amabilidad. Lo que nunca recibió fue un desafío a la voz del trastorno alimentario que dominaba su mente. Los crueles pensamientos de que no era suficiente, de que no merecía comer y de que debía obedecer las reglas de su enfermedad permanecieron intactos.” (Russ, 2025).

Sin embargo, como acertadamente discute la propia Rebecca Russ, la validación empática, cuando se transforma en respuesta predeterminada, puede devenir una forma de evitación. Cuando el terapeuta se aferra al confort emocional del paciente —aunque sea para mantener la alianza terapéutica y evitar tensiones— está dejando de hacer terapia en tanto esta implica intervenciones dirigidas a la confrontación de patrones desadaptativos. El exceso de validación desactiva el trabajo terapéutico que interpela, confronta y clarifica en orden a tomar decisiones y promover posibles cambios. La empatía y la validación en lugar de favorecer la capacidad de respuesta pueden estabilizar el síntoma y reforzar la narrativa del daño (Russ, 2025).

En una línea convergente, Simpson y Navot (2023) diferencian entre vulnerabilidad auténtica y pseudovulnerabilidad. La primera supone una exposición veraz al dolor acompañada de una disposición al cambio, mientras que la pseudovulnerabilidad se manifiesta como un despliegue emocional táctico que busca validación, protección o aprobación sin intención real de modificar los patrones que sostienen el malestar. Los autores se refieren a pacientes con escasas oportunidades de haber experimentado una cercanía emocional genuina, sin haber podido compartir su vulnerabilidad real ni sentir presencia afectiva, consuelo o sintonía profunda en sus vínculos primarios. Sin embargo, este concepto puede tener un mayor alcance. En el contexto actual, ciertas prácticas educativas y entornos digitales que proveen adulación continua, reforzadores inmediatos y validación constante contribuyen a que las personas esperen parabienes y confirmación incluso en el espacio terapéutico. Pueden, así, sentirse vulnerables sin esperar más que conformación y empatía, un modo de pseudovulnerabilidad.

La pseudovulnerabilidad —sin esperar en realidad cambiar nada— puede colocar al psicoterapeuta en un circuito clínico estéril, en el que la empatía ofrecida engulle la relación y se evita la confrontación necesaria con aspectos disfuncionales, que acaso merecería explorar. En su lugar, se consolida un *impasse*, si es que no la mera provisión de validación narcisista. Lo cierto es que sin confrontación y frustración el cliente no puede desarrollar un sentido de resiliencia o independencia (Simpson y Navot, 2023, p. 16).

Este desplazamiento funcional convierte la psicoterapia en un dispositivo de legitimación del malestar, cuya eficacia se evalúa por la calidad del consuelo proporcionado. La satisfacción subjetiva se prioriza sobre el progreso real. Esta deriva se inserta en una “sociedad vulnerable” donde la victimización y la validación emocional operan como moneda moral para el reconocimiento social. El resultado es una psicoterapia que corre el riesgo de participar en la construcción de identidades lastimadas: sujetos que necesitan ser confortados más que transformados.

Esta dinámica se amplifica en la expansión reciente de *chatbots* terapéuticos y asistentes digitales orientados al bienestar emocional. Su diseño se basa, por defecto, en la provisión de respuestas empáticas, apoyo incondicional y ausencia de juzgamiento. Estas tecnologías tienden a replicar los patrones de complacencia y confirmación más criticados en la clínica humana, dado que carecen de la capacidad de interpelar eficazmente conductas disfuncionales y plantear cuestiones que puedan resultar afectivamente incómodas. En consecuencia, automatizan la dimensión de validación sin poder ofrecer, de forma consistente, la parte incómoda pero necesaria del proceso terapéutico: la promoción de la responsabilidad personal, la clarificación de valores y el trabajo hacia el cambio. En su lugar, contribuyen al narcisismo y no es solo que los *chatbots* funcionen como “máquinas de empatía”, sino que los psicoterapeutas se conviertan en *chatbots* dispensadores de empatía tutiplén (Pérez-Álvarez, 2026).

La psicoterapia corre el riesgo de convertirse en una práctica de contención emocional que satisface una demanda cultural de cuidado, sin atender con rigor a la complejidad del cambio psicológico. La clave está en recuperar el equilibrio entre la empatía necesaria para sostener al consultante y la confrontación igualmente necesaria para ayudarlo en el problema consultado. No se debe confundir satisfacción con psicoterapia que a menudo implica plantear verdades incómodas (Kabrel, 2025; Pérez-Álvarez, 2026).

La validación, afirmación, acompañamiento y empatía parecen haber dejado de ser características generales comunes del establecimiento de una “buena relación” terapéutica, para ser ellas mismas el alfa y omega de la psicoterapia. Sin ellas, una psicoterapia no va muy lejos —más allá de la primera sesión—, pero quedarse en ellas supone que la psicoterapia propiamente no ha empezado. Cualquier psicoterapia que se precie de su nombre implica alguna forma de estudio y entendimiento del asunto que trae a la consulta —preguntar, analizar, clarificar, confrontar—, no meramente validar, afirmar, acompañar y empatizar. La cuestión es que nuevas generaciones de clientes de psicoterapia vengan precisamente como “clientes”: con las prerrogativas del cliente comprador de algo que “siempre tiene razón”, “sabe lo que quiere”, ha de ser “adulado” y “quedar satisfecho”.

La cuestión es que un tal sujeto y subjetividad fueron moldeados por la propia psicoterapia en sus ajustes a los tiempos —a su vez, impulsora de los mismos— dando lugar a la citada cultura de la terapia (Furedi, 2004; Illouz, 2010; Urošević, 2024). Y la paradoja es que el actual auge de la psicoterapia —como apoteosis de la cultura terapéutica— está condicionando ahora su aplicación en la medida en que funciona como dispensario narcisista de validación y empatía.

Cómo Hemos Llegado Aquí: Capitalismo, Romanticismo y Publicidad

En la estirpe del cuidado —probablemente la dedicación más antigua del mundo—, la psicoterapia por su nombre tiene una corta historia. Esta empieza a finales del siglo XIX en el contexto de la hipnosis, se establece y expande a lo largo del siglo XX —que bien podríamos considerar a este respecto el “siglo de la psicoterapia”— y alcanza un auge inusitado en lo que va del siglo XXI donde estamos.

Más allá de la estirpe milenaria, con momentos estelares en la filosofía helenística—de creciente interés hoy en día— y en el tratamiento moral en el siglo XVIII, la psicoterapia con la cultura que propicia y auge alcanzado se ha de entender en el contexto de la sociedad moderna empezando por el resquebrajamiento de las estructuras sociales comunitarias en favor de la sociedad de los individuos. Lo demás ya es historia: proceso de urbanización, industrialización, capitalismo, secularización, individualismo, neoliberalismo y consumismo. Este proceso se podría sintetizar en términos de una suerte de evolución del espíritu objetivo hegeliano: espíritu del capitalismo, espíritu del consumismo y espíritu terapéutico. Cada uno con su *ethos*: ética protestante, ética romántica y ética narcisista. *Ethos* refiere la textura afectiva, conductual y moral de una época: los modos de vida y tipos de individuos que una sociedad considera normales y normativos.

Unas cuantas referencias permiten documentar esta idea siquiera de forma esquemática. El punto de arranque podría situarse en la obra de Max Weber *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (1905) donde muestra cómo la ética del trabajo y del ahorro contribuyeron al desarrollo del capitalismo tradicional. Luego vendría la ética romántica —hedonista, basada en el deseo— que daría lugar al espíritu del consumismo que florece en el siglo XX como muestra en este caso Colin Campbell en su obra *The Romantic Ethic and the Spirit of Modern Consumerism* (original de 1987, revisada en 2018). El momento actual y de acuerdo con la citada cultura de la terapia se caracterizaría por el *ethos narcisista* del

“espíritu terapéutico del neoliberalismo” entendiendo que el neoliberalismo opera ahora no solo como régimen económico, sino como régimen de subjetividad (Foster, 2016; Urošević, 2024).

El *ethos narcisista* alude a un modo cultural de subjetivación en el que el individuo se concibe a sí mismo como proyecto, marca o espejo de reconocimiento, orientando su vida hacia la visibilidad, la autoafirmación y la gratificación emocional inmediata. Más que un rasgo clínico, se trata de una estructura cultural del sentimiento que define la manera en que los sujetos se relacionan consigo mismos, con los demás y con las instituciones. Este narcisismo cultural que surge en la década de 1970 ha llegado a ser no ya un narcisismo normal sino *normativo*, adaptativo y funcional (Pérez-Álvarez, 2026).

Otra forma esquemática del argumento que merecería desarrollar se encuentra en el conocido documental de Adam Curtis *El siglo del individualismo* (*The Century of the Self*) (Curtis, 2002). El documental muestra cómo, a lo largo del siglo XX, se produjo una alianza entre el capitalismo y el romanticismo operada por la publicidad. A comienzos del siglo XX, la naciente industria publicitaria estadounidense descubrió, gracias a las aportaciones del psicoanálisis aplicado de Edward Bernays —así como del fundador del conductismo John Watson a la sazón convertido en publicista— que los productos se vendían mejor mediante su asociación emocional y capacidad para simbolizar libertad y felicidad, que apelando a su utilidad. De este modo, la publicidad se convirtió en el punto de encuentro entre la economía y la psicología: el deseo subrepticamente suscitado pasó a ser el motor del consumo. El entonces secretario de Comercio y próximo presidente Herbert Hoover, en un discurso de 1928 dirigido a los empresarios norteamericanos, sintetizó esta nueva lógica cultural: “Tenéis la labor de crear el deseo y transformar a la gente en máquinas de felicidad en constante movimiento.”

Su exhortación anticipaba la economía del deseo permanente: un sistema donde el consumidor debía permanecer en perpetua búsqueda de satisfacción, mientras la publicidad ofrecía objetos que prometían identidad, pertenencia y amor. La “búsqueda de la felicidad” como derecho que figura en la Declaración de Independencia (1776) de EEUU parece ahora una fórmula irónica —si es que no perversa— de tener a la gente empeñada buscando algo que uno nunca alcanza y acaso parecen tener otros.

La célebre serie *Mad Men* (2007-2015) retrata magistralmente esa alianza entre romanticismo y capitalismo. Ambientada en el Nueva York publicitario de los años sesenta, muestra cómo los creativos de Madison Avenue —Don Draper en particular— aprendieron a vender emociones más que productos, vinculando la felicidad, el amor y la autenticidad personal con el acto de consumir. Ya en el primer episodio, una célebre viñeta muestra cómo la idea del amor se utiliza para vender medias (“Lo que llamas amor fue inventado por tipos como yo para vender medias”, le dice Don Draper a la mujer que le estaba contando cómo entendía ella el amor). La cuestión es que incluso los sentimientos más íntimos podían convertirse en argumento comercial. *Mad Men* dramatiza *in statu nascendi* lo que sería el capitalismo emocional que sociólogos como Eva Illouz y Giles Lipovetsky describen en sus libros.

Décadas más tarde, la psicología humanista y la psicología positiva darían un nuevo lenguaje a esa misma lógica. Bajo la apariencia de ciencia del bienestar, estas corrientes promovieron un modelo de autooptimización emocional, donde la felicidad

se convierte en obligación moral. La promesa romántica de autenticidad se reformula en términos de resiliencia y gestión emocional, términos neoliberales.

A esta configuración se suma la literatura de autoayuda. Libros de desarrollo personal, guías de liderazgo emocional y manuales de felicidad prometen transformar la vida mediante el trabajo del yo, enseñando al lector a diagnosticar sus propias carencias, regular sus emociones y optimizar cada aspecto de su existencia. La autoayuda no solo consolida la lógica de responsabilidad individual promovida por la psicología positiva (el que no sea feliz es porque no quiere o no sabe los “trucos”), sino que reinventa la moral romántica del yo como proyecto de consumo: adquirir conocimiento, técnicas y estrategias se convierte en un acto de inversión personal, donde la felicidad es cosa de uno.

La alianza entre capitalismo y romanticismo culmina en la actual deriva narcisista del neoliberalismo terapéutico: un régimen de subjetividad donde el yo se concibe como empresa, el malestar se trata como déficit emocional y la psicoterapia, junto con la autoayuda, se convierte en un espacio de validación y optimización más que de transformación social. En esta economía del afecto, el amor, la felicidad y la autorrealización ya no cuestionan el orden social: lo legitiman al integrarse en su maquinaria de deseo y consumo perpetuo.

El régimen neoliberal de subjetividad se configura como un modo de gobierno de sí en el que los individuos interiorizan las lógicas del mercado —autogestión, gestión de las emociones, tu mejor versión, optimización, felicidad— expresadas en el lenguaje emocional y autorreflexivo de la cultura terapéutica. El sujeto se concibe como una empresa de sí mismo, permanentemente llamada a administrarse, repararse y mejorarse, mientras el malestar se redefine como un problema personal o emocional, desvinculado de sus causas sociales o estructurales. El filósofo Byung-Chul Han describe esta lógica en sus obras (*La sociedad del cansancio*, *La sociedad de la transparencia*, etc.).

Una de las derivas más visibles de este proceso es la conformación del citado *ethos narcisista*, donde la identidad se sostiene en el autodiagnóstico y en la búsqueda de reconocimiento emocional. El diagnóstico —y cada vez más, el autodiagnóstico— se convierte en un signo de pertenencia e identidad, mientras la psicoterapia se transforma en un espacio de validación y empatía, más orientado a confirmar la experiencia subjetiva que a interpelar y transformar las condiciones de vida. Así, la promesa de autenticidad y bienestar deriva en un proyecto de autooptimización infinita, donde el yo se consolida como el centro y el límite de toda preocupación ética y política.

En el contexto neoliberal la cultura terapéutica no es simplemente un conjunto de prácticas de bienestar individual, sino que funciona como una ideología que integra la subjetividad al proceso de capitalización, al régimen de autogobierno, de rendimiento y optimización. Los sujetos neoliberales no solo deben producir —siquiera producir deseos— y consumir, sino también gestionar sus emociones e identidades como empresarios de sí mismos. Nada mejor para el *statu quo* del sistema político y económico que los ciudadanos convertidos en consumidores, diagnosticados de algo y en terapia. Un nuevo paternalismo sin padres. Una recaída en la “minoría de edad”, inmadurez colectiva y sociedad infantilizada (Hayward, 2024), supuesto que la Ilustración nos ha sacado de ella, según dijera Kant en 1784.

Qué Hacer: Apunte de Algunas Ideas

La psicoterapia tiene que actuar localmente, ante la demanda aquí y ahora, pero ha de pensarse globalmente como institución social que es. Un particular tipo de *institución social intermedia* entre los individuos y la sociedad, y no solo una especialidad clínica, por así decir, “arregla trastornos mentales” que tienen los individuos convertidos en pacientes como si lo fueran de una enfermedad más cualquiera. Aun cuando concebida y organizada a imagen y semejanza del tratamiento médico, la psicoterapia no deja de ser una actividad social, ética y filosófica. Filosófica siquiera en tanto implica el modo de estar-en-el-mundo y el sentido de la vida que las sociedades y las épocas deparan. En este sentido, la mirada de la psicoterapia no debe ser tanto dentro del individuo intrapsíquicamente, como *dentro* del mundo en el que el individuo está: su vida y circunstancias.

Una tal concepción de la psicoterapia como institución social —más que mera especialidad clínica—, mirando a la sociedad dentro de la que los individuos tienen los problemas que consultan, requiere de una función crítica y autocrítica: tanto de esa sociedad como del papel en ella de la propia psicoterapia. Después de todo, la psicoterapia que florece dentro de la actual cultura diagnóstica y terapéutica —que la psicología y la psiquiatría contribuyeron a crear— conlleva su ambivalencia entre “apaga fuegos” e “incendiaria”. Esta ambivalencia no se refiere a ninguna mala intención, sino que puede ocurrir con la mejor intención formando parte de la propia naturaleza de su práctica y saber. No en vano la psicología, así como la psiquiatra, tienen como *objetos* de estudio *sujetos* interactivos influenciados y ya configurados psicológicamente.

En una cultura profundamente diagnóstica y terapéutica, marcada por el signo narcisista, en la que tanto los diagnósticos como el estilo terapéutico se han convertido en el principal marco para interpretar los problemas de la vida —y la identidad—, quizá ha llegado el momento de que la psicoterapia asuma una función crítica. Esta tarea no consistiría únicamente, ni principalmente, en devolver individuos “curados” —en la medida de lo posible—, sino en despatologizar y generar conciencia, ayudando a las personas a afrontar las “desdichas ordinarias” (en expresión de Freud) sin traducirlas automáticamente al lenguaje clínico. Implicaría, asimismo, reubicar el malestar más allá del yo individual, situándolo en las condiciones sociales, los modos de vida y las contradicciones estructurales que lo generan, con el horizonte, también, de poder transformarlos.

Por paradójico —y difícil— que resulte, la psicoterapia podría contribuir a cuestionar la cultura terapéutica y diagnóstica de la que ella misma forma parte. Siquiera pensar esta posibilidad podría ayudar a salir de la inocencia e ingenuidad a los clínicos que creyeran estar arreglando averías mentales que tuvieran los individuos. La psicoterapia también interpelaría a las instituciones políticas, educativas y sanitarias que continúan entendiendo la “crisis de salud mental” como un problema únicamente sanitario, cosa de más psicoterapia y medicación.

Ciertamente, se ha de prestar ayuda aquí y ahora a quienes buscan y necesitan psicoterapia, sin esperar a mejorar el mundo como si tal cosa. Después de todo, su malestar no deja de ser un hecho *real*, por más que se haya *hecho* real en la cultura de la terapia que tan fácilmente tramita malestares propios de la vida como

trastornos clínicos. No obstante, a tenor de lo dicho —y dentro del espacio que le queda a este artículo— cabe apuntar cuatro ideas:

- El clínico que se precie ha de realizar su estudio —valoración, análisis, diagnóstico— del problema presentado, sin dar por bueno sin más el diagnóstico o autodiagnóstico traído de casa (*TikTok*, etc.). Esto incluye precisar los términos clínicos en su sentido técnico probablemente más acotado que su uso popular, silvestre diría Freud.
- La ayuda no consiste meramente en validar, empatizar, afirmar y acompañar, por más que sea un buen comienzo. Sin exploración, análisis, clarificación, confrontación, difícilmente se puede hablar de psicoterapia.
- La exploración de los sentimientos y el trauma, la justa, dado el actual contexto (narcisista) que tiende a su sobredimensión y esencialización. De acuerdo con Abigail Shrier en su libro *Mala terapia* “enseñar a los niños a prestar atención a sus sentimientos” sería el “primer paso de una mala terapia” y el octavo —de los diez que describe— animarlos a compartir sus “traumas” (Shrier, 2024).
- La psicoterapia puede incluir la *prevención cuaternaria* consistente en la abstención del diagnóstico e indicación de no tratamiento, una tarea profesional delicada que requiere experiencia clínica y habilidad comunicativa. La idea es esperar y ver en vez de emprender una carrera clínica.

En relación con la *prevención primaria* con miras a las generaciones futuras (Beta, Gamma o como se llamen), a falta de cambiar la lógica del capitalismo cabe apuntar dos ideas:

- Cambios en las prácticas de crianza y educativas sobreprotectoras que fomentan —intencionalmente— la vulnerabilidad y en su lugar promover el desarrollo, la autonomía, la tolerancia a la frustración, la incertidumbre, el aburrimiento y la espera, y en fin la madurez que dan el “contacto con las contingencias” y el “principio de la realidad”, sin la continua supervisión, rescate y consentimiento (Haidt, 2004; Pérez-Álvarez, 2025).
- Revisión de la política de “salud mental y bienestar emocional” que se prodiga en contextos escolares. Las políticas educativas están adoptando intervenciones universales de salud mental con rapidez y legitimidad social, pero con poca atención a posibles efectos colaterales y a la evidencia de eficacia a largo plazo. Las escuelas se están convirtiendo en espacios de intervención psicológica y emocional constante, desplazando el conocimiento, la autonomía y formación cívica. Los estudiantes son incentivados a verse a sí mismos a través de una mirada psicológica y a interpretar sus experiencias mediante categorías terapéuticas, lo que fomenta una identidad vulnerable, emocionalmente frágil y necesitada de apoyo profesional. La política del bienestar emocional viene a ser la cultura del diagnóstico y de la terapia llevadas ahora a la escuela. Lo cierto es que cuando se examinan los estudios no se ve que sea tan buena idea como parece (Braund et al., 2024; Foulkes y Stringaris, 2023; Guzman-Holst et al., 2025; Hasan et al., 2023; MacGregor et al., 2024).

El auge de la psicoterapia viene a ser una buena y una mala noticia. Buena para los profesionales que la practican y para los usuarios que así reciben una ayuda acorde con la naturaleza de sus problemas. Mala en la medida en que responde a dinámicas sociales que abocan la psicoterapia a su trivialización como dispensario de empatía.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychological Association (2024). *APA state of membership: 2024 end-of-year membership summary*. <https://connectguide.apa.org/apa-state-of-membership>
- Australian Psychological Society (2024). *Thinking futures 2025: Shaping the future of psychology in Australia*. Australian Psychological Society. <https://psychology.org.au/getmedia/de877bab-2154-44f6-811d-0fcb4b7eab67/thinking-futures-report-2025.pdf>
- Binet, E. (2024). Claims of dissociative identity disorder on the internet: A new epidemic of Munchausen syndrome? *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(4), Article 100470. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100470>
- Braund, T. A., Baker, S. T. E., Subotic-Kerry, M., Tillman, G., Evans, N. J., Mackinnon, A., Christensen, H., y O'Dea, B. (2024). Potential mental health-related harms associated with the universal screening of anxiety and depressive symptoms in Australian secondary schools. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00734-y>
- British Psychological Society. (2024). *Annual Report 2024*. <https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2025-09/AGM%202024%20-%20Annual%20Reports%20and%20Accounts.pdf>
- Chapman, R. (2025). *El imperio de la normalidad: neurodiversidad y capitalismo*. Caja Negra.
- Corzine, A., y Roy, A. (2024). Inside the black mirror: current perspectives on the role of social media in mental illness self-diagnosis. *Discover Psychology*, 4, Article 40. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00152-3>
- Cromby, J., y Johnstone, L. (2024). Part 1: Neurodiversity – What exactly does it mean? *Mad in America*. <https://www.madinamerica.com/2024/07/part-1-neurodiversity/>
- Curtis, A. (2002). The century of the self (Documental). BBC.
- Dwyer P. (2022). The neurodiversity approach(es): What are they and what do they mean for researchers? *Human Development*, 66(2), 73–92. <https://doi.org/10.1159/000523723>
- Fassin, D., y Rechtman, R. (2009). *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton University Press.
- Foster, A., y Ellis, N. (2024). TikTok-inspired self-diagnosis and its implications for educational psychology practice. *Educational Psychology in Practice*, 40(4), 491–508. <https://doi.org/10.1080/02667363.2024.2409451>
- Foster, R. (2016). The therapeutic spirit of neoliberalism. *Political Theory*, 44(1), 82–105. <http://www.jstor.org/stable/24571681>
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Foulkes, L., y Stringaris, A. (2023). Do no harm: can school mental health interventions cause iatrogenic harm? *BJPsych Bulletin*, 47(5), 267–269. <https://doi.org/10.1192/bjb.2023.9>
- Furedi, F. (2004). *Therapy culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. Routledge.
- González-Pardo, H., y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza Editorial.
- Giedinghagen A. (2023). The tic in TikTok and (where) all systems go: Mass social media induced illness and Munchausen's by internet as explanatory models for social media associated abnormal illness behavior. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(1), 270–278. <https://doi.org/10.1177/13591045221098522>
- Guzman-Holst, C., Streckfuss Davis, R., Andrews, J. L., y Foulkes, L. (2025). Scoping review: potential harm from school-based group mental health interventions. *Child and Adolescent Mental Health*, 30(3), 208–222. <https://doi.org/10.1111/camh.12760>
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton University Press.
- Haidt, J. (2024). *La generación ansiosa: Por qué las redes sociales están causando una epidemia de enfermedades mentales entre nuestros jóvenes*. Deusto/Planeta.
- Hasan, F., Foster, M. M., y Cho, H. (2023). Normalizing anxiety on social media increases self-diagnosis of anxiety: The mediating effect of identification (but not stigma). *Journal of Health Communication*, 28(9), 563–572. <https://doi.org/10.1080/10810730.2023.2235563>
- Haslam, N. (2016). Concept creep: Psychology's expanding concepts of harm and pathology. *Psychological Inquiry*, 27(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/1074840X.2016.1082418>
- Hayward, K. J. (2024). *Infantilised: How our culture killed adulthood*. Constable.
- Illouz, E. (2003). *Oprah Winfrey and the glamour of misery: An essay on popular culture*. Columbia University Press.
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Katz.
- Infocop. (2025). *El auge imparable de los estudios en Psicología en España: más plazas, más mujeres y más presencia privada*. Consejo General de la Psicología. <https://www.infocop.es/el-auge-imparable-de-los-estudios-en-psicologia-en-espana/?hilite=estudes+2021>
- Kabrel, N. (2025). Do not confuse patient satisfaction with therapeutic value: A cautionary note on chatbot psychotherapy (rapid response]. *British Medical Journal*, 389, r821. <https://doi.org/10.1136/bmj.r821>
- Kozelka, E. E., Acquilano, S. C., Al-Abdulmunem, M., Guarino, S., Elwyn, G., Drake, R. E., y Carpenter-Song, E. (2024). Digital mental health and its discontents: Assumptions about technology that create barriers to equitable access. *Psychiatric Services*, 75(3), 299–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230238>
- Launay, S., Geelhand de Merxem, R., y Hanak, C. (2023). Dissociative identity disorder: Between history and culture. *Psychiatria Danubina*, 35(Suppl 2), 196–201.
- MacGregor, S., Friesen, S., Turner, J., Domene, J. F., McMorris, C., Allan, S., Mesner, B., y Sumara, D. (2024). The side effects of universal school-based mental health supports: An integrative review. *Review of Research in Education*, 48(1), 28-57. <https://doi.org/10.3102/0091732X241256628>
- Maynard, D. W. (2025). The human spectrum: A critique of “neurodiversity”. *Symbolic Interaction*, 48(1), 91–122. <https://doi.org/10.1002/symb.691>
- Olfson, M., McClellan, C., Zuvekas, S. H., Wall, M., y Blanco, C. (2025). Psychotherapy trends in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 182(5), 483–492. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240492>
- Pérez-Álvarez, M. (2013). Anatomía de la psicoterapia: El diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4(1), 5–28. <https://doi.org/10.5093/cc2013a1>
- Pérez-Álvarez, M. (2023). *El individuo flotante: la muchedumbre solitaria en los tiempos de las redes sociales*. Deusto/Planeta.
- Pérez-Álvarez, M. (2025). *La sociedad vulnerable: un ensayo sobre la crisis de salud mental*. NED.

- Pérez-Álvarez, M. (2026). *Selfis, satisfiers, mascotas y robots: signos del narcisismo contemporáneo*. Deusto/Planeta.
- Rose, N. (1998). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge University Press.
- Russ, R. (2025). When validation becomes avoidance: The hidden costs of comfort in modern therapy. *Mad in America*. <https://www.madinamerica.com/2025/09/when-validation-becomes-avoidance-the-hidden-costs-of-comfort-in-modern-therapy/>
- Salter, M., Brand, B. L., Robinson, M., Loewenstein, R., Silberg, J., y Korzekwa, M. (2025). Self-diagnosed cases of dissociative identity disorder on social media: Conceptualization, assessment, and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 33(1), 41–48. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000416>
- Scheeringa, M. (2023). *El problema del trauma. La búsqueda para descubrir cómo las creencias se convierten en hechos*. Desclée De Brouwer.
- Shmulsky, S., Gobbo, K., Donahue, A., y Klucken, F. (2022). Do neurodivergent college students forge a disability identity? A snapshot and implications. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 34(1), 53-63.
- Shrier, A. (2024). *Mala terapia. Por qué los niños no maduran*. Deusto/Planeta.
- Simpson, S. G., y Navot, L. (2023). Differentiating authentic versus pseudo-vulnerability in therapeutic practice. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1200981. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1200981>
- Underhill, R., y Foulkes, L. (2025). Self-diagnosis of mental disorders: A qualitative study of attitudes on reddit. *Qualitative Health Research*, 35(7), 779–792. <https://doi.org/10.1177/10497323241288785>
- Urošević, M. (2024). Therapy culture and the production of subjectivity in neoliberalism. *Philosophy and Society*, 35(4), 913–932. <https://doi.org/10.2298/FID240220005U>
- Wieser, M. (2025). From science to therapy: The shaping of german psychology through student preferences. *Review of General Psychology*, 29(1), 49-62. <https://doi.org/10.1177/10892680241289906>
- Young, A. (1996). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.

Artículo

Psico-Ontología: Reflexiones Sobre el Nexa Entre Filosofía y Psicopatología

Luis Sáez-Rueda 

Universidad de Granada (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 15/09/2025

Aceptado: 10/10/2025

Palabras clave:

Psico-ontología

Psicopatología ontológica

Ontología psico-filosófica

Patología de civilización

Nihilismo

Agnesia

Inconsciente ontológico

RESUMEN

Desde finales del siglo XIX, todas las corrientes filosóficas continentales han realizado un diagnóstico muy crítico del rumbo de la civilización occidental contemporánea, considerándolo decadente y enfermizo. La psicopatología, por otro lado, ha avanzado ampliamente y ha analizado nuevas patologías en las sociedades avanzadas. El trabajo pretende relacionar estas dos disciplinas y pensar el modo en que podrían colaborar entre sí. El autor del texto defiende que existe un interregno común al que se le podría denominar “psico-ontología”. Define y caracteriza dicho nexa como una alianza entre la ontología filosófica y el análisis característico de la psicopatología. El trayecto de la filosofía hacia la psicopatología es el que viene caracterizado como “ontología psico-filosófica”. El de la psicopatología a la filosofía, el que es denominado “psicopatología ontológica”. Esta interdisciplinariedad obliga a postular, según el autor, un “inconsciente ontológico”.

Psycho-Ontology: Reflections on the Nexus Between Philosophy and Psychopathology

ABSTRACT

Since the late 19th century, all continental philosophical movements have made a highly critical diagnosis of the course of contemporary Western civilization, considering it decadent and unhealthy. Psychopathology, on the other hand, has advanced greatly and analyzed new pathologies in today's societies. This work aims to relate these two disciplines and consider how they could collaborate. The author of the text argues that there is a common interregnum, which could be called “psycho-ontology.” He defines and characterizes this nexus as an alliance between philosophical ontology and the characteristic analysis of psychopathology. The path from philosophy to psychopathology is characterized as “psycho-philosophical ontology.” The path from psychopathology to philosophy is called “ontological psychopathology.” According to the author, this interdisciplinarity forces us to postulate an “ontological unconscious”.

Keywords:

Psycho-ontology

Ontological psychopathology

Psycho-philosophical ontology

Pathology of civilization

Nihilism

Agnesia

Ontological unconscious

Introducción

Si hay un interregno en el que confluyen necesariamente dos campos de investigación tan amplios como la psicopatología y la filosofía, ha de ser llamado “ontología” y, si se reclamara una precisión mayor sobre el sentido de esa confluencia, cabría, a nuestro juicio, utilizar el término “psico-ontología”, que designaría tanto el aspecto propiamente filosófico de la psicopatología, como el psicopatológico de la filosofía, para la cual el análisis ontológico es el más excelso. Hay que decir antes de nada que un interregno así no puede constituir una *tierra de nadie*, sino más bien una común, en el que el trabajo de ambas disciplinas exige una colaboración explícita. Transitar por este *inter-regnum* y trabajar sobre su suelo presupone, además, el cese de dos pretensiones de *regnum*, de gobierno o reinado, por decirlo así, sobre el saber. En una época de oposiciones, de lógica binaria, como la nuestra, cada tipo de saber —y de práctica vinculada con él— tiende a afirmarse frente a lo otro de sí, incurriendo en el peligro de olvidar, en primer lugar, que los asuntos humanos carecen de fragmentos o parcelas y que “saber”, en segundo lugar, no significa —en las humanidades— *dominar* un tema, sino explorar un problema y, en ese camino, hacer lo posible por convertirlo en habitable, pues el ser humano es cuestión para sí mismo y sus preocupaciones esenciales no se resuelven: se aprende a conocerlas y a vivir en ellas con lucidez. Habría, eso sí, entradas al ámbito común desde sendas diferentes, por lo que la confluencia implicaría, en la línea de lo que hemos sugerido, una *psicopatología ontológica* y una *ontología psico-filosófica*.

De inmediato, sin embargo, experimentará el lector cierta perplejidad por el nombre que a ese campo común hemos dado, el de psico-ontología. No sería extraño que, incluso, provocara la impresión de invocar viejos residuos metafísicos que en la actualidad, se diría, han sido superados por el hacer científico. Y es que nuestro tiempo no se ha despojado aún del *cientificismo*, fenómeno que no coincide de ningún modo con el respeto a la ciencia, sino con el prejuicio de que el método de la ciencia natural debe ser extendido a todas las disciplinas. Se pierde así la memoria acerca del sentido que nuestra civilización dio originariamente al saber: el de “ontología”. ¿Pero qué significado tiene este término y por qué debería fecundar el encuentro entre psicopatología y filosofía? Esta será la primera cuestión que abordaremos. En un segundo momento del trayecto quisiéramos ilustrar algunos puntos de vista de la psico-ontología.

Psico-Ontología. Ontología y Psicopatología

El mundo contemporáneo ha producido intentos serios, aunque dispersos, de conexión entre psicopatología y filosofía que nos irán saliendo al paso. No hace mucho, el eminente filósofo con vocación de psicoanalista Remo Bodei se refería a ello afirmando que tanto a la filosofía como al psicoanálisis “les corresponde la tarea interminable de deshacer viejos y nuevos nudos y contracturas mentales que bloquean el pensamiento y la existencia”. La filosofía es ya terapéutica de por sí —sentenciaba— y debería hacer explícito ese potencial, pues pensar es el mejor dispositivo humano que puede conducir a la salud. “Interrogarse debería convertirse, pues, en un ejercicio constante, regular, casi un hábito” (Bodei, 2004, p. 64). El pensador italiano tiene toda la razón, pero es preciso perfilar el tipo de interrogación que es aquí invocado.

Podemos cuestionarnos sobre muchas cosas y de muchos modos, pero nos interesa específicamente la diferencia entre la pregunta *instrumental* y la pregunta *ontológica*.

La Pregunta Instrumental

La pregunta instrumental parte de seres humanos o de cosas que existen y tiene por objeto el modo en que pueden ser aprovechados como un medio respecto a un resultado posible y deseable. No es juicioso denostar este tipo de interrogación por sí mismo, pues forma parte de la inteligencia humana y es necesario en numerosos ámbitos y estratos de la vida, sobre todo relacionados con la supervivencia y el progreso técnico. Denostable sería que se tuviese por exclusivo y se quisiese extender a cualquier asunto que incumbiera al ser humano. Platón ya le reprochaba esto a los sofistas, para quienes indagar y reflexionar estaba vinculado al poder, ante todo, sobre los demás: emplear una retórica suficientemente seductora —tal era el punto de partida— podría determinar el sentimiento y la acción de los demás. La cuestión no era para ellos qué *es* un “otro”, sino cómo cabe lograr su adhesión a la voluntad propia.

La primera forma de psicopatología —un aparente anacronismo— en Occidente es la propia filosofía platónica, tomada como un camino opuesto al del sofista. Así, en el *Cármides* (Platón, 2020a, 156d-157a) deja claro Platón, en boca de Sócrates, que interrogar filosóficamente y sanar van de la mano y que los hombres necesitan esos “bellos discursos” cuyo cometido es el de convertir la reflexión sobre las *cosas mismas* y sobre el otro *en cuanto tal* —es decir, de un modo no instrumental— en *therapeia* (terapia) y *epimeleia* (cuidado del alma). Y ello, no solo apuntando al individuo, sino también como terapia colectiva en la *polis*, pues yerma esta de pensamiento filosófico tomaría una deriva “emponzoñada” (Platón, 2020b, 518e4-519a1); la ciudad ideal se construye, por tanto, sobre la base de que partimos siempre no ante un estado sano, sino “afebrado” (Platón, 2020c, 372e7-8).

Dicho esto, podemos abrir un pequeño paréntesis para corregir la impresión de anacronismo, del que hemos dicho que es solo aparente. Lo que aquí pensaban los griegos era, literalmente, una *therapeia* (con sus cuidados idóneos, *epimeleia*) de la *psyché* (el alma o psiquismo), es decir, una psico-terapia y, naturalmente, un pensar (*logos*) sobre la *psyché*, una psico-logía. Y, aunque su hacer era calificado de interrogativo y pensante, no se evaporaba en una abstracción meramente especulativa, pues la *psyché*, a la que se dirige la palabra filosófico-terapéutica, está atravesada, nos decían Platón y Aristóteles, por el *pathos*, es decir, tanto por la *pasión* (emoción, sentimiento), como por el *padecimiento* (autoafección y sufrimiento). Por tanto, la psico-logía, estudio que acompaña a la psico-terapia, se concreta en un *logos* (estudio, palabra) sobre el *pathos* de la *psyché*: era —literalmente, insistimos— psico-patología. Empleamos desde ahora, por tanto, estos términos en su sentido más originario. Quiere ello decir que, desde la filosofía, no están referidos a una corriente particular frente a otras. Que la palabra “psicología” haya derivado en la actualidad en un punto de vista específico, el de la supuesta “ciencia” cognitiva, enfrentado a otros como el del psicoanálisis, las terapias humanistas, etc., es una contingencia histórica desastrosa que la filosofía no puede tomar por válida. Es un chantaje de especialistas que términos tan radicales, universales y originarios designen a unas corrientes de pensamiento más que a otras e incluso en contra de ellas. Todas las corrientes actuales que se ocupan del psiquismo humano y del

posible tratamiento de sus padecimientos y problemas deberían ser llamadas, por su propio sentido, “psicología” y, en la medida en que afrontan el padecer humano, “psicopatología”. Y es con este significado, que avala nuestra rica tradición de pensamiento desde su amanecer griego, con el que las emplearemos en lo que sigue.

Volvamos a nuestra problemática. En la Ilustración europea del XVIII, el horizonte griego se recuperó y revitalizó. Immanuel Kant vinculó esa estructura interrogativa de la que nos ocupamos, la instrumental, con la corrupción del valor incondicional que posee la humanidad. La sana razón se pregunta por el hombre *en cuanto tal*, “por tanto, en cuanto es dueño de sí mismo (en su juicio); así pues, en estado de *salud*” (Kant, 2005, p. 235). Por esa razón, la dignidad, la libertad y la autonomía humanas se convirtieron en meta del espíritu ilustrado. Poco duró esta en nuestra historia, pues desde finales del siglo XIX y comienzos del XX la extensión del positivismo y del cientificismo que acarrea impusieron otro modo de interrogar. Como dice Zubiri, se trataba entonces —lo cual pervive, aunque ciertamente con mayores resistencias, en la actualidad— de someter todas las realidades a una única cuestión: la de qué tipo de “hecho” es y cómo puede ser cuantificado, “entendido este interrogatorio como una necesidad humana de manejar con éxito el curso de los hechos” (Zubiri, 1942, pp. 18-19).

Se vinculan así saber y dominio en esta *inquisición* instrumental: se inquiere a lo que nos envuelve para arrancarle el secreto de su aspecto más mecánico y someterlo con ese peculiar conocimiento. Ahora bien, como una realidad más bajo investigación, el hombre mismo se ve convertido, desde esta situación epistemológica y vital, en una cosa, en un haz de hechos, con lo cual nace un nuevo *malestar*, equivalente a una falta de sentido y a un “hastío de sí mismo” (Zubiri, 1942, p. 15). Convencidos de que las sociedades avanzadas del mundo contemporáneo devaluaron con este otro espíritu al proyecto ilustrado, los pensadores de la *Escuela de Frankfurt* (M. Horkheimer, Th. W. Adorno, W. Benjamin y otros) llegaron a la aporética y trágica conclusión, a mediados del pasado siglo, de que hoy “la Tierra enteramente ilustrada resplandece bajo el signo de una triunfal calamidad” (Horkheimer y Adorno, 2001, p. 59). La penetración de la razón instrumental en la urdimbre social en toda su extensión y, con ella, del modo en que interroga al mundo, es lo que los frankfurtianos entendieron por “patología social” (Horkheimer y Adorno, 2001, caps. 1 y 2) y, en una dirección parecida, la segunda generación todavía insistió, hasta nuestros días, en la necesidad de una “autoterapia de la humanidad” (Apel, 1985, Vol. 2, p. 120), encargada de identificar y criticar la “colonización de la vida” por dicha racionalidad (Habermas, 1987, Vol. 1, cap. 8).

La Pregunta Ontológica y el Sentido de una Psico-Ontología

Reparemos, para encauzarnos ya hacia el segundo tipo de interrogación de los mencionados, en algo que es solo aparentemente trivial y que empieza ahora a tener visos de esencial. Nada comprende el ser humano sin interrogarlo tácitamente de un modo determinado. El objeto de conocimiento y, en un sentido más profundo, el mundo que envuelve al sujeto, presupone un modo de preguntar. Y lo crucial en este punto reside en que dicho preguntar no es consciente e intencional, sino pre-reflexivo o inconsciente. No solo se trata de que el ser humano se hace cuestión respecto a innumerables fenómenos concretos *de* su mundo, sino que, al hacerlo, está presuponiendo una interrogación más básica, oculta y no instrumental, un inquirir

por el *en cuanto tal* de las cosas y del englobante horizonte que las abarca (el “mundo”). Esta es la *interrogación ontológica*, la que está lanzada, desde la profundidad de lo humano, al *ser* de todo lo existente. Se ha dicho en filosofía de innumerables modos y recordaremos aquí, para empezar con esta temática, la forma en que fue planteada en la fenomenología de M. Merleau-Ponty, dada su especial belleza y perspicacia. El filósofo francés nos invitaba a distinguir dos formas de hacer preguntas: la primera, la “pregunta determinada”, busca soluciones respecto a fenómenos concretos del mundo; a la esencia de la segunda, por el contrario, le es inherente carecer de respuesta, porque es la condición de posibilidad de las primeras, tal y como la forma de plantear problemas que le pertenece al ajedrez *en cuanto tal* es condición de las preguntas que surgen a propósito de las jugadas concretas. Esa forma de plantear cuestiones que *es* el ajedrez no solo no tiene respuesta, sino que pensar que la tiene carece enteramente de sentido: su *modo de interrogar* no pide solución, sino el despliegue, desde su perspectiva, de un campo de preguntas y respuestas explícitas que portan íntimamente esta óptica. La llamaba, por eso, “pregunta interrogante”, una pregunta que tiene el sentido en sí misma, a saber, el de interrogar, y que configura, por su sola existencia, un “mundo” (Merleau-Ponty, 1975, p. 310).

La pregunta ontológica, en efecto, *cualifica* al mundo *en un sentido*. Si nos preguntamos explícitamente por la forma en que se resolvería la guerra en Ucrania (la que tiene lugar en el momento histórico en el que el presente escrito es elaborado), nos vemos envueltos en una multitud de otras cuestiones concretas y todas ellas tienen a su base, como condición implícita, nuestra interrogación subyacente por el mundo *como* guerrero o beligerante. Este “como” es denominado, en filosofía contemporánea, desde el comienzo de la fenomenología, “sentido”. Al hacer preguntas acerca de esta guerra concreta, interrogamos tácitamente por el sentido “mundo beligerante”, lo que equivale ya a una interpretación del mundo, pues lo cualifica *como* este en el cual son posibles las guerras. Las preguntas concretas —preguntas ónticas, filosóficamente expresado— poseen la precondition de una *pregunta ontológica*, es decir, de una pregunta por el *ser del mundo*. Si las ónticas nos relacionan con fenómenos *en* el mundo, la ontológica nos sitúa en el mundo de un modo, nos posiciona en su seno desde una perspectiva, al tiempo que nos genera un plexo de vivencias y emociones de trastienda. Se dirá que esta pregunta ontológica también se puede responder. Podemos ofrecer, por ejemplo, una teoría sobre las causas que hacen del mundo un *lugar* proclive al belicismo. Pero procediendo de este modo no eliminaremos la anterioridad de lo ontológico. Lo que hemos hecho es simplemente convertir la pregunta ontológica en una pregunta óntica que, en ese mismo acto, presupone una nueva pregunta ontológica: tal vez —depende de las circunstancias reales y del contexto—, la interrogación por el mundo *como* ámbito inestable e imprevisible en el que acontece el sufrimiento humano. Cada conversión del inquirir ontológico en óntico arrastra otro preguntar naciente del primer tipo. La pregunta ontológica no es una opción para el ser humano.

Fue este carácter irrevocable del inquirir ontológico por el *ser* lo que fascinó en la aurora de la filosofía. Siempre está ahí, inconscientemente, pre-reflexivamente, en el ser humano. Ahora bien, cuando se toma conciencia de él, nos hace temblar de admiración y de extrañamiento. “Ontología”, desde los griegos, significa *logos* (razón o comprensión) del ente *en cuanto* ente, es decir, de su *ser*. Pues bien, Platón (2020d, 155d) en el Teeteto

y Aristóteles (1994, 982b-983a) en la Metafísica nos conducen hasta esta región abisal del pensamiento sirviéndose como viático del *thaumazein*, esa admiración extrañada que ilumina lo que nos rodea y lo hace aparecer, emergiendo de su oscuridad, como *lo que es en cuanto tal*. Al mirar las cosas de este modo, Teeteto confiesa, en el pasaje platónico, estar realmente poseído por una “emoción desbordante” y “sentir vértigo”. Solo porque el ser humano se relaciona con las cosas y con el mundo desde ese estremecimiento interrogante por su ser hay inteligencia. Ninguna forma de Inteligencia Artificial, contrariamente a lo que se pregona en algunos círculos hoy, será inteligente de ese modo. Jamás interrogará por el sentido del ser de algo; jamás, por tanto, “comprenderá”, ni tendrá “mundo”. La teoría predominante sobre la mente en la actualidad, la funcional-computacionalista, que posee alianzas con la psicología cognitiva y que tiene por uno de sus grandes impulsores a Dennett (1995, 2017), no ha entendido esto. Pues parte de la idea de que lo mental posee el carácter de un conjunto de *operaciones*, por muy complejas y reticulares que estas puedan ser pensadas, mientras que la interrogación ontológica no es una operación, sino un acto o, mejor, un acontecimiento (Sáez-Rueda, 2002, cap. 6).

Un acontecimiento no es un hecho. Es lo que tiene lugar a través de los hechos sin reducirse a ellos, tal y como el morir es lo que sucede en un contexto descriptible de modo fáctico sin que coincida con este. Nos aproximamos con esto a lo más esencial del tema que nos ocupa. El ser humano se puede plantear problemas ontológicos de modo consciente y racional, pero el interrogar ontológico, en su sentido más radical, está fuera de todo planteamiento: pertenece al ser de lo humano. El hombre no se hace este tipo de pregunta; la padece; él mismo es un interrogar de este tipo.

Se insistirá en esta tesis de un modo siempre insuficiente en el contexto de nuestra época, en la que los saberes, como dijimos, se dan la espalda entre sí y en la que el concepto más básico del pensamiento occidental, el de “ontología”, está siendo confundido con la idea de una investigación que el progreso ha superado y dejado atrás. Muchas corrientes de pensamiento coinciden en la mencionada tesis, la de que el ser humano mismo es un interrogar ontológico, y bastará aquí mencionar tres de ellas. El existencialismo entiende que el humano *es el ser que se pregunta* por el sentido de la existencia, condición que desborda su mera subjetividad, pues a través de tal preguntar configura un modo ejemplar de transitar por el mundo, razón por la cual “elijo no solo por mí, sino por toda la humanidad” (Sartre, 1983, p. 18). Por su parte, la hermenéutica identifica la existencia con un modo de interpretar el mundo, interpretación que equivale a solucionar precaria y provisionalmente las preguntas que el mundo mismo nos arranca (Gadamer, 1977, pp. 447-458), pues este, el mundo, es como un texto cifrado —decía nuestro Gracián— que nos obliga incluso a “ir llevando muy manual la contracifra”, para no dejarnos llevar a engaño (Gracián, 2011, p. 1151). Mención especial merece la perspectiva de M. Heidegger, que es una entre otras, como el lector puede comprobar. Si es destacable no es porque el filósofo alemán haya iniciado o descubierto esta temática, que se remonta a la antigüedad y que se metamorfosea hoy en una miríada de perspectivas. Es porque la ha retomado con intensidad, movilizándolo, de ese modo, una multiplicidad de esfuerzos.

El ser humano, nos dice Heidegger, es *pregunta ontológica* por la razón de que carece de naturaleza esencial (Heidegger, 1982, §§ 1-11). Ya nos lo decía Pico della Mirandola en una bella y

memorable alegoría. Después de que Dios hubiese creado a todos los seres, advirtió que necesitaba a uno que pudiese valorar y admirar su obra, pero no pudo, por esa razón, imponerle una naturaleza determinada, que lo habría ofuscado para tan alta misión:

En consecuencia, dio al hombre una forma indeterminada (...) y le habló así: ‘Oh Adán: no te he dado ningún puesto fijo, ni una imagen peculiar, ni un empleo determinado. (...) A los demás les he prescrito una naturaleza regida por ciertas leyes. Tú marcarás tu naturaleza según la libertad que te entregué, pues no estás sometido a cauce angosto alguno. (...) No te hice celeste ni terrestre, ni mortal ni inmortal. Tú mismo te has de forjar la forma que prefieras para ti, pues eres el árbitro de tu honor, su modelador y diseñador. Con tu decisión puedes rebajarte hasta igualarte con los brutos, y puedes levantarte hasta las cosas divinas (Della-Mirandola, 1994, pp. 122-23).

Algo así, pero más alambicadamente, es lo que afirma el filósofo alemán. El ser humano ha definido su ser de muchos modos a lo largo de la historia: como “creatura” (cristianismo), como “relación material con su medio” (Marx), como “animal político” (Aristóteles), como “racionalidad” (la Ilustración, de la que hemos hablado), como “materia organizada” (biologicismo), etc. Pero tales descripciones son, en realidad, respuestas concretas a la pregunta por su propio ser, que es precisamente lo común a todas ellas. Radicalmente, pues, el humano es el ser *que se pregunta por su ser*. Ahora bien, esto significa, en primer lugar, que al interrogarse de ese modo, lo hace también por el ser del ente (de cualquier realidad) y del mundo en su globalidad; y quiere decir, en segundo lugar, que de esta pregunta con dos caras (por su propio ser y por el del mundo) depende el ser mismo de cada individuo: *el ser humano es el ser en cuyo ser le va este, su ser* (Heidegger, 1982, § 4). Más que constituir un trabalenguas, esta tesis transmite una precisión importantísima. La pregunta por su propio ser (que el hombre es) se ejecuta, acontece, tiene lugar en el acto de su existir; es más, él es una interrogación encarnada y viviente. Pero el ser humano posee una responsabilidad al respecto: puede, por un lado, hacerse cargo de ella, empuñarla y extraer de su potencia un proyecto de existencia a través del cual anhela hacerse a sí mismo y enriquecer su vida; o puede, por otro lado, desentenderse y, de ese modo, malograrse. También hay que contar con las circunstancias, con la “pre-comprensión” de lo humano que yace en el humus de cada época, así como con los poderes y prejuicios de su entorno, las inercias anónimas, en fin, que lo atraviesan y subjetivan y sobre las cuales él no ha decidido. Esa circunstancia puede determinar inercialmente su pregunta por el ser, imponerle una forma determinada e incluso opacarla. Y en ese caso también malogra el ser humano su ser, pues no lo hace propio y lo entrega a fuerzas ajenas. Expresado con concisión: al ser (al estar siendo), el ser humano pregunta por su propio ser (por su condición más radical) y *se juega* su ser mismo; se juega no algo accidental (la felicidad, la fama, el reconocimiento, etc.), sino radicalmente *que es* y el modo en que *es*. En su ser (estar siendo) “le va”, le concierne, su propio ser y lo pone en juego. En esta ex-posición de su sí interrogante en la existencia puede ganarse o puede perderse, puede crecer o puede degradar. El ser humano, por tanto, es el ser que se arriesga y se pone en peligro inevitablemente. Y “degradarse” o “enfermar”, por tanto, no puede consistir en “desviarse” respecto a una “naturaleza fija” y esencial, sino en *dejar-de-ser* en mayor o menor medida, o

lo que es lo mismo, en hundirse con mayor o menor profundidad en el no-ser, en la *nada*, en sentido peyorativo: en el vacío, la inanidad, la muerte en vida. De ahí que, al ser (estar siendo), el ser humano esté expuesto a la nada y que esa posibilidad, sin que él tenga que hacerse consciente de ella, lo angustie.

Hay una angustia destructiva, pero hay otra que eleva y permite el existir en dignidad. La primera proviene de las innumerables formas a través de las cuales un ser humano puede distanciarse de la inquietud por su ser, evitando o malentendiendo esta responsabilidad irrevocable con la que ha nacido. La segunda consiste en una especie de desazón que experimenta siempre cada persona, más o menos intensamente, y que lo empuja y motiva a ir cincelando a buril su ser a lo largo de su vida. No tiene esta angustia “objeto” concreto, un ente determinado, caso en el cual equivale al temor, al miedo, sino que coincide con lo humano mismo y delata el carácter indefinido y abierto de la existencia. No es adecuado deducir, sin embargo, que la indefinición esencial del ser humano constituya un estado carencial: “no es una carencia de determinación, sino la imposibilidad esencial de determinabilidad” (Heidegger, 1999, p. 99). Y es que la pregunta inherente a *ser* no puede, ella misma, encontrar solución (como decíamos), dado que tiene pleno sentido en sí misma y no pide ser “resuelta”, sino que abre un campo problemático en la existencia concreta para cuestiones precisas. Del mismo modo, esa exposición a la nada, al anonadamiento, en la que nos sitúa, no es una acción voluntaria, sino un inexorable modo de ser en el mundo que carece de objeto y nos impele a luchar en un campo de juego poblado por inanidades y vacíos concretos. “Es algo que confirma el hombre mismo en cuanto desaparece la angustia [intensa] (...); no nos queda más que decir: de lo que y por lo que nos angustiábamos no era ‘propiamente’ nada. Y, de hecho, la propia nada, como tal, estaba ahí” (Heidegger, 1999, p.100). Estar sano no consiste en carecer de la segunda forma de angustia, como los ideales artificiosos y patéticos de felicidad que proliferan en el presente exigen, así como tampoco carecer de exposición a la nada. La salud consiste en convertir tal desazón, tal inquietud, en impulso. Como señalaba Heródoto, *ta pathēmata mathēmata*, “los padecimientos, los sufrimientos, son enseñanza” (Heródoto, 2020, Vol. 1, cap. 207).

Pues bien, tras el análisis anterior, nos parece, queda esclarecido el sentido de ese interregno entre psicopatología y filosofía al que hemos llamado “psico-ontología”. Si lo que hemos sostenido hasta aquí es convincente, entonces cabe afirmar que la psico-ontología tiene por tema el estudio y tratamiento de cómo *le va* al ser humano en cuanto *ser que se interroga por el ser* (por el suyo propio y por el del mundo que lo envuelve). Se ocupa de la relación del ser humano con su propia interrogación ontológica. Y aquí se abre un campo de investigación tan vasto que podríamos hablar de todo un continente del saber y de la praxis terapéutica, pues no se trata solo de constatar que la pregunta ontológica pertenece al ser de lo humano, sino de inspeccionar, en cada persona *de carne y hueso* o en *cada comunidad concreta de hombres* el modo específico en que tal condición ontológica discurre, en qué aspectos de la acción real se expresa y, en fin, como decía más arriba Bodei, de emprender la tarea interminable de deshacer (...) viejos y nuevos nudos y contracturas (...) que bloquean el pensamiento y la existencia” y que provienen de semejante condición humana.

Los problemas que la filosofía aborda sobre esta cuestión no se identifican enteramente con los de la salud, la enfermedad o el malestar, pero los presuponen, sean conscientes o no los

especialistas en ontología. Conduciendo sus indagaciones en esa dirección y entretendiéndose con resultados de la psicopatología, la psico-ontología es, desde este lado, *ontología psico-filosófica*. La psicología, o la psicopatología, en el sentido originario que le hemos dado, debe involucrar asimismo un estudio orientado en esa dirección, moviéndose entonces en el interregno psico-ontológico con los ojos y oídos de una *psicopatología ontológica*. Y de modo análogo, esto no quiere decir que se ocupe solo y exclusivamente de ello. Los problemas que afectan a la salud y la enfermedad, al malestar y a las patologías, no tienen por qué ser identificados enteramente con las afecciones de esta condición humana básica de la que nos estamos ocupando, pero la presuponen, tengan o no conciencia de ello los especialistas que a tal quehacer se dedican. Se trata de que cada cual, situado en la corriente intelectual de que se trate, no se ahorre la tarea de descender hasta este subsuelo ontológico del existir.

Esbozos y Ejemplos de Psico-Ontología

La mayoría de corrientes del campo general de la psicología (en su sentido originario) han descendido al plano psico-ontológico, aunque no siempre lo han sabido. Ofreceremos a continuación algunos ejemplos, antes de perfilar investigaciones propiamente filosóficas, entre las que cuentan las que humildemente hemos desarrollado nosotros.

Psicopatología Ontológica

Ejemplificando el hacer de la *psicopatología ontológica*, es preciso mencionar, en primer lugar, a la psicología de sesgo cognitivista, pues la ausencia explícita que en ella hay de *psico-ontología* es ya un modo paradójico de presuponerla de manera inexplicita y, así, de afectar al individuo como ser que se pregunta por su ser. Basta para confirmarlo la teoría de la “disonancia cognitiva”, que es acogida en esta psicología desde, al menos, la formulación de Leon Festinger. Consiste en la tensión que se produce cuando una persona posee cogniciones mutuamente inconsistentes, o cuando su comportamiento entra en conflicto con sus creencias (Festinger, 1957, pp. 3-4). Habría que replicar que la “cognición” presupone el ser ontológico del ser humano. De un modo concreto de preguntar ontológicamente, en efecto, se deriva la comprensión englobante sobre el mundo; sobre esta comprensión tácita, y orientados por ella, se producen los procesos cognitivos concretos, cuya consistencia esencial no reside solo en la consonancia intracognitiva, sino también en si responden o no a la genuina pregunta ontológica que les subyace. Pero esta psicología fomenta en su hacer un tipo de ser humano tendente a creer que lo que él es coincide lisa y llanamente con tales formas de cognición y creencias explícitas, por lo que propenderá a desatender la vuelta experiencial sobre el modo en que se comprende ontológicamente a sí mismo el paciente y, en consecuencia, la forma en la que interroga al mundo, que es lo que genera la relación que mantiene con él. No solo no se confrontará el paciente consigo mismo, sino que su interrogar ontológico, al quedar huérfano, *será* invadido por las costumbres, las creencias y los poderes de su presente, y ello acompañado por la vivencia tácita (ontológica) y falsa de que lo que descubre a través del psicólogo es su ser. La psicología cognitiva presupone, pues, un efecto psico-ontológico determinado, consistente en

desarraigar al sujeto de sí mismo y del mundo. Esa psico-ontología perniciosa —expresado con rigor— le pertenece inherentemente, quiera admitirlo el especialista o no, lo sepa o no. Por lo demás, esta psicología cognitiva se convierte en aliada de los poderes reales que oprimen al sujeto en la sociedad en la que vive. Se centra, como expone J. S. Beck, en estrategias prácticas para identificar y modificar pensamientos y conductas *desadaptativas*, sin abordar explícitamente cuestiones existenciales (Beck, 2011, cap. 1).

Seremos más breves en la mención de aspectos psico-ontológicos que albergan otras corrientes en un sentido positivo y fértil. La escuela del “análisis existencial” (de L. Binswanger, E. Minkowski y otros) parte expresamente de supuestos freudianos y de la filosofía fenomenológico-hermenéutica, como la de M. Heidegger y M. Merleau-Ponty. A la salud le es inherente —pensaban— el logro de la experiencia “soy” y, desde ahí, *habitar el mundo*, por lo que la patología más básica viene a coincidir con el desarraigo. Lo ejemplifica el relato de una de las pacientes de R. May. Hija ilegítima, arrastraba una vida de angustia próxima a la esquizofrenia. Se curó y poco antes escribió:

Yo soy una persona que nació ilegítimamente. Entonces, ¿qué queda? Lo que queda es esto: yo soy. Este acto de contacto y aceptación de mi ‘yo soy’, una vez que lo cogí bien, me produjo (creo que por primera vez en mi vida) esta experiencia: ‘puesto que yo soy, tengo derecho a ser’ (May, 1967, p. 65).

La patología no tiene la forma, como vemos, de una “desadaptación” a un contexto social cuyo valor no se pone en tela de juicio. El desarraigo respecto al propio ser, al “estar siendo”, lleva consigo un real *dejar-de-ser* en cierta medida. Consiste, según W. Blankenburg, uno de los seguidores del análisis existencial *más importantes* de la segunda mitad del siglo XX, en perder la “evidencia natural” de ser (Blankenburg, 1991, cap. 1) y se expresa en la imposibilidad de actuar libremente. “No en un comportarse adecuada o inadecuadamente, [sino en] no poder: un no-poder-comportarse-en-forma-desviada es *tan patológico* como un no-poder-sino-comportarse-en-forma-desviada” (Blankenburg, 1983, p. 180).

En el psicoanálisis de corte lacaniano, por su parte, lo que en él se entiende por “falta” posee muchos parecidos con esa indefinición que, según Heidegger, constituye al ser del hombre y lo convierte en pregunta por su ser: no hay una naturaleza esencial del ser humano, como decíamos, sino una indeterminación que conduce a la pregunta ontológica por el propio ser. De ahí que Lacan, que estaba convencido de que el inconsciente está estructurado *lingüísticamente*, afirmase la existencia de una nada inherente al ser humano, una nada en sentido productivo y generativo: “el drama del sujeto en el verbo es que hace en él la experiencia de su falta en ser” (Lacan, 1975, Vol. 2, p. 635). Esta falta en ser —una nada productiva— no tiene un sentido peyorativo, pues *hace ser*. Siempre que el psicoanálisis descienda a este nivel de estudio entrará en el interregno que vincula la psicopatología con la filosofía. Algunos seguidores, de hecho, han discurrido por ese cauce, como M. Recalcati, S. Cottet, J. Allain Miller, E. Laurent, P. Naveau o M. Castrillejo. Utilizan expresamente la expresión “clínica del vacío” para designar la exploración del modo en que la “falta en ser” adquiere la forma de una patología bajo ciertas condiciones. Un aspecto crucial de los nuevos síntomas contemporáneos (anorexia y bulimia, toxicomanía, ataques de pánico, depresión, alcoholismo, angustia sin objeto, etc.) se fundan en modos de huida o negación

de dicha “falta en ser” y el surgimiento, como contrapartida, de un no-ser en el sentido lacerante de “vacío”. Emerge un sentimiento radical de “inexistencia” que suscita una “angustia sin nombre” y un padecimiento de “vacío crónico” (Recalcati, 2003, cap. 1).

En la psicopatología que toma como base la obra de C. G. Jung no es tampoco difícil vislumbrar su estrato profundamente ontológico, que sale a la luz cuando se esfuerza por tematizar el fondo último del individuo, el “sí mismo”. Lo hace, incluso, dialogando explícitamente con la filosofía, a través de la figura de F. Nietzsche, en *El libro rojo* (Jung, 2010), tema del que se han realizado profundos estudios (p. ej. Morales, 2023). Como el pensador alemán, no cree Jung en el “yo” más que como una expresión muy superficial de la profundidad del hombre. Esa profundidad, que es el sí-mismo, es tan informulable e indefinida como ese ser humano que desde la filosofía venimos caracterizando. “Resulta impensable —dice— que pueda existir una figura *determinada* que exprese la *indeterminación* arquetípica. En consecuencia, me he visto obligado a dar al arquetipo correspondiente el nombre psicológico de sí-mismo” (Jung, 2015, § 20). Pero, además, la dimensión ontológica de la psicología junguiana incluye un último estrato que, desde la filosofía, tiene el nombre de “ser” en cuanto tal. El ser humano, como hemos visto, es proyecto y hacer-por-ser y no puede identificarse con otro suelo englobante que no sea el ser mismo, al cual se experimenta perteneciendo. Pues bien, algo análogo ocurre con el sí-mismo de Jung, pues arraiga en una totalidad psíquica que ya no es explicable, sino, tal vez, como diría Wittgenstein, mostrable. En filosofía el ser es también el todo de lo existente, que no se identifica con ningún ente. Y en el pensamiento de Jung esa totalidad es un universo de contenidos inconscientes “en el que no *ya todo es posible*, sino más bien que *nada es imposible*, incluso que la voluntad de ser se deje traslucir en una roca” (Morales, 2023, p. 369).

Ontología Psico-Filosófica

Si una *psicopatología ontológica* parte de su propio campo, protagonizado por el psiquismo humano, y recoge en el trayecto supuestos ontológicos que atañen al *ser* mismo del sujeto, a la pregunta por el sentido de su ser y de su entera existencia, una *ontología psico-filosófica* parte de la cuestión filosófica acerca del ser en cuanto tal y encuentra en su camino fenómenos que hacen intervenir al psiquismo, fenómenos psicopatológicos. Retomando reflexiones de la rica filosofía del pasado siglo, iremos aprovechando algunas de sus aportaciones fundamentales con el fin de expresar las claves de nuestra propia posición.

Los años finales del siglo XIX y el propio siglo XX representan una etapa peculiar de la filosofía. La solidez de sus diferentes movimientos es comparable a la de los más grandes hitos históricos. Pero lo más característico reside en su espíritu de crítica hacia la civilización occidental en su conjunto. Todos los movimientos continentales que se inscriben en el pensamiento contemporáneo, sin excepción, han aplicado sus complejas elaboraciones filosóficas a esta problemática y, con diferentes diagnósticos, coinciden en destacar que nuestro tiempo se sumerge en una peligrosa crisis cuyo espíritu es decadente. Hemos mencionado ya el prisma de la Escuela de Frankfurt, que se mueve en una teoría de la racionalidad. Pero hay dos destacadas perspectivas ontológicas que han influido con especial énfasis y abierto una discusión de largo y amplio trazado que continúa hoy en día. Ellas dejan al descubierto un

fenómeno crucial de la época, el del nihilismo. Son las de Friedrich Nietzsche y Martin Heidegger. El nihilismo, en su sentido negativo, es el nombre que se da al proceso de decadencia occidental, marcado por una existencia vacía de espíritu que tiende a aprehender lo real como una nada nula e improductiva.

Nietzsche no tuvo escrúpulos en calificar esta decadencia de “enfermedad”. Se llamó a sí mismo psicólogo y ha sido calificado de “médico de la civilización” (Deleuze y Guattari, 1993, p. 114). El ser coincide en la obra de Nietzsche con la “vida”, cuyo impulso interno es la “voluntad de poder”, una propensión que no debe ser confundida con la voluntad de dominio, pues significa que “ser” equivale a autosuperación, impulso a enriquecer los dones y maravillas de la vida. Ahora bien, la afirmación de esta vida creciente, que coincide con la salud de la existencia, empieza a agotarse cuando entra en escena el acontecimiento central de nuestra contemporaneidad, la “muerte de Dios” (Nietzsche, 1979, § 125), que no es meramente una diatriba contra el cristianismo, sino esencialmente la caída de nuestra creencia en un fundamento último —cualquiera sea este— firme e inmóvil de la realidad, pues todo apunta a que el ser es devenir y transformación continua. Este fenómeno es experimentado, pre-racionalmente —en la urdimbre afectiva de la cultura—, como una catástrofe: se extiende así el espíritu del nihilismo, que extrae de ese gran acontecimiento la tácita experiencia de que la vida es un rotundo “en vano”, de que “falta el fin, falta la respuesta a la pregunta por el ¿por qué?” (Nietzsche, 2006, 9 [35], p. 241). Y, como “el hombre —dice Nietzsche— prefiere querer la nada a no querer”, se deja llevar por una “voluntad de nada” (Nietzsche, 1992, § 28). La lista de efectos mórbidos que esta experiencia colectiva produce es enorme, pero la más insidiosa y básica es la que llama Nietzsche “resentimiento”. No hay que tomar el término en un sentido psíquico individual. El pensador alemán se refiere a un dinamismo transpersonal de carácter ontológico y lo incluye en el “nihilismo reactivo”. El ser humano que afirma la vida deduce de la muerte de Dios que su ser carece de esencia (como venimos señalando) y que ha de hacerse a sí mismo en el seno de la vida —que lo trasciende—, afirmándola a pesar de que no ofrezca seguridades y metas preestablecidas; pone en franquía su “fuerza creciente (...), [su] fuerza de *crear*” (Nietzsche, 2006, 9 [60]). Ahora bien, el nihilismo reactivo infiere experiencialmente de la caída de un marco de orientaciones eternas e inamovibles que, como hemos dicho, la vida no vale nada, de manera que un profundo resentimiento lo hace volverse contra ella. La experimenta, sin percatarse conscientemente de ello, como algo cosificable que está ahí para someterla al propio interés, que liga a la invención de nuevos dioses. Temerosa de aceptar una vida que deviene modelándose a sí misma, la humanidad del resentimiento no tiene nada que ofrecer como producto de un esfuerzo creador. Su acción, por tanto, se transforma en reacción: ser es para ella negar a otro (Nietzsche, 1992, § 10). Este nihilismo, “el más inquietante de los huéspedes” (Nietzsche, 2006, 2 [127]), tendrá, pensaba Nietzsche, un largo recorrido. “El desierto crece” (Nietzsche, 2002, p. 413), relato de “la historia de los dos siglos que se aproximan” (Nietzsche, 2006, p. 489).

Dejemos reposar este diagnóstico y contemplemos ahora sintéticamente el de Heidegger. Coherente con la tesis de que el hombre es pregunta por el ser (no solo de sí mismo sino en cuanto tal), Heidegger ha llamado “nihilismo impropio” al “olvido del ser”. El ser no es objetivable, no es un “ente” concreto, sino un acontecer

(el “siendo” de todo cuanto existe). Pues bien, el mencionado olvido, que viene preparándose durante la historia occidental y que encuentra su culminación en el presente, consiste en no reconocer que a él, al ser, pertenece el ser humano. En consecuencia, lo cosifica y lo confunde con aquello que está como “objeto” frente a su subjetividad, con lo que es “referencia”, diría el positivista, de las proposiciones del lenguaje, los hechos y las cosas. Este nihilismo, es decir, esta reducción del ser a una nada que carece de sentido, posee grandes consecuencias. He aquí tres fundamentales. En primer lugar, implica una pérdida de la escucha de lo que el *acontecimiento de ser* requiere del hombre, pues “ser” implica siempre una interpelación, tal y como el ser —el estar siendo, aconteciendo, no los puros hechos— de un holocausto interpela al ser humano a no consentirlo (Heidegger, 2000, pp. 273-309). En segundo lugar, el ser humano ya no se experimenta como *ser-en-el-mundo*, es decir, como un ser que no está en el mundo como el agua en el vaso, sino que lo “habita”. Se *des-quicia* del mundo, podríamos decir, emprende una retirada suicida respecto a este y se convierte en un ser fantasmagórico y desarraigado, en un “ser-sin-mundo” (Heidegger, 2001a). En tercer lugar, en la época de la comprensión técnica del mundo, proyecta el hacer técnico —que por sí mismo no hay que demonizar (Heidegger, 1989)— a cualquier tipo de realidad y convierte a todo lo “existente” en “existencias” (*Bestände*), en el sentido próximo al de un stock: en objetos que son mensurables, acumulables y disponibles para el arbitrio humano, tal y como el ser de un bosque se transforma en una fuente de recursos madereros (Heidegger, 2001b). Este nihilismo ha sido estimado por el propio Heidegger, no directamente como una patología, sino como un “agente patógeno” que, como el cáncer, se expresa en síntomas enfermizos (Heidegger, 2000, pp. 315-316).

Diagnósticos como estos, tan audaces y admirablemente visionarios, suscitan la pregunta acerca de cómo se transmite, a lo largo del tiempo, una propensión colectiva. ¿Cómo hereda un presente fenómenos transpersonales que se han originado mucho tiempo atrás, como el del nihilismo? La hermenéutica filosófica ha analizado con mucha lucidez el modo en que una “comprensión del mundo” se transforma a lo largo del tiempo, siendo reinterpretada, matizada y readaptada a la luz de nuevos contextos (Gadamer, 1977). Ahora bien, ¿a través de qué *medio* discurre todo este dinamismo histórico de transmisión? No basta para explicarlo con apelar a narraciones expresas de una generación a la siguiente, ni al contagio a través de la cultura escrita. Es preciso suponer, a nuestro juicio, un “inconsciente ontológico”. Jung pensó en algo así, pero se refería a un inconsciente colectivo a través del cual se heredan constelaciones simbólicas que adquieren carácter universal. El inconsciente ontológico, nos parece, tiene por contenidos ontologías que se han fraguado por medio de acontecimientos históricos y que se trenzan entre sí. Ontologías, es decir, comprensiones del ser (de lo humano y del mundo en su totalidad). Vinculada esa trama ontológica suprapersonal a afectos, querencias y propensiones globales, conformarían problematizaciones inconscientes sobre el fondo de las cuales existe una colectividad civilizacional (Sáez-Rueda, 2025).

Para explicar que un inconsciente ontológico forme parte de una *comunidad civilizacional* (un conjunto de sociedades en la misma civilización), es preciso, por otra parte, pensar dicha comunidad como integrando dos niveles (Sáez-Rueda, 2015, Vol. 1, 2018). El inconsciente colectivo formaría parte de un primer estrato, el más profundo. A su través se transmite la cultura, entendida no como un conjunto de saberes explícitos, sino como un modo tácito

de comprender el mundo (una visión global de las cosas). En un segundo estrato discurre la dimensión propiamente socio-política, compuesta por formas institucionales, códigos legales, procesos de producción material, etc. Ambos aspectos forman una única realidad colectiva con dos caras, haz y envés, recíprocamente afectantes. El plano sociopolítico, además, es en el que se disponen los procesos de poder, que son hoy, de acuerdo con nuestra perspectiva, tres: el capitalismo (la *propensión a reducir los productos del trabajo en mercancía*), la racionalidad procedimental (que tiende a sustituir los comportamientos espontáneos por otros ajustados a reglas generales) y la lógica del cálculo (que, como la IA, tiende a reducir todos los fenómenos, en este caso los mentales, a reglas de una matemática universal). La alianza de estos tres procesos constituye un paradigma nuevo de poder, al que hemos llamado “gestionario”, tendente a fomentar un progreso meramente cuantitativo que impide una transformación cualitativa (Sáez-Rueda, 2021, caps. 3 y 6).

Es en la dimensión cultural de la comunidad civilizacional, cuyo medio es el inconsciente ontológico, donde hay que situar, pensamos, fenómenos como el nihilismo, en el que se cruzan rasgos de las descripciones de Nietzsche y Heidegger. ¿Acaso no vemos por doquier cómo se expande ese nihilismo reactivo del que hablaba el primero? Las relaciones humanas se encaminan, cada vez con mayor intensidad, hacia una lógica oposicional en la que el ser propio, la ipseidad o sí-mismo, se elabora a través de la negación de otro. No es patente solo en el reciente crecimiento de cierta ideología autoritaria y excluyente del extraño; lo vemos ya en los procesos del saber, en la conformación pública de las ideas, en el modo de comunicación en la red, etc. El nihilismo reactivo del resentimiento es una enfermedad civilizacional de nuestra época. ¿Y no comprobamos, asimismo, que el diagnóstico heideggeriano se materializa en el presente? El desastre ecológico es solo la punta del iceberg de una propensión ontológica a no habitar la Tierra, a dejar de ser-en-el-mundo para convertirlo en objeto. Nuestro presente no convierte solo a todas las realidades en mercancía; las convierte también, ontológicamente, en “existencias”, en el sentido ya explicitado, ya sean realidades naturales o espirituales (las ideas, los fines, los valores).

Convenza o no esta perspectiva filosófica, ha de enlazar, como dijimos, con la psicopatología. De ahí que hayamos denominado “patologías de civilización” a los síntomas mórbidos que atraviesan la colectividad civilizacional y en la que se inter-afectan el estrato cultural, pensado como psiquismo ontológico al modo descrito, y el estrato socio-político (Sáez-Rueda, 2011). La patología de civilización paradigmática consiste, a nuestro juicio, en la “agenesia”, impotencia para crear. El nihilismo, en simbiosis con los poderes del presente mencionados, ha minado la tendencia de la colectividad civilizacional en su conjunto a auto-generarse creativamente, a auto-organizarse a través de la creación de un mundo-otro (Sáez-Rueda, 2015, Vol. 2). La agenesia se expresa de muchos modos, dos de los cuales podrían ser llamados “organización del vacío” y “ficcionalización del mundo” (Sáez-Rueda, 2007, 2009, cap. 1). Para compensar la agenesia, nuestra cultura enferma promueve una vorágine de actividad, pero, como en el cuento *El topo* de Kafka, en el que el animal excava galerías a un lado y a otro compulsivamente sin moverse del sitio, semejante torbellino de movimientos se realiza en la inmovilidad: el vacío es nada, pero puede ser administrado y organizado, adquiriendo la apariencia de un movimiento real y hasta verdaderamente creador. En ese sentido, nos desarraigamos del mundo y como seres-sin-mundo,

lo construimos a través de nuestra intensa actividad. Intentamos construir lo que no se puede construir, porque es indisponible: el ser. Este impulso ontológico es el de la ficcionalización del mundo. Las nuevas tecnologías, la gestión virtual de la comunicación y la proliferación de mentiras que, repetidas, parecen verdades, tienen parte de su origen en los dinamismos de poder del capital, de la funcionalización y del cálculo, pero fundamentalmente arraigan en el nihilismo agenésico hasta el punto de que podríamos hablar hoy de una profunda tendencia a la “subjetivación agenésica”, la construcción de la propia identidad a base de la organización del vacío, entre otros procesos (Sáez-Rueda, 2016).

Estas y otras patologías civilizacionales están generando desde hace tiempo un nuevo malestar, un malestar ontológico que afecta al ser de los individuos pero que es, más allá de ellos, colectivo. El “soy” y el “somos” está dejando de interpelar a los hombres, que no se preguntan por el sentido de sí mismos y de la existencia. En la era del olvido del ser, la interrogación ontológica que somos, esa pregunta por el propio ser, está siendo suplantada por otras de carácter instrumental. Enfermedad se decía en latín *infirmas*, término que posee también el sentido de una falta de suelo, de firmeza. Tal vez sea este el mejor nombre de nuestro malestar colectivo (Sáez-Rueda, 2021).

A este esbozo filosófico de nuestras patologías civilizacionales y del malestar que nos aqueja, de tener sentido, le faltaría aún concretarse a través de la psicopatología. Solo así cumpliría su vocación de *ontología psico-filosófica*.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Apel, K.-O. (1985). *La transformación de la filosofía*. Taurus.
- Aristóteles (1994). *Metafísica*. Gredos.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Blankenburg, W. (1983). La psicopatología como ciencia básica de la Psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 21(3), 177-188. <https://apuntuy.com/doc/blankenburg-rev-chilena-de-neuro-psiquiatria-v-xxi>
- Blankenburg, W. (1991). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Enke.
- Bodei, R. (2004). *El doctor Freud y los nervios del alma*. Pre-Textos.
- Della-Mirandola, G. (1994). Discurso sobre la dignidad del hombre. En P. R. Santidrián, (comp.), *Humanismo y Renacimiento*. Alianza Editorial.
- Deleuze, G., y Guattari, F. (1993). *¿Qué es la filosofía?* Anagrama.
- Dennett, D. (1995). *La conciencia explicada*. Paidós.
- Dennett, D. (2017). *From Bacteria to Bach and Back. The Evolution of Minds*. Penguin.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
- Gadamer, H. G. (1977). *Verdad y método*. Sígueme.
- Gracián, B. (2011). *El Criticón*. En *Obras completas*. Cátedra.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Taurus.
- Horkheimer, M., y Adorno, Th. W. (2001). *Dialéctica de la Ilustración*. Taurus.
- Heidegger, M. (1982). *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica.
- Heidegger, M. (1989). *Serenidad*. Serbal.

- Heidegger, M. (1999). *¿Qué es Metafísica?* En *Hitos*. Alianza Editorial.
- Heidegger, M. (2000). *Nietzsche*. Destino.
- Heidegger, M. (2001a). *Construir, habitar, pensar*. En *Conferencias y artículos*. Serbal.
- Heidegger, M. (2001b). *La pregunta por la técnica*. En *Conferencias y artículos*. Serbal.
- Heródoto (2020). *Historia*. Madrid: Gredos.
- Jung, C. G. (2010). *El libro rojo*. El hilo de Ariadna-Fundación Costantini.
- Jung, C. G. (2015). *Psicología y alquimia. Obras completas*, 12. Trotta.
- Kant, I. (2005). *Metafísica de las costumbres*. Tecnos.
- Lacan, J. (1975). *Escritos I y II*. Siglo XXI.
- May, R. (1967). Contribuciones de la Psicología existencial. En R. May, E. Angel y H. F. Ellenberger (eds.), *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp. 58-122). Gredos.
- Merleau-Ponty, M. (1975). *Fenomenología de la percepción*. Península.
- Morales, A. (2023). *A lomos de nuestro propio tigre. En la senda de Nietzsche y Jung*. Manuscritos.
- Nietzsche, F. (1979). *La gaya ciencia*. Calamus Scriptorius.
- Nietzsche, F. (1992). *La genealogía de la moral*. Alianza Editorial.
- Nietzsche, F. (2002). *Así habló Zaratustra*. Alianza Editorial.
- Nietzsche, F., (2006). *El nihilismo europeo*. En *Fragmentos póstumos*, vol. IV. Tecnos.
- Platón (2020a). *Cármides. Diálogos, I*. Gredos.
- Platón (2020b). *Gorgias. Diálogos, II*. Gredos.
- Platón (2020c). *República. Diálogos, IV*. Gredos.
- Platón (2020d). *Teéteto. Diálogos, V*. Gredos.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis.
- Sáez-Rueda, L. (2002). *El conflicto entre continentales y analíticos. Dos tradiciones filosóficas*. Crítica. https://www.ugr.es/~lsaez/cv/librotradiciones/S%C3%A1ez_Rueda_Continentales%20y%20analiticos_2002.pdf
- Sáez-Rueda, L. (2007). Ficcionalización del mundo. Aportaciones para una crítica de patologías sociales. *Revista de Filosofía Universidad de Costa Rica*. 45(115/116), 57-69.
- Sáez-Rueda, L. (2009). *Ser errático. Una ontología crítica de la sociedad*. Trotta.
- Sáez-Rueda, L. (2011). Enfermedades de Occidente. Patologías actuales del vacío desde el nexo entre filosofía y psicopatología. En L. Sáez, P. Pérez e I. Hoyos (eds.), *Occidente enfermo. Filosofía y patologías de civilización* (pp. 71-92). GRIN Verlag.
- Sáez-Rueda, L. (2015). *El ocaso de Occidente*. Herder.
- Sáez-Rueda, L. (2016). Totalitarismo y agenesia cultural. En L. F. Cardona Suárez (ed.), *Totalitarismo y paranoia. Lecturas de nuestra situación cultural* (pp. 227-248). Publicaciones Universidad Javeriana.
- Sáez-Rueda, L. (2018). Figuras del malestar como génesis autófaga. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(80), 17-41.
- Sáez-Rueda, L. (2021). *Tierra y destino*. Herder.
- Sáez-Rueda, L. (2025). El inconsciente ontológico y el malestar actual. En F. Romero, A. Piñeiro, M. Santamaría y A. Bak (eds.), *Reflexionar sobre el padecer hoy. Aledaños de la salud, la clínica y la psiquiatría* (pp. 233-252). Dykinson.
- Sartre, J.-P. (1983). *El existencialismo es un humanismo*. Alianza Editorial.
- Zubiri, X. (1942). Nuestra situación intelectual. En *Naturaleza, Historia, Dios*. Editora Nacional. <https://www.zubiri.org/works/spanishworks/nhd/nuestrasituacion.htm>

Artículo

Trastornos de la Personalidad. Una Reflexión Sobre las Implicaciones Morales en la Terapia del Carácter Neurótico

Rosario Ruiz-Castro

IES Padre Manjón, Granada (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 22/09/2025

Aceptado: 09/11/2025

Palabras clave:

Personalidad

Trastorno

Responsabilidad

Moral

RESUMEN

El abordaje terapéutico de los trastornos de la personalidad, en gran medida emparentados con las conocidas como ‘neurosis del carácter’, se considera complejo y no genera expectativas de éxito muy entusiastas. El presente artículo se elabora sosteniendo tácitamente como telón de fondo la percepción freudiana de la neurosis como un problema moral, pero adjudica a esa idea un contenido que no refiere directamente al conflicto entre poderes inconscientes, sino a una organización cognitiva y emocional del carácter inadaptada que mantiene en el tiempo carencias estrechamente relacionadas con la integridad moral. Desde esta perspectiva se dialoga con algunas propuestas terapéuticas, atendiendo a las diferencias e implicaciones mutuas que entendemos que existen entre responsabilidad psicológica y responsabilidad moral. Se reflexiona sobre la escasa consideración que se depara a la perspectiva moral en la acción terapéutica y se cuestiona la conveniencia metodológica de la neutralidad valorativa del terapeuta apoyando el discurso en algunas propuestas de intervención implementadas desde la teoría ética.

Personality Disorders. A Reflection on the Moral Implications in Therapy of Neurotic Character

ABSTRACT

The therapeutic approach to personality disorders, largely related to the known as character neuroses, is considered complex and does not generate much optimism about success. Against the tacit backdrop of the Freudian perception of neurosis as a moral problem, this article attributes a meaning to this concept that does not directly refer to the conflict between unconscious forces, but rather, as other non-psychodynamic approaches have proposed, to an unhealthy cognitive and emotional organisation of character that perpetuates deficiencies related to moral integrity over time. From this perspective, we discuss some therapeutic proposals, taking into account the differences and mutual implications between psychological and moral responsibility. We reflect on the limited consideration given to the moral perspective in therapeutic action. We also question the methodological appropriateness of the therapist's evaluative neutrality and suggest some ethical foundations from the philosophical domain as a possible implementation to therapeutic interaction with these neurotic profiles.

Keywords:

Personality

Disorder

Responsibility

Moral

Introducción

Una de las aportaciones de mayor trascendencia filosófica que hizo Freud es la de presentar a la humanidad como una especie estigmatizada por la civilización. El malestar en la cultura, que da título a una de sus obras (Freud, 1992), es una manifestación del estigma de desarraigo que padecemos con respecto a la naturaleza. La emancipación técnica propiciada por el desarrollo evolutivo exponencial del cerebro humano y la expulsión del ‘paraíso natural’ que comporta la emergencia de la cultura son los dos rostros del trofeo por el que habríamos pagado el precio de la neurosis, esto es, la angustia ante la tensión que generan las inclinaciones naturales subyugadas por la severidad normativa de la conciencia. Sobre este fondo de neurosis colectiva se perfilan, además, las tribulaciones psíquicas individuales que justifican aquella expresión de gran éxito mediático atribuida a Caetano Veloso según la cual “visto de cerca nadie es normal”. Incluso la normalidad, que es ya una especie de arcano trasnochado, carga con endémicas dolencias, o dicho sea, si se quiere, en un registro más romántico, “una serena desesperación es lo que define a la mayoría de las vidas” (cf. el film *De repente el último verano*, de 1959).

Más allá de esta condición, que no exime a nadie, la psicopatología ha ido generado tipologías que se adapten a los cuadros clínicos observados cuando la neurosis convierte al individuo en paciente, a tenor del malvivir o malestar que experimentan él mismo y, a menudo, sus allegados. Queremos aquí reflexionar sobre algunos objetivos de la acción terapéutica de la que se espera una mejora de la vida de los pacientes etiquetados como neuróticos, orientándonos hacia la problematización de la dimensión ética que puede estar implicada en esta acción.

La etiqueta “neurótico”, entendida como una rigidez estructural del carácter, limitante y desadaptativa —concomitante en ocasiones con rasgos psicopáticos—, está actualmente diversificada en los perfiles que caen bajo el concepto de *trastornos de la personalidad*. Dicho concepto es el resultado de las diversas aproximaciones nosológicas propuestas en los dos últimos siglos para organizar las patologías relacionadas con la conformación del carácter y la instauración de patrones de comportamiento disonantes respecto a las expectativas propias del ambiente cultural del individuo. El DSM-V-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022) aún distingue, organizados en tres grupos, los tipos paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo, tipología a la que algunos (vg. Beck et al., 2005; Millon y Grossman, 2007) añadieron el trastorno negativista o pasivo agresivo.

Lo que aquí nos interesa no requiere la diferenciación específica de rasgos que entraña esta clasificación, sino que se centra más bien en la zona de intersección que dichos retratos comparten, es decir, en la disposición problemática del carácter que es común a todos estos trastornos y que sería condición suficiente, según nuestro enfoque, para hablar de neurosis o de carácter neurótico. En este sentido, una preferencia que podemos acoger como un clásico, de gran poder sintético respecto a lo que significa el modo neurótico de estar en el mundo, es esta: *Si no fuera por la realidad, yo estaría perfectamente*. Cuando exploró la psicodinámica de la neurosis, Karen Horney (1950) se refirió a esa actitud parafraseando a un hipotético paciente que habría verbalizado así la quintaesencia en la que confluyen las variadas inadaptaciones psíquicas que cristalizan en lo neurótico.

La realidad es, desde esta perspectiva, *lo otro* del yo, pero no un *alter ego* complementario, sino el *alius* opositor que, sin arrebatarse nunca enteramente el juicio, aliena y menoscaba el propio ser; la realidad es el malestar neurótico objetivado y proyectado, el espectáculo que obliga a generar toda clase de artillería psíquica para tomar posiciones a salvo del acoso y del derribo. La del neurótico es, por tanto, una ontología dolorosamente polarizada, en el sentido de que el sujeto y el objeto no coexisten, sino que más bien batallan por subsistir uno a pesar del otro. Sin duda, esta perspectiva representa la hipertrofia de una percepción errónea de nuestra relación con la realidad, percepción según la cual el mundo se configura al margen de nosotros como un ecosistema del que seríamos meros habitantes o transeúntes. Irvin Yalom enfoca el existencialismo sartriano sobre este punto y afirma: *constituimos el mundo de tal manera que parece independiente de nuestra labor como configuradores* (Yalom, 2010, p. 271). Esa apariencia, según la cual navegaríamos la realidad como en una especie de pasiva afectación, es la clave de la “vida inauténtica”, dicho en lenguaje heideggeriano. Esa misma apariencia sería también, al mismo tiempo, el producto refinado de un mecanismo de defensa que nos permite escapar de la libertad. Si el mundo se hace sin mí —o incluso contra mí—, no tengo nada que elegir.

Esta inautenticidad no es ni mucho menos exclusiva de los caracteres neuróticos, pero valdría decir que en estas personalidades desadaptativas los mecanismos de defensa construyen un severo armazón que engulle y desvitaliza el alma de la persona, es decir, su auténtico rostro queda a merced de una máscara que es un artefacto lesivo para el propio individuo y para los otros.

Las perspectivas teóricas psicodinámica y cognitiva han dedicado extensa atención a este espectro psicopatológico. La primera sitúa el análisis de las neurosis en un ámbito de fuerzas psíquicas en conflicto que se localizan en distintos niveles de conciencia, ya sean dichas fuerzas de carácter pulsional u objetual. La segunda examina la conformación disfuncional de los sistemas de creencias —o esquemas cognitivos—, que rigen la interacción del individuo con el medio y su adaptación al mismo. Por su parte, la psicología humanística ha labrado una senda terapéutica centrándose en la identificación de los obstáculos que impiden el desarrollo de las que se consideran potencialidades individuales orientadas a la autorrealización. El paradigma existencial, refinado especialmente por Irvin Yalom, y en algunos sentidos emparentado con la psicología humanística, propone un enfoque de carácter dinámico, si bien en este caso las entidades en conflicto no son —como en el enfoque psicoanalítico— fuerzas instintivas reprimidas o figuras parentales traumáticamente interiorizadas, sino las condiciones existenciales que demarcan la existencia de todo ser humano, tales como la libertad, la soledad, la falta de sentido o la muerte.

La obra de David Shapiro *Estilos Neuróticos* (Shapiro, 2008), escrita en 1965, es un texto de referencia, quizá aún no superado en cuanto a su agudeza analítica y sensibilidad fenomenológica respecto a lo que son estos modos de estar en el mundo. En este trabajo Shapiro distinguió como estilos neuróticos el obsesivo-compulsivo, el paranoico, el histérico, los estilos impulsivos y algunas de sus variantes psicopáticas. El autor elabora con maestría un tejido hermenéutico que combina elementos psicodinámicos y cognitivos para situarnos en la posición de la persona neurótica y hacernos comprender los filtros que aplica a su percepción de la realidad y a los comportamientos que de tal percepción se derivan. Las que allí se configuraban como formas o estilos de funcionamiento neurótico eran maneras de vivir,

de pensar y de experimentar el mundo que resultan limitantes, tensas, nada confortables y altamente costosas desde el punto de vista de las interacciones personales; maneras de vivir que se sustentan sobre capacidades hipertrofiadas cuya rigidez disminuye sensiblemente la autoconciencia al mismo tiempo que genera el rédito de reducir la ansiedad.

Cuestionando el Determinismo Psicológico

Shapiro avanzaba en aquel trabajo lo que pretendidamente era para él una “visión formal” de la neurosis, entendiendo esta formalidad como la identificación de ciertas “formas de la mente” dentro de las cuales los distintos estilos neuróticos elaboran su narrativa vivencial. La idea de estas “formas”, influida como es notorio por la psicología de la percepción de la Gestalt, es acogida por Shapiro haciendo suya una crítica de Philip Rieff a Freud, según la cual, éste se equivoca al identificar las tendencias o formas actuales de la mente con su supuesto origen. La crítica, gráficamente comprimida, sería la de que el roble no es para siempre ‘belloteril’ aunque su origen sea una bellota (Rieff, 1959, citado en Shapiro, 2008, p. 32). Es notorio aquí un paralelismo con la postura que mantuvo Gordon Allport en relación con la evolución de las motivaciones en torno a las cuales se gestan los rasgos de la personalidad. Estas motivaciones, opina Allport, adquieren *autonomía funcional* una vez consolidadas en la interacción con la experiencia, y no mantienen, como pensaba Abraham Maslow, un vínculo tan duradero con los modos más o menos deficientes en que hubieran sido satisfechas las necesidades o motivaciones primarias en etapas tempranas de la maduración del sujeto. *Lo que impulsa, impulsa ahora*, decía Allport (1937). Dicho en palabras de Irvin Yalom, *...no se trata de pensar en el proceso a través del cual llegamos a ser como somos, sino en cómo somos* (Yalom, 2010, p. 22).

Dicho esto, los modos neuróticos de percibir la realidad y de interaccionar con ella no estarían permanentemente vinculados a la antigua raíz que pudiera haber contribuido a su formación, ya sea esta raíz de carácter pulsional o traumático. Está en juego en esta apreciación la estimación de hasta qué punto, si lo es, la persona neurótica ha de considerarse por siempre una víctima de tempranos acontecimientos de su vida —al estilo de aquel paciente cuyo terapeuta le conminaba a hablar con su madre muerta en los términos de “no cambiaré hasta que me trates de otro modo cuando yo tenía diez años” (cf. Yalom, 2010, p. 264).

En este orden de cosas, es sobremanera interesante la observación que hace Shapiro respecto a lo que entiende como una equivocada comprensión del significado del determinismo en psicología. ¿Está la persona neurótica movida por fuerzas irresistibles, más o menos conscientes, cuyos efectos observa y sobrelleva pasivamente? La asunción del papel de ‘marioneta’ desde el punto de vista psíquico, al que Shapiro alude trayendo a colación una cita de Erikson, no parece productiva en ningún sentido. E. H. Erikson advertía del peligro de asumir dicho papel en tanto que no se gana con ello “ni en terapia ni en teoría” (citado en Shapiro, 2008, p. 38).

El propio Shapiro se inclina a combatir enfáticamente esta distorsión del determinismo psicológico. Sus argumentos nos inducen a concluir que las determinaciones neuróticas tendrían la complejidad de ser paradójicas en la medida en que el individuo las alimenta y sostiene, esto es, las tendencias o formas características de la mente neurótica están constituidas de tal manera que gran parte de las acciones o pensamientos, por inadaptados que resulten, contribuyen

al mantenimiento y la continuidad de toda la estructura psicológica. Nada extraordinario, se dirá, pues no nos comportamos o pensamos de modo que a cada paso pongamos en peligro nuestro andamiaje psicológico. Ahora bien, la cuestión aquí no es si hay continuidad o armonía en el pensar y el hacer ordinario de los seres humanos, sino si el neurótico contribuye activamente al mantenimiento de su neurosis, como sugiere Shapiro, y si el carácter de inevitabilidad que a menudo estos pacientes atribuyen a los pensamientos y acciones neuróticos puede ser puesto en cuestión, es decir, si puede ser desafiado o revisado desde un punto de vista que vaya más allá de hacer comprender a la persona cómo funciona su percepción e interpretación del mundo.

Una pregunta insolente en este sentido podría ser “¿quiere el neurótico ser neurótico?” Lo más cabal es responder que no. Sin embargo —maticemos la respuesta— el determinismo que le afecta como neurótico no parece ser el del peso de oscuras fuerzas que le superan, sino más bien el de la proclividad constante a apagar la luz de la conciencia especialmente sobre aquellos aspectos de su comportamiento que constituyen el núcleo de su perfil neurótico. Sobre todo, en manifestaciones de la neurosis en las que domina el componente impulsivo, podría hablarse además de “una atenuación de la experiencia normal de volición” (Shapiro, 2008, p. 40). El “querer” que es intrínseco a la voluntad, y la autonomía racional del agente, sujeto de la acción y del pensamiento, están aquí comprometidos. Ahora bien, ¿hasta qué punto? En relación con algunos casos difíciles de su experiencia clínica, con notorios componentes de impulsividad, a veces relacionada con adicciones como el alcoholismo, Shapiro comenta que, preguntados los pacientes por su forma de proceder, responden que “no pueden remediarlo”:

En cierto sentido estos pacientes deben de tener razón; lo que sabemos sobre determinismo así nos lo dice y, además, deseamos evitar la fácil alternativa de asignarle a la neurosis una responsabilidad moral. Por otro lado, no podemos tragarnos totalmente la idea de su inocencia, ni tampoco podemos dejar de pensar que no lamentan del todo lo que sus impulsos en cierto modo les fuerzan a hacer. El concepto de marioneta da lugar a que algunos terapeutas estimen que están bajo la obligación científica de aceptar, sin más, tales descargas de responsabilidad, mientras que otros pueden verse empujados, muy a su pesar, a adoptar actitudes de carácter ético (Shapiro, 2008, p. 40).

La Ingenuidad del Lego y la Prudencia del Experto: Conversando con Shapiro

En relación con el contexto de estas reflexiones es oportuno traer a colación parte de una conversación mantenida con David Shapiro (junio 2009), entrevista que solicité en el curso de la realización de una tesis relativa al discurso psicoterapéutico. La primera cuestión que formulé tomaba como punto de partida la distinción que hizo Shapiro (2006) entre responsabilidad psicológica y responsabilidad moral, en un trabajo que pretendía esclarecer cierta confusión que afecta a los objetivos de la psicoterapia, a saber, la que emerge de que, por una parte, se intente disminuir el remordimiento en el paciente y, por otra parte, se intente aumentar la experiencia de responsabilidad personal en el sujeto. La responsabilidad psicológica —que forma parte de lo que en inglés se entiende por *agency*— es la que se persigue en aras de una mejor integración de la personalidad. El proceso de desarrollo de ese tipo de responsabilidad consiste

en el esfuerzo por parte del sujeto en llegar a ser consciente de las razones que le hacen comportarse del modo en que lo hace.

Pues bien, supongamos el siguiente caso: después de años de terapia, una persona con trastorno histriónico de la personalidad ha mejorado su sentido psicológico de la responsabilidad y, por tanto, ahora es consciente de algunas de las razones que le conducían, por ejemplo, a negar que estuviera dañando a alguien de manera encubierta, a “olvidar” ciertas acciones lesivas que ha realizado y de las que no quiere dar cuenta, o a planear —arrastrada por sus rabietas de intolerancia a la frustración—, soterradas venganzas contra aquellos a los que atribuye la responsabilidad de sus decepciones. El trastorno histriónico de la personalidad, en buena parte acuñación contemporánea de la vieja histeria, tiene entre sus “competencias” algunas sutilezas cognitivas que les dan a estos sujetos ciertas ventajas neuróticas, tales como un don para percibir con finura el verdadero interés que muestran en ellos sus interlocutores, el grado o la calidad de la atención que se les presta o la intensidad de la respuesta emocional que despiertan en los otros; habilidades estas, parejas a la tendencia a mostrar una emotividad exacerbada y un acercamiento seductor que carece de fondo alguno desde el punto de vista sentimental (cf., por ejemplo, Davidson, 2007; Horowitz, 1991; Naranjo, 2005 y Nasio, 2004). El sujeto de nuestra suposición, como decimos, tiene ya un cierto conocimiento consciente y significativo de los esquemas de pensamiento y acción que le conducen, y ya no puede decirse estrictamente que actúe de manera inconsciente o que sus conductas inadaptadas broten de un fondo difícilmente accesible a su pensamiento. El automatismo neurótico está ahora desarticulado. Como pensaba Gurdjieff (cf. Oupensky, 2012), cuando una máquina se conoce a sí misma deja de ser una máquina, o al menos no es ya la misma máquina que era. Esta persona “sabe”, después de un entrenamiento dirigido a alumbrar el *insight*, cómo podría detectar estas tendencias y cómo podría evitarlas o cortocircuitarlas. Sin embargo, no lo hace. La pregunta, en fin, al profesor Shapiro era “¿Diría usted que el sujeto no puede evitar comportarse de esa manera o más bien diría que no quiere hacer el esfuerzo de ser una mejor persona?” La respuesta categórica de Shapiro fue: “No puede querer”.

En esta respuesta se combinaban los dos extremos o polaridades de mi pregunta —el querer y el poder—, lo cual me hizo pensar que la disyunción planteada no tenía por qué ser excluyente. Después añadió la aclaración de que el individuo de mi suposición, “como muchos otros” (entrecorinado aquí para descargarme del temor de que el caso de mi supuesto no tuviera parangón con los casos clínicos al uso) está, decía Shapiro, construido de forma que no puede elegir ser mejor. Sin duda, este “estar construido de tal forma que no puede ser mejor” nos arrastra de lleno al territorio del determinismo, que podría ser incluso biológico, aunque no parece esta ser la propuesta de Shapiro. Como curiosidad ilustrativa de un determinismo extremo, digamos que A. M. Ludwig (cf. Horowitz, 1991) propuso en 1972 una teoría neurobiológica de la histeria que explicaría la disfunción de la atención, la inhibición selectiva de la conciencia, la frecuente distracción y disociación que caracteriza al trastorno histriónico.

Lejos de tan potentes determinaciones, este “no poder” podríamos esclarecerlo más bien, con afirmaciones como esta: “Para aquellos que tienen trastorno de personalidad, no hay modo alternativo de experimentarse a sí mismos o al mundo y no hay flexibilidad en las estrategias conductuales” (Davidson, 2007, p. 25); es más, el mantenimiento del esquema conductual actúa “como si el paciente

no pudiera acomodar nueva información que no se ajuste a lo que cree que es verdad de sí mismo o de los otros” (Davidson, 2007, p. 20). Kate Davidson, en esta obra destinada a proveer a los terapeutas de estrategias cognitivas para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, pone el acento en el padecimiento que los pacientes soportan en virtud de su sumisión a los esquemas neuróticos. En este punto, tiene cierto interés contrastar lo que dice Davidson con el modo en que el filósofo David Velleman (2009) caracteriza la “inautenticidad” que, a su juicio, es frecuente en la actividad mental de cualquier ser racional. El sujeto, según Velleman (2009, pp. 90 y ss.), piensa y actúa sobre la base de un autoconocimiento constituido por lo que él cree que sabe de sí mismo, separando o evitando aquellas representaciones que no confirman esa autopercepción. Según esto, el agente racional sería el único ser que “juega sucio” consigo mismo. Podríamos colegir, a tenor de esto, que, al menos en el aspecto que aquí consideramos, la condición de neurótico difiere de la condición “no neurótica” sólo por la dimensión y la reificación que en aquel perfil alcanzarían mecanismos que en la vida psíquica “normal” son de uso recurrente.

Shapiro, por su parte, continuando con la justificación de su respuesta a mi pregunta (“no puede querer”) prosiguió diciendo que “sin embargo” en cada situación, ante una acción determinada, hay posibilidad de elegir y es posible que el sentido moral de la responsabilidad pueda reprobar la acción elegida cuando esta es dañina, especialmente si puede decirse que fue posible para el sujeto hacer otra cosa. Dicho en otras palabras, el individuo está limitado por las determinaciones de su estilo neurótico, pero eso no elimina la posibilidad de elección. Reconocer esta aparente paradoja tiene, a nuestro juicio, implicaciones importantes para la relación que el terapeuta se proponga establecer con el paciente, implicaciones que nos impiden eludir eternamente una reflexión sobre la dimensión ética que puede estar comprometida en muchos de los comportamientos neuróticos y en el abordaje de los mismos.

La Dimensión Moral en la Psicoterapia: ¿Ni Está ni se le Espera?

Shapiro, como es natural en los profesionales con extensa experiencia clínica, quiere evitar la moralización del comportamiento neurótico. De hecho, se lamenta de que la derivación hacia el concepto de trastorno de la personalidad de los que él considera estilos de personalidad neurótica haya dado pábulo a cierto tono de desaprobación, “como si el paciente —dijo literalmente— tuviera la culpa de lo que le pasa, cuando es responsabilidad del terapeuta especialmente ayudar y solucionar el problema”. Por otra parte, él mismo da muestras de no renunciar del todo a pisar la arena ética, si bien, a cierta distancia y, dicho coloquialmente, con pies de plomo. La derivación hacia una cierta culpabilización de la persona trastornada a la que aludía Shapiro es hace años un fenómeno que ha cristalizado en la prolífica producción de textos, dirigidos al gran público, con propuestas para sobrellevar a las que se tildan de ‘personas tóxicas’. Algunos títulos son en extremo reveladores de ello (cf. Arabi, 2023; Bernstein, 2011). Aun sin necesidad de pronunciarnos sobre la conveniencia de estas airadas maneras de etiquetar los comportamientos neuróticos, podemos ver retrospectivamente el origen de ello en la misma configuración técnica de estos perfiles de personalidad.

Aaron Beck, referente notable en terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad, presenta un retrato genérico,

que vincula al paciente presuntamente candidato a recibir este diagnóstico, y que podemos resumir del siguiente modo: el paciente o un conocido informa de que siempre se ha comportado así; no acepta el régimen terapéutico, interrumpe súbitamente la terapia en cuanto se reducen los problemas de ansiedad o angustia por los que se suele consultar; no parece tener conciencia del efecto de su conducta sobre los demás; expresa voluntad de cambio pero no sigue las prescripciones; sus problemas los percibe como aspectos fundamentales de su *yo*, y le parecen naturales y aceptables. Según esto, ¿cuál es el modelo de actuación propuesto para el terapeuta? Dicho esquemáticamente, tal modelo debe contener estos ingredientes: acuerdo respecto a las expectativas del paciente y los objetivos terapéuticos; estilo tranquilo y seguro por parte del terapeuta; cooperación durante el proceso en el establecimiento de nuevas metas; estrategias de triple dimensión (cognitiva, conductual y afectiva) (Beck et al., 2005).

Este esquema formal de interacción terapéutica requiere un despliegue de estrategias orientadas especialmente a identificar las creencias disfuncionales que alimentan el núcleo neurótico en cuestión. Así, por ejemplo, entre las estrategias para identificar creencias disfuncionales en el tratamiento del trastorno paranoide de la personalidad se sugiere: “realizar preguntas que requieran que el cliente prevea el efecto de sus acciones sobre los demás y considere lo que sentiría él si los roles se invirtieran” (López-Pell et al., 2010, p. 113). Elegimos este ejemplo porque muestra cómo en ocasiones la frontera que separa la responsabilidad moral de la responsabilidad psicológica es más difusa de lo que tal vez desearía el terapeuta, aunque es notoria por todas partes la asunción terapéutica de que el terreno moral debe ser esquivado.

Millon y Grossman (2007) disponen diversas categorías de estrategias terapéuticas: conductuales, interpersonales, cognitivas, de autoexploración o autoconocimiento, intrapsíquicas (psicodinámicas) y farmacológicas. Formulan la analogía del proceso terapéutico como la dirección de una orquesta, compuesta por los varios elementos psicológicos que se debe procurar que suenen con armonía en el paciente. En uno de sus casos ilustrativos (p. 125) se menciona a una paciente, para la cual se ha trazado el objetivo terapéutico de que tolere la experiencia de la responsabilidad por el malestar que causa a menudo. Es interesante que los autores subrayen que el terapeuta debe estar preparado para lidiar con el posible resentimiento de la paciente por el hecho de que él la hubiera inducido “engañosamente” a aceptar su responsabilidad. Ahora bien, ¿tendría sentido este posible resentimiento por parte de la paciente si fuera un objetivo terapéutico previamente consensuado no solo la exploración de la responsabilidad psicológica sino también la de la responsabilidad moral, y no solo la del paciente respecto a los otros sino también la de los otros respecto al paciente? ¿Es suficiente el binomio bienestar/malestar como marco analítico del efecto del comportamiento neurótico? ¿Desde qué referentes puede la paciente querer no solo aceptar la responsabilidad por el malestar que causa sino también contener en el futuro esa conducta? ¿De qué naturaleza, en fin, son los límites que en tal caso tendría que internalizar?

Karen Horney nos hizo ver con detalle la dificultad del neurótico para aceptar los límites que representa una percepción saludable de la realidad. Puesto que él ya lleva internamente una “estrecha chaqueta” (Horney, 1950, p. 80) que le tiraniza y constriñe constantemente, tiene una ínfima tolerancia al establecimiento de los límites externos. Tanto sus inquisitivas exigencias como su intolerancia a las limitaciones, tendrían su origen en la propia tiranía

interna que soporta desde un ideal del *yo* impostado, introyectado y pretendidamente reparador de alguna herida o insuficiencia básica. En relación con ese *yo* glorificado —cocinado en la imaginación y no en la áspera realidad—, ante el cual el neurótico siempre vive en peligro de estar desnudo o de no estar a la altura, surgen los ‘preceptos’ o ‘mandamientos’ que rigen sus interacciones y que adoptan la forma del “yo debería” o alguna otra fórmula imperativa —como podría ser, por ejemplo, “mantente en guardia” en el trastorno paranoide de la personalidad o “guíate solo por tus emociones” en el trastorno histriónico. Aunque estos mandamientos se presenten como si fueran un cimiento moral del comportamiento, son, bien al contrario, la falsificación neurótica de cualquier esfuerzo verdadero en sentido moral.

Karen Horney nos hace ver la paradoja de que toda la deshonestidad inconsciente que el neurótico desarrolla con objeto de “perfeccionarse” y de responder a su ideal del *yo* se nos presenta finalmente como un fenómeno inmoral. Uno de los efectos de la terapia analítica deberá ser, entonces, la desarticulación de esa estructura falsa, efecto que el paciente experimentará como un vacío y que el terapeuta verá como un terreno necesario para que aquel pueda elaborar ideales genuinos. Ahora bien, puesto que en esta tarea el paciente estará solo, estrenando el verdadero ejercicio de su libertad, ¿desde qué fundamentos, principios o criterios normativos podrá elaborar un *ethos* que mantenga cierta integridad? ¿Y desde qué ayuda terapéutica podrá reconocer como inmoral su viejo artefacto de actitudes y conductas? En un momento de nuestro diálogo, le dije a Shapiro que, a tenor de las condiciones de diversa índole que ello requiere, “ser bueno” no parece ser algo al alcance de cualquiera. “En cierto modo puede decirse que es así”, respondió. Y añadió: “la convicción moral ha de ser algo fuerte y generalmente es débil”.

Irvin Yalom ha hecho un esfuerzo fabuloso por resaltar la importancia de que la terapia se encamine al reconocimiento de la responsabilidad por parte del paciente. Desarrolla los que entiende que son mecanismos de defensa mediante los que el neurótico elude su responsabilidad y, por tanto, también el ejercicio de su libertad (vg. compulsividad, desplazamiento de la responsabilidad, etc.). Reconocer la responsabilidad es aquí saberse autor de las propias acciones, del otorgamiento de significados a las realidades del mundo y también de lo que se decide ignorar. Refiriéndose al existencialismo de J. P. Sartre, Yalom indica que esta no es una responsabilidad de tipo moral: “Nada en el mundo tiene significación si no es por la propia creación. No hay reglas, sistemas éticos ni valores, (...) solo el individuo es el creador” (Yalom, 2010, p. 269).

Sin embargo, incluso si encaramos a fondo esta angustiada exploración sobre nosotros mismos que nos deja rotundamente a solas con nuestros actos y nuestros pensamientos, no parece posible una asunción de responsabilidad tan absolutamente *ex nihilo*, pues en la propia atribución de responsabilidad que representan las reacciones a nuestras propias acciones, como indica Jennifer Radden (1996, pp. 95-96), hay implicadas actitudes que incluyen componentes cognitivos, normativos y afectivos, por lo que tales actitudes son actitudes morales y no meras creencias. Y aunque no siempre tales actitudes sean fiables (vg. el neurótico puede mostrar culpa inmerecida o un arrepentimiento falso) son importantes para entender cómo comprende la persona lo que significa su responsabilidad personal. Por tanto, atribuciones como “yo lo hice”, “yo lo pensé”, “yo lo ignoré” son subjetivamente inseparables de la adhesión a una actitud moral.

Por otra parte, de nuevo Yalom, se detiene en la reflexión sobre el lugar que en la terapia ocupa la voluntad y cómo el movimiento de esta en el paciente por parte del terapeuta es el desafío más excelso que en la relación terapéutica se puede enfrentar. Preguntemos ahora, ¿este “querer”, como voluntad, que habría que “mover” terapéuticamente, es el “querer” del que hablaba Shapiro? Yalom, en su nutrida reflexión a este respecto, muestra cómo el paciente a menudo no sabe lo que quiere. Pues bien, aparte de la relación con el estilo de vida que este ‘no saber lo que se quiere’ pueda tener, ¿hay algo que valga la pena querer por sí mismo, algún referente que en la castigada maraña del pensamiento neurótico alumbre lo que significa “ser mejor”, para poder quererlo? El propio Yalom cuenta que su primer supervisor le dijo en la primera sesión que la meta de la psicoterapia es llevar al paciente al punto en el cual pueda hacer una elección libre: “Sin embargo, aunque tuvimos otras cincuenta sesiones de supervisión, no volvió a decirme ni una sola palabra más acerca de la ‘elección’, que según él era la meta de la terapia” (Yalom, 2010, p. 264).

En sintonía con esa meta insatisfecha por el supervisor de Yalom, Holmes y Lindley en su obra *The values of Psychotherapy* (citado en Radden, 1996, p. 220) afirman que el único valor que debe enfatizarse en el curso de la terapia es el logro de la elección libre y autónoma, puesto que la neurosis esclaviza. El significado que este logro tendría en el contexto de la psicoterapia es el de tomar el control de la propia vida. Ahora bien, esta conquista que podemos caracterizar como “autodeterminación”, y que es considerada a menudo como un fin en sí mismo, esconde, como explica Jennifer Radden, un ideal más complejo, esto es, la adquisición de un conjunto consistente y coherente de intenciones y valores. Del mismo modo, el reconocimiento de los valores de los que han brotado las acciones y decisiones del sujeto hasta ahora, habría de ser un tránsito necesario para que la esclavitud neurótica sea aligerada.

Si bien es cierto que varios enfoques terapéuticos de cuño humanístico prestan atención a los valores del sujeto —tales como la terapia centrada en valores, la terapia de aceptación y compromiso, o la más antigua logoterapia de Viktor Frankl—, el concepto de valor ahí desplegado se refiere más a valores psicológicos, fortalezas, competencias, o referentes existenciales que otorguen sentido a la vida, que al tipo de valores sobre los que podría asentarse alguna idea de integridad moral. Estos valores, sean en el sujeto tácitos o manifiestos, otorgan relieve a una dimensión moral que, sin duda, mantiene una intersección con los que estamos considerando como valores psicológicos, pero bien es cierto que en una posición más cercana a la penumbra con respecto a estos.

Conclusiones y Sugestiones

En relación con la psicologización de gran parte de los asuntos vitales y existenciales que ha tenido lugar en el último siglo, Nikolas Rose (1999, p. 24) llamó la atención sobre cierto “sentimiento de la pobreza de la ética terapéutica”, una pobreza que es la contrapartida de la escasez ética que trasluce en la obligación contemporánea de satisfacernos mediante los logros que conducen a la felicidad personal a través de la maximización del estilo de vida. Si esto es así, cabe cuestionarse si empoderar al paciente con el fin prioritario de hacerle sentirse bien o de que pueda decirse feliz a toda costa no es un pobre objetivo psicoterapéutico y, en consecuencia, un errático criterio moral. Que la psicoterapia sea poco proclive, como venimos sugiriendo, a enfrascarse en esta clase de territorio normativo, ya sea para inducir al paciente a reconstruir referentes éticos, ya sea

para reprobar, limitar o reconducir el comportamiento neurótico, se nos revela como una insuficiencia teleológica, sobre todo en el abordaje de los trastornos de la personalidad. En este sentido, como ha hecho ver Otto Kernberg (2017), puede resultar imperativo que el terapeuta abandone la neutralidad técnica para demarcar, desde sus propios valores, la conducta de un paciente que representa una amenaza para sí mismo o para los otros; no se puede permanecer impasible, nos dice, mientras “arde Roma.”

Desde un punto de vista filosófico, es posible entender que esta estigmatización de la moral en el ámbito terapéutico esté relacionada con la atávica asociación que la mentalidad occidental ha establecido entre la culpa y el castigo —véase a este respecto la reflexión de Albert Ellis (2004, pp. 92-93)—; y, desde una perspectiva metodológica, se puede mencionar al respecto la extensa influencia que el precepto psicodinámico de la neutralidad técnica ha ejercido en el perfil del terapeuta.

Sea como fuere, el punto de vista moral, entendido especialmente como *contenido* (cf. López-Aranguren, 1998), parece proscrito en el dominio psicoterapéutico a merced de connotaciones que lo confunden con el adoctrinamiento. Aunque el terapeuta no está llamado a ser el guardián del bien y del mal, ¿puede desligarse de todo aquello que en muchas manifestaciones clínicas de los trastornos de la personalidad se expresa y desarrolla como insania moral, sin planear alguna intervención éticamente estructurada? En una investigación metanalítica reciente (Castilla-Estévez, 2024) se defiende la hipótesis del vínculo que mantienen los fundamentos morales y el bienestar de las personas, bienestar tanto hedónico como eudaimónico referido el primero al bienestar epicúreo entendido como relación placer-displacer o como satisfacción a lo largo del tiempo, y referido el segundo más bien a un bienestar, de filiación ética aristotélica, derivado de la concordancia entre el comportamiento y lo que uno cree que debe ser un buen carácter. Como conclusión, esta investigación presume el potencial que tendrían dichos fundamentos como herramienta para desarrollar una terapia que se centre en los principios morales del sujeto. En este caso, se toma como referencia la Teoría de los Fundamentos Morales de Jonathan Haidt (2012) que identifica cinco principios morales sobre los que se asienta la variabilidad de toda la moral humana a través de las diversas culturas. Unos son principios individuales (cuidado/daño; justicia/engaño) y otros son de carácter grupal (lealtad/traición; autoridad/subversión; pureza/degradación). La naturaleza de estos principios es sustancialmente intuitiva, un conjunto de “intuiciones evolucionadas” heredadas, culturalmente influidas y gobernadas en parte por las decisiones individuales.

Sorprende que entre las referencias de la obra de Haidt no figure David Ross (1877-1971), filósofo escocés a quien debemos la teoría moral de deberes *prima facie* (Ross, 1930), puesto que tal teoría concede también a la intuición un notable protagonismo. En la ética de Ross aprendemos a diferenciar, en las acciones, las que son propiedades morales de las que no lo son. Así, el éxito o la eficacia no son propiedades morales de una acción, mientras que producir conocimiento o dar placer sí lo son, aunque estos no sean estrictamente deberes morales, sino solo bienes que de modo intrínseco producen ciertos tipos de acción. Los *deberes*, en cambio, son propiedades morales de algunas acciones, verdades morales que se presentan a primera vista y que, intuitivamente, son reconocidos cuando están implicados en una acción determinada. Así, por ejemplo, cumplir una promesa es una acción que satisface el deber de fidelidad que se nos representa al hacer la promesa en cuestión.

Ross distinguió siete deberes *prima facie*: fidelidad, gratitud, reparación del daño, beneficencia, no maleficencia, justicia y deber de automejora. El valor pedagógico que encontramos en esta ética, como ejercicio del juicio moral, es que combina el realismo que reconoce verdades morales objetivas con cierto relativismo que obliga al sujeto a elaborar, según el contexto, sus decisiones morales. Así, la acción moralmente correcta, que Ross denomina *deber efectivo*, requiere estimar en cada caso cómo se satisfacen los deberes *prima facie*. Dicho de otro modo, ante un dilema moral nos preguntaríamos ¿cómo se cumple mejor con esos deberes *prima facie*? El hecho de que esta sea una ética deontológica, sin el rigor imperativo de la ética kantiana, y sin la subordinación a la contingencia que requieren las éticas consecuencialistas, induce a respetar el valor fundamental de varios principios que pueden actuar como referentes valiosos para examinar las acciones y actitudes que nos conducen.

No olvidemos que la reflexión sobre principios morales representa la comprensión y asunción de significados que tienen finalidad adaptativa tanto en las relaciones interpersonales como en la perspectiva de la colectividad de la que se forma parte. Por tanto, sea con la ayuda de estos modelos éticos o de otros que en cada caso puedan considerarse pertinentes, sugerimos que la formulación de dilemas morales —y la aportación de instrumentos conceptuales que permitan elaborarlos o resolverlos—, puede ser parte del plan terapéutico en el abordaje de los trastornos de la personalidad, toda vez que tal tipo de reflexión contribuya a edificar una alternativa de autopercepción al yo neurótico que el propio individuo quiera para sí y acoja como exponente de maduración cognitiva y emocional.

Quizá estas sugerencias contaminen aquella célebre consigna de Bion, que solicitaba entrar en la sesión terapéutica “sin memoria ni deseo”, o dicho de modo más heterodoxo, el distanciamiento valorativo que el terapeuta quiere preservar como parte de su propio *ethos* profesional tal vez no pueda ser tan puro y aséptico como se pretende, pues la terapia misma es en su fundamento —se reconozca o no— una apuesta por un modo de entender al ser humano. Digamos, finalmente, que lo que aquí puede parecer una fe socrática en el crecimiento moral del individuo como instrumento terapéutico requiere, desde luego, conocimiento y no solo habilidades; esto es, requiere trabajar con ingredientes éticos que sean exigentes para la reflexión de la persona neurótica, al mismo tiempo que desafíos a sus actitudes morales por los cuales sienta deseos de luchar. En un artículo titulado “La moral y el paciente neurótico” (Isenberg, 1966, p. 477) Morris Isenberg escribió: “El paciente neurótico no ve como un problema la aceptación incuestionable de su moralidad. Da por sentado que sus valores morales son verdaderos no sólo para él sino también para los otros. Él mira el mundo a través de las gafas de su moralidad juzgando así lo bueno y lo malo sin dudar jamás de su validez”.

Pues bien, aunque no sea competencia de la filosofía, como indica Isenberg, determinar el curso de ningún caso particular, sí puede llevar la inquietud de la indagación sobre lo bueno y lo correcto a la psicología, que es el territorio donde con razón ha de abordarse la moral neurótica. Abramos, pues, a la filosofía las puertas de la psicoterapia.

Conflicto de Intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Allport, G. (1937). The functional autonomy of motives. *The American Journal of Psychology*, 50, 141-156.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5-TR*. Editorial Médica Panamericana.
- Arabi, S. (2023). *Guía de la persona altamente sensible para lidiar con personas tóxicas: Cómo reclamar tus derechos ante narcisistas y otros manipuladores*. Obelisco.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., y Platygorsky, J. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós Ibérica.
- Bernstein, J. A. (2011). *Vampiros emocionales*. Edaf.
- Castilla-Estévez, D. (2024). Bienestar y fundamentos morales: Una revisión metanalítica. *Revista de Psicoterapia*, 35(129), 98-108.
- Davidson, K. (2007). *Cognitive Therapy for Personality Disorders. A guide for clinicians*. Routledge.
- Ellis, A. (2004). *Cómo vivir con un neurótico*. Obelisco.
- Freud, S. (1992). *El malestar en la cultura*. Alianza Editorial.
- Haidt, J. (2012). *La mente de los justos*. Deusto.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. Norton & Company Inc.
- Horowitz, M. J. (1991). *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder*. Jason Aronson Inc.
- Isenberg, M. (1966). Morality and the neurotic patient. *American Journal of Psychotherapy*, 20(3), 477-488.
- Kernberg, O. (2017). Ética y psicoterapia. Conferencia de clausura. II Congreso Nacional de Psicoterapia FEAP. En <https://www.youtube.com/watch?v=I51pyoh4wVU>
- López-Aranguren, J. L. (1998). *Ética*. Alianza Editorial.
- López-Pell, A. F., Rondón, J. M., Cellerino, C., y Alfano, S. M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005). *Ciencias Psicológicas* 4(1), 97-124.
- Millon, T., y Grossman S. (2007). *Overcoming resistant personality disorders*. Wiley.
- Naranjo, C. (2005). *Carácter y neurosis*. La llave.
- Nasio, J. D. (2004). *El dolor de la histeria*. Paidós.
- Oupensky, P. D. (2012). *Fragmentos de una enseñanza desconocida*. Gaia.
- Radden, J. (1996). *Divided minds and successive selves. Ethical issues in disorders of identity and personality*. MIT Press.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul. The shaping of the private self*. Free Association Books.
- Ross, W. D. (1930). *The right and the good*. Oxford University Press.
- Shapiro, D. (2006). Self-reproach and Responsibility. *Psychiatry*, 69(1), 21-25.
- Shapiro, D. (2008). *Estilos neuróticos*. Gaia.
- Velleman, D. (2009). *How we get along*. Cambridge University Press.
- Yalom, I. D. (2010). *Psicoterapia existencial*. Herder.

Artículo

Análisis del Concepto Clásico del *Dáimon* y su Relación con los Estados Patológicos de la Consciencia

Juan Manuel de Faramiñán Fernández-Figares 

ESIC University/ EIG Granada (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 15/09/2025

Aceptado: 31/10/2025

Palabras clave:

Dáimon

Consciencia

Inconsciente

Patología

Trastorno

Personalidad

Clásico

Transformación

RESUMEN

Este artículo examina la figura clásica del *dáimon* y su relación con la consciencia, entendidos ambas como dimensiones complementarias de la experiencia humana. El *dáimon*, enraizado en la tradición griega y en posteriores interpretaciones filosóficas, se presenta como una fuerza irracional e inconsciente, un impulso interior que orienta hacia la acción, la creatividad y la realización personal. Lejos de constituir un mero símbolo mitológico, representa las energías latentes e intuitivas que guían la existencia más allá del cálculo racional. La consciencia, en contraste, se configura como un continente racional y conceptual que dota de orden, coherencia y estabilidad, permitiendo al sujeto mantener la cordura ante la complejidad del mundo y de la vida. El análisis de la tensión dialéctica entre ambos elementos —el *dáimon* como potencia generadora y pre-racional y la consciencia como principio reflexivo y ordenador— sugiere que el desarrollo humano no puede reducirse ni al control racional ni al puro impulso instintivo. Ambos polos deben comprenderse como constitutivos y necesarios. El estudio subraya que ignorar uno de ellos conduce al desequilibrio: una entrega excesiva al *dáimon* puede derivar en estados patológicos de la mente, mientras que la negación de lo inconsciente empobrece la vitalidad de la consciencia.

Analysis of the Classical Concept of the *Daimon* and its Relation to the Pathological States of Consciousness

ABSTRACT

This article explores the classical figure of the *daimon* and its relationship to human consciousness, interpreting both as complementary dimensions of the self. The *daimon*, rooted in Greek thought and later philosophical traditions, is understood as an irrational and unconscious force, an inner impulse that drives action, creativity, and self-realization. Far from being a mere mythological symbol, it represents the hidden energies and instincts that orient human existence beyond rational calculation. Consciousness, in contrast, is described as a rational and conceptual framework that provides order, coherence, and stability. It allows the subject to maintain sanity in the face of the complexity of life and the unpredictability of the world. By analysing the dialectical tension between these two elements—the *daimon* as a generative, pre-rational power and consciousness as a reflective, ordering principle—the article suggests that human development cannot be reduced to rational control nor to instinctual drive alone. Instead, both dimensions must be understood as mutually constitutive. The study highlights that ignoring either pole leads to imbalance: an excessive submission to the *daimon* may result in pathological states, while the denial of unconscious impulses impoverishes the vitality of consciousness.

Keywords:

Daimon

Consciousness

Unconscious

Pathology

Disorder

Personality

Classical

Transformation

Citar como: de Faramiñán, J. M. (2026). Análisis del concepto clásico del *Dáimon* y su relación con los estados patológicos de la consciencia. *Revista de Psicoterapia*, 37(133), 43-48. <https://doi.org/10.5944/rdp.v37i133.46601>

Autor y e-mail de correspondencia: Juan Manuel de Faramiñán Fernández-Figares, faraminan@maatasesores.com

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

Resulta difícil definir y atrapar en un solo concepto esa otredad interna a la que llamamos consciencia, que se desliga del concepto de conciencia como mero estado arousal de alerta y atención, y que nos invita a aceptar la vida también como una experiencia interna plena de colores y matices. Ese otro yo con quien a menudo dialogamos y que muchas veces parece asomarse a nuestra vida de una manera indiscreta. Su naturaleza es tan indeterminada que aun hoy su definición varía dependiendo del entorno e incluso de la línea de pensamiento que trate de apresarla. La principal dicotomía, y de la que parten la mayoría de las teorías, es la de la posible diferenciación entre mente y cuerpo o, en el ámbito específico de la mente, la de una distinción entre lo psicológico y lo fenoménico (Chalmers, 1999, pp. 35-41).

Esta última diferenciación nos interesa especialmente para nuestro campo de estudio, pues aporta un marco lo suficientemente amplio como para incluir en él a las experiencias de la consciencia desde un punto de vista subjetivo y, de forma más específica, la de aquellas en las que sus límites se desdibujan y dejan al sujeto a merced de sí mismo. Cabe apuntar, no obstante, que incluso algunas visiones eminentemente fisiológicas y materialistas, que reducen la mente y la consciencia a meros constructos provocados por la actividad cerebral, dejan lo suficientemente abiertos los márgenes de la experiencia individual como para poder admitir la existencia de “un yo” más allá de lo corporal (Metzinger, 2018, pp. 112-117). En otras palabras, admiten la posibilidad de percibir un otro yo, una presencia interna que de forma misteriosa se comunica con aquel que abre los oídos del alma para escucharse a sí mismo. Lo interesante de todo esto es que esta otredad es muy similar a la que en el mundo clásico se definía con el nombre de *daimon*, un ser interior que nos impulsa y nos guía, y que también nos transmite información proveniente de nuestras más profundas esencias, de las entrañas del alma, como una forma de meta-consciencia no racional, sino intuitiva.

En cualquier caso, la postura más adecuada y al mismo tiempo complementaria desde el punto de vista psicológico para integrar y relacionar el concepto de la consciencia con esta figura clásica del *daimon* —e incluso para entender y arrojar algo más de luz sobre los estados intermedios e incluso patológicos en los que la consciencia se diluye o aparentemente no está presente— es, a nuestro juicio, la que aporta Carl Gustav Jung. Para él, la consciencia no constituye todo lo que el sujeto considera como su vida psíquica, sino que esta es apenas una pequeña parte de ella (Jung, 2015a, p. 144). Es decir, que el ego, el yo, no es el centro de la personalidad, sino solo un elemento o parte de una totalidad psíquica mucho mayor que, por definición, es también inconsciente (Jung, 2011, pp. 7-11). La cara oculta de la psique —como podría definirse—, que no solo tiene autonomía, sino que se expresa como una potencia vital, como un impulso que proviene del interior y que condiciona mucho más el comportamiento humano de lo que este estaría dispuesto a reconocer:

Ninguna voluntad consciente sustituirá jamás a la larga el impulso vital. Este impulso nos viene del interior como un Debe, Voluntad o Mandato, y cuando le designamos tal como siempre se ha visto, con el nombre de *daimon* personal expresamos cuanto menos acentuadamente el estado de cosas psicológico (Jung, 1964, p. 407).

Este inconsciente, siguiendo con Jung, se compone de elementos arquetípicos, básicamente estructurales, que son parte de una

herencia psíquica común y que permiten organizar la experiencia del sujeto, tanto si esta ha sido percibida de forma consciente como si no (Jung, 1997, pp. 69-73). Dicho de otro modo, a través de esta configuración, el sujeto administra sus vivencias con su inevitable carga emotiva y les asigna un lugar y un valor en el interior de su psique, les asigna una imagen y un carácter simbólico. La tarea de la consciencia es ampliar sus límites complementándose con los contenidos de lo inconsciente (Jacobi, 1963, p. 193) gracias al lenguaje de las imágenes y de los símbolos como conectores entre estas dos realidades (Neumann, 1981, p. 47).

La finalidad de este proceso de la consciencia es integrarse de manera natural y complementaria en el *sí-mismo*, una totalidad que corresponde no solo a las vivencias del yo y de la consciencia, sino también al contenido de lo inconsciente que se nutre, a su vez, tanto de la experiencia individual como de la colectiva (Jung, 2016, p. 92). Este sujeto integrador de lo consciente e inconsciente es, para Jung, un ser completo, un individuo que ha alcanzado la totalidad de sí mismo a través de lo que él denominó *proceso de individuación*, una transformación mediante la cual el ser humano se convierte en lo que está destinado a ser por naturaleza, llegar a ser él mismo (Jung, 1993, p. 69).

Aparece así en el interior del sujeto una suerte de diálogo, una voz que proviene de la profundidad y otra que corresponde a la voz de este tiempo. La una íntimamente vinculada con nuestro concepto del inconsciente y la otra con la consciencia. Sin embargo, este proceso natural de integración de las vivencias inconscientes en la esfera de la consciencia, la *función transcendente* en la definición junguiana, puede precipitarse por diferentes motivos: enfermedad, una experiencia traumática, rigidez psicológica, miedo a lo inexplicable o simplemente por falta de conocimiento del lenguaje simbólico con el que nuestro mundo interior se comunica con nosotros:

Así pues, el que, instigado por su *daimon*, se atreve a traspasar los límites de la fase de transición entra propiamente en lo jamás hollado, en donde no se entra, donde ya no encuentran caminos seguros que le guíen ni techo protector sobre él (Jung, 1964, p. 403).

Es entonces cuando pueden precipitarse los estados patológicos de la mente, las disociaciones, los trastornos de la personalidad o simplemente la pérdida de control sobre las pulsiones, las emociones e incluso los pensamientos. La voz de la profundidad y la de este tiempo se confunden, al difuminarse sus límites, y el sujeto empieza a dudar sobre qué es real y qué no lo es. Llegado este punto la vida interior se torna confusa y la persona se siente a merced de una tormenta que surge de su propio centro, ahora desdibujado, que lo zarandea lanzándolo de aquí para allá dejando un escenario de angustia y desolación a su paso. Sin embargo, aun en el ojo del huracán se puede encontrar algo de calma y, si quien se padece a sí mismo aprende a escuchar y descifrar el lenguaje de sus propios vientos, queda un resquicio de esperanza, una hendidura en la firme roca por la que escudriñar algunos de los secretos motivos que, como Bóreas, soplan escondidos desde las remotas esquinas del alma.

El artífice de esta voz interior es, para Jung, el *ánima*, y para nosotros, el *daimon*, un arquetipo que encarna aspectos del psiquismo como son lo creativo, la vía de acceso al inconsciente o a la emocionalidad (Morales, 2020, pp. 215 ss.). Dicho de otro modo, es el representante interior de las potencialidades ocultas del sujeto, de sus más hondas percepciones y sus vivencias más profundas. Tanto el *ánima* como el *daimon* también se expresan mediante el

vasto y riquísimo acervo simbólico de la humanidad, como si su profundidad llegase a fundirse en el abismo de los otros, por lo que es imperativo conocer este lenguaje para entenderlo. Es, de alguna forma, lo más parecido a una *presencia divina, numinosa*, que puede generar incluso un cierto temor al percibirla y que es interpretado a *prêsence*, algo que posee entidad, que está presente y cuya entidad tiene carácter personal (Otto, 2009, p. 62).

Por todo ello, también para Jung, el *ánima*, esta voz interior que media entre nuestro mundo interno e inconsciente y la esfera de nuestra consciencia y nuestro yo, puede ser relacionada con el *daímon*, como una presencia de carácter divino que nos eleva hacia la parte más sutil de nuestro ser. No obstante, para Jung, el *daímon* también puede relacionarse con la figura del *ánimus*, la contraparte masculina del *ánima* que representa el sustrato racional, la capacidad racional y lógica y los límites propios del pensamiento concreto, de ahí su relación, digna de estudio, con lo dionisiaco y lo apolíneo:

No sólo los dioses pertenecen a las figuras de lo inconsciente, sino también *ánimus* y *ánima*. Wilhelm traduce la palabra *hun* como *ánimus* y efectivamente el concepto *ánimus* se adecua perfectamente a *hun*, cuyo signo escrito está compuesto por el signo de “nubes” y el de *daímon*. Así *hun* significa “demon de las nubes”, un alma de hálito superior, perteneciente al principio yang y, por lo tanto, masculino (Jung, 2015b, p. 31).

En cualquier caso, lo que nos interesa en este momento es su expresión como *daímon-ánima*, pues de este modo se presenta como una presencia meta-racional, es decir, inconsciente, como una expresión de algo que está más allá del sujeto, pero que al mismo tiempo está integrado en él, como algo que sin conocer es conocedor de todas las cosas, pues sus raíces se nutren en el océano primordial de la mente universal. Es el *Agathodaimon*, la serpiente a la que los romanos rendían culto, a la que Filón consideraba como el animal más espiritual, y cuya forma serpentina, su sangre fría, su organización cerebral primitiva e incluso su falta de vinculación con el ser humano, nos provocan esa mezcla de fascinación y terror que es tan propia de lo inconsciente y que lo convierte en un símbolo de la desconsiderada impulsividad y la natural *sophía* o sabiduría que tiene todo arquetipo (Jung, 2015b, p. 308).

Para Jung, admitir esta presencia como una realidad inherente al ser humano es muy importante: “en vez de buscar otra vez la confirmación del *daímon* como una ilusión, el hombre occidental debería volver a experimentar la realidad de esta ilusión” (Jung, 2015b, p. 30). Porque esta voz interior nos acerca invariablemente a nuestra verdadera esencia, nos llama, nos reclama el cumplimiento de algún viejo pacto que cumplir, nos avoca a ser quienes de alguna manera ya somos, aunque aún no lo sepamos. De ahí que para Hillman el *daímon* esté en estrecha relación con la vocación, con aquello que nos impele, a través del amor y desde el interior, a ser lo que estamos destinados a ser, lo que es necesario que seamos (Hillman, 1998, pp. 19-21), o, en palabras de Ortega:

Una misteriosa voz interior que habla y no suena, una voz silente que no necesita palabras, que es, por rara condición, a un tiempo monólogo y diálogo, voz que, como un hilo de agua, asciende en nosotros de un hontanar profundo, que nos susurra el mandamiento de Píndaro: “llega a ser el que eres”; una voz que es llamada hacia nuestro más auténtico destino; en suma, la voz de la personal vocación. El yo auténtico de cada hombre es su vocación (Ortega y Gasset, 1965, pp. 513-514).

Esta especie de destino que el *daímon* nos reclama, como la propia vida, no está sujeto ni a la moral ni a las expectativas que cada ser humano pueda tener, sino que más bien se expresa a pesar del propio individuo, como una fuerza que impulsa, a veces trágicamente, a vivir determinadas experiencias. Por eso Jung ve a *Eros*, el amor, como un dios que con sus flechas dirige nuestra voluntad de forma inconsciente y muchas veces con un resultado trágico hacia aquello con lo que irremediabilmente va a quedar ligado a nuestro destino, una divinidad que, no en vano, es también representada como un *daímon*:

En este lugar me veo obligado a mencionar que junto al campo de la reflexión existe otro terreno no igualmente extenso, sino extendiéndose más lejos, en el que la concepción y representación intelectuales hallan apenas de qué poder adueñarse. Es el campo de *Eros*. El antiguo *Eros* en su pleno sentido, un dios, cuya divinidad trasciende los límites de lo humano y por ello no puede concebirse ni representarse. Podría aventurarme en este *daímon*, como tantos otros antes que yo lo han intentado, cuyas actividades se extienden desde los espacios infinitos del cielo hasta los abismos tenebrosos del infierno (Jung, 1964, p. 412).

Como acertadamente advierte Remedios Ávila, de esta forma trágica es como la vida enseña, y “esta enseñanza se diferencia de la filosofía práctica: si la ética nos dice qué debemos hacer, la tragedia, entre otras cosas, revela quiénes somos teniendo en cuenta el modo en el que actuamos. Revela el carácter” (Ávila, 2018, p. 17).

En este sentido, la sentencia de Heráclito recogida por Plutarco “el carácter de un hombre es su *demon*” (Plutarco, 1996, I.1d), y que a menudo se traduce por *destino*, es muy clara: el *daímon* es todo aquello que debemos ser, todo aquello que necesitamos hacer. Precisamente es su carácter ambiguo e intermedio el que hace que los *daímones* sean entidades “necesarias para el desarrollo tanto del ser humano como del universo, ya que su labor mediadora da cohesión a la totalidad y permite la comunicación entre los contrarios, entre lo bueno y lo malo, lo sagrado y lo profano, el cielo y la tierra” (Faramiñán, 2020, p. 91).

El *Daímon*, la Consciencia y los Trastornos de la Personalidad

Como contraparte, la consciencia se configura como un continente racional y conceptual que dota de orden, coherencia y estabilidad, permitiendo al sujeto mantener la cordura ante la complejidad del mundo y de la vida, un límite necesario para apresar su inmensidad incontenible, para poder Ser. Porque al igual que nuestra concepción de lo que es el mundo está predeterminada por lo que podemos definir a través de nuestros sentidos, para algunos también a través del lenguaje (Wittgenstein, 1992, *Tractatus* 5.6), nuestra psique muestra un patrón similar respecto de las ideas y los conceptos, especialmente respecto de la idea y el concepto que tenemos de nosotros mismos. Dicho de otro modo, lo que podemos saber de la vida en su triple acepción clásica: yo, los demás y el mundo, está condicionado por ese tercer elemento, dúctil y serpentino, que es la consciencia, y que, aunque tiene la capacidad de integrar aun aquellas cosas que aparentemente son contradictorias, generalmente disecciona quirúrgicamente la realidad en pares de opuestos. De ahí que el vivir esté tan relacionado con la consciencia, con el *daímon* y con el cómo nos percibimos a nosotros mismos, a los demás y al mundo sin que

ninguno de estos aspectos sea excluyente, porque es la relación natural entre el *daímon* y nuestra consciencia la que puede darnos esa perspectiva holística, integradora, que verdaderamente nos acerque a los demás, al mundo y a nosotros mismos:

Se presenta entonces un nuevo problema que consiste en la relación de *Nous* (pensar) y *Dáimon* (demonio) ya que desde este momento el pensar no podría estar separado de la voz demoníaca, de esa voz interior que va a dar lugar al espacio de la locura compartida entre los hombres y los dioses (Lossada, 2022, p. 39).

Cuando estos límites de la consciencia se traspasan, cuando aparece y toma el control el *daímon* o el *ánima* y los contornos de la vida se difuminan, el sólido suelo ya no cumple su función estabilizadora y la percepción del tiempo y el espacio se vuelve elástica, en ese momento es muy difícil determinar lo que es real y lo que no. El problema epistemológico es que es probable que el acceso a lo real esté más allá de nuestros propios límites, de los marcos conceptuales impuestos por nuestra personalidad y las herramientas perceptoras que la constituyen. Por esta razón, cuando desaparecen los límites, aparecen los trastornos, especialmente los relativos a la personalidad, porque es muy difícil que la identidad del sujeto se mantenga suspendida en lo indeterminado, en lo inaprensible, en un espacio donde no existe ni el arriba ni el abajo, ni el dentro ni el fuera, donde el tiempo es sincrónico y asíncrónico de forma simultánea.

Para enumerar algunos de estos trastornos, y sin ánimo de ser exhaustivos, podemos valernos de la lista establecida por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5, en su Sección III), aunque sin entrar en evaluaciones de grado ni cuantitativas:

- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno evitativo de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad

Si observamos cada uno de ellos, podemos ver cómo en todos existe una alteración en la manera de pensar y sentir con respecto a algo o alguien, ya se trate de otro ser o cosa, o de nosotros mismos. En todos se puede intuir una pulsión interna que lleva a transgredir y forzar lo que ha sido aceptado hasta el momento, lo cual constituye también un presupuesto básico en el desarrollo del individuo, pero que se vuelve patológico al llegar a un determinado punto. Es evidente que definir este límite es, no solo arriesgado, sino potencialmente peligroso para una sociedad tan acostumbrada a lo “políticamente correcto”, tan estandarizada que, como en el mito de Procusto, utiliza una única medida de corte para todos:

Aspectos como la incapacidad para separar claramente los comportamientos normales de los patológicos, la comorbilidad, la inflación de diagnósticos, o la medicalización han supuesto un obstáculo importante en la búsqueda de aceptación del DSM y han generado el rechazo de especialistas e instituciones del ámbito psiquiátrico (García-Zabaleta, 2018, p. 368).

Es necesario, por tanto, acercarse al trastorno con cautela, pues en muchos casos este puede ser un síntoma de transformación, de crecimiento, de toma de consciencia. Al fin y al cabo, el ser humano avanza aun cuando parece retroceder y necesita expandir sus límites

desde los primeros instantes de su vida, necesita romper las falsas puertas que lo constriñen, los velos que ocultan su circunstancia. Pero este desgarrar, este romper y empujar es doloroso y arriesgado, porque vivir es ensuciarse y gastarse, es un darse a la vida por completo. El gran dilema es cómo y quién determina los límites, es decir, dónde se establece la frontera de la locura, de lo correcto, el punto exacto en el que el diálogo interior de todo individuo despierto se convierte en un trastorno, en qué momento el afán de perfección y el temor supersticioso se nos van de las manos, en qué instante el temor a la evidente agresividad humana con sus mezquindades y miserias se vuelve un problema, o cuál es el criterio para considerar que el necesario amor propio, la urgencia de sentirnos importantes y útiles, de ser especiales y queridos, se extralimita convirtiéndonos en monstruos víctimas de nosotros mismos.

Es posible que el camino de la vida no esté circundado por señales, vallados ni veredas, que como ríos o venas recortan la inexplorada planicie de la existencia humana, sino que, como un océano, carezca de contornos. Quizá tan solo se pueda transitar resolviendo lo contradictorio, reconciliando las falsas dicotomías del pensamiento que fracturan al mundo y la vida en pares de opuestos: arriba y abajo, dentro y fuera, bueno y malo, luz y oscuridad. Una dualidad que Nietzsche representó muy bien en la búsqueda del equilibrio entre lo apolíneo y lo dionisiaco (Nietzsche, 2004, pp. 41-42), en esa apertura al abismo metamórfico de la vida en la que el individuo termina por transformarse mediante un inaplazable reencuentro consigo mismo y en donde lo consciente y lo inconsciente son percibidos como los dos extremos de un mismo ser.

Estas son las puertas por las que Fausto (Goethe, 2014, p. 61) se aventura a cruzar y por las que “todos prefieren pasar de largo”, son los límites del espacio y del tiempo que solo tienen su validez en términos racionales, es decir, tan sólo resultan útiles para comprender el mundo en parámetros lógicos y discursivos. Sin embargo, la experiencia, aunque no siempre sea consciente, tiene la capacidad de trascender estas barreras, pero siempre que el sujeto haya sido capaz de despertar una suerte de intuición o percepción profunda de la vida que le permita no solo mirar, sino *ver*. Esta visión de las cosas que permanecen ocultas tan solo puede provenir de dentro, de ese *daímon* que muchas veces actúa como un genio protector, una luz o una meta-consciencia que nos guía a través de nuestros propios impulsos y necesidades (Hillman, 1998, p. 24), de nuestros propios miedos y debilidades. Y no solo en lo considerado apropiado, sino que, de forma ambigua, hace que la presencia del mal y del error tengan también un marcado papel pedagógico.

Es probable que la labor de las pasiones sea, desde este punto de vista, la de empujar al sujeto para que pueda tener la experiencia del *pathos* de la vida, de lo patológico, la vivencia de sus propios anhelos y aspiraciones, de sus miedos y temores, mediante la ruptura de sus límites internos, para que finalmente aprenda a discernir y a vivir. Acaso esta sea la gran enseñanza de toda la vida:

La de que es necesario renunciar a cualquier tipo de aspiración y soltar las riendas de la vida para permitir que esta sea la que nos sorprenda, desistir incluso de la salvación de nuestra alma y liberarla con ello del miedo y las limitaciones, legitimando de este modo su presencia en el instante presente (Faramiñán, 2020, p. 122).

Y es que, quién sabe, es posible que tan solo tras la renuncia a uno mismo y a cualquier atisbo de salvación, a la entrega voluntaria al *daímon* y sus designios, pueda el ser humano liberarse del pesado

yugo de sus propios deseos. Aunque para llegar a este punto tenga que pasar por un largo y doloroso proceso de *katarsis*, un literal *descensus ad inferos*, una *katábasis* que permita al *daimon* ejercer su verdadero papel como guía psicopómpico (del griego *psychopompós* “conductor de almas”).

Es en este punto donde encontramos la íntima relación que tiene el *daimon* con la consciencia, con el entendimiento y con el discernimiento, pues se debe tener en cuenta que el impulso del *daimon* es el que hace que nuestra consciencia se expanda y alcance las capas más altas y profundas de la vida. Por eso su fuerza es en cierto modo consustancial al ser humano, aunque depende de la capacidad de cada sujeto, pues tan solo pueda llevar a este un poco más allá de donde se encuentra y siempre con fundamento en el impulso de la necesidad que le impele a vivir.

De este modo, como apuntaba Platón (1986), el *Destino*, aunque probablemente no sea más que el cúmulo indeterminado de causas y efectos que tejen el enmarañado telar de la vida, se expresa también en la forma del *daimon* (República, X 617c y 620e). Es, de esta forma, la expresión de una ley inevitable, una fuerza interna que impulsa al sujeto a vivir, más allá de la moral y las concepciones teórico-conceptuales del momento histórico en el que le haya tocado vivir. Por todo ello, ante el envite del *daimon*, es muy importante que cada ser humano mantenga siempre la consciencia despierta, como un faro que alumbrará su camino y le permite ejercer el dominio sobre sí mismo, ampliando poco a poco su esfera de percepción sobre lo que hasta ese momento es inconsciente, pues como apunta González-García:

Es importante distinguir... entre *daimon* (*Dämon*) y el diablo (*Teufel*), entre la versión griega del *daimon*, o demonio interior que nos impulsa a actuar de una determinada manera, y la versión cristiana del diablo o principio del mal, que, desde fuera de nosotros, impone sus condiciones. Sin embargo, en muchas ocasiones, la diferencia entre los dos principios interior y exterior, subjetivo y objetivo, no es tan clara, pues el individuo genera el mal fuera de sí mismo o también puede encarnarse en él el diablo, haciendo que la versión griega del *daimon* interior se transforme en la versión cristiana del *daimonion* (González-García, 1992, p. 144).

El *daimon* representa la verdadera vocación, aquello a lo que el sujeto se siente naturalmente avocado y que de forma inherente lo lleva a sentirse útil a sí mismo y a los demás. Porque el *daimon* también es un símbolo de lo potencial, de lo que está latente, de todas aquellas promesas que son intuitivas y de alguna manera soñadas en la infancia, y que cuando se truncan nos hacen zozobrar y caer en el vacío de la vida. También de los nudos y los internos dolores inconfesables, aun para nosotros mismos, que dormitan escondidos en las hendiduras y recovecos de nuestra psique, aquellos que solo la mano firme y al mismo tiempo serena del psicoterapeuta puede ayudar a liberar. Porque hemos de aceptar que estamos todos un poco perdidos, un poco solos, constantemente al borde del delirio y que nos necesitamos los unos a los otros; que equivocarnos, tropezar y caer nos vuelve más humanos, más comprensivos y nos acerca a esa entidad abstracta que denominamos “el otro”. Y es que muchas veces la enfermedad no es sino dolor y resistencia a la transformación, al cambio, a la pérdida y el miedo a lo desconocido. Es enfrentar lo que nadie quiere ver, lo que nadie quiere admitir, el lado oscuro de la vida, sus sombras y profundidades, en las que

a veces tropezamos y caemos sin culpa ni mérito, pero que no podemos obviar ni negar.

Conclusión

De todo ello se deduce que, sin aceptar la presencia interior de eso a lo que podemos llamar *daimon*, la experiencia secuencial de la vida no llegaría a pasar nunca del plano de lo subjetivo, pues su magia radica precisamente en hacer que el ser humano transgreda sus propios límites y descubra, poco a poco, quién es él y qué es la vida. Este es sin duda un camino lento y progresivo, arriesgado, que lo lleva a una alternancia entre lo que *es* y lo que *cree ser* y que termina por resolverse en lo que Ortega denomina el drama de la vida: “la lucha frenética con las cosas y aun con nuestro carácter por conseguir ser de hecho el que somos en potencia” (Ortega y Gasset, 2004, p. 51). De esta manera, el *daimon* saca al individuo de su espacio de confort y aparente calma y lo sitúa frente a la inefable compañía de sí mismo; mediante la negación permanente de todo lo evidente, destruye los muros que lo mantienen dentro de los cánones preestablecidos. No obstante, una entrega excesiva al *daimon* puede derivar en estados patológicos, mientras que la negación de lo inconsciente empobrece la vitalidad de la consciencia. Su vivencia integrada, sin embargo, posibilita en el individuo la expresión de su verdadera vocación como expresión de su “sí mismo” en el mundo y para el mundo, de ahí su relación con la profesión y, concretamente, con la labor vocacional del terapeuta como guía para otros y como sujeto de esa misma potencia interior en desarrollo, pues, a decir de Ortega:

Los sujetos que integran un gremio han ido a él, de su grado, por sentir afinidades entre la vida que ese oficio proporciona y su *ethos* personal. Es más, elegir oficio es, en la normalidad, uno de los actos personales que más directamente emanan del *ethos* privado. Antes se llamaba a esto “vocación”, es decir, un “sentirse llamado” por las más misteriosas, latentes y sugestivas voces interiores. Esas voces son el *ethos* (Ortega y Gasset, 2007, p. 755).

Por todo ello, consideramos que a la hora de hacer frente a una patología psicológica como las descritas en este artículo u otras de distinta índole, puede ser interesante tener en cuenta la presencia del *daimon* como una realidad interior del paciente. Lo considerado patológico es, a menudo, el resultado de la fricción que se produce entre lo que vivimos y las reglas preestablecidas en nuestra sociedad, que no siempre coinciden y que generalmente vienen acompañadas de valoraciones de tipo moral. El ser humano es un conjunto de piezas con vida propia y autonomía, con pulsiones y voliciones de distinto tipo que no siempre coinciden, por lo que no es difícil considerarlo como un ser contradictorio por naturaleza, pues vive en un eterno dilema moral. Sin embargo, hay en cada uno de nosotros un anhelo de unidad, de identidad, un “algo” que reclama su derecho propio para poder ser, una voluntad de poder ser. Pero este ser en potencia no es una entidad aparte, sino el resultado de la armonización de todas las demás, una *coincidentia oppositorum* capaz de integrar lo aparentemente incompatible: lo de antes, lo de ahora y lo de mañana; lo de dentro y lo de fuera; lo de arriba y lo de abajo. De este mismo modo nos invita a reflexionar Ortega respecto de la felicidad y el malestar que provienen de la comprensión o no de ese llamado interior:

Felicidad es la vida dedicada a ocupaciones para las cuales cada hombre tiene singular vocación [...] El problema

sustancial, originario, y en este sentido único, es encajar yo en mí mismo, coincidir conmigo, encontrarme a mí mismo (Ortega y Gasset, 1964, p. 423-424).

Tenemos que aceptar que el sufrimiento es también un síntoma de transformación, de crecimiento, de ruptura y renacimiento, pero nuestra sociedad está tan habituada al confort, a la búsqueda incesante del placer y el descanso, que ya no sabe ni cómo canalizarlo. Por ello el sufrimiento abrume, bloquee e incapacite, de tal forma que “algo” tiene que salir en auxilio del sujeto detenido, algo de dentro de sí mismo, una fuerza ancestral que lo saque del estatismo anestesiante y lo lance a la acción, que lo impulse a vivir. Desde este punto de vista, el *daímon* es la viva representación del *pathos* de la vida, del impulso trágico y el rechinar de dientes ante el empuje y la lucha por la vida, de lo inasible e incomprensible. Porque el *daímon* es todo aquello que no vemos, el otro lado, lo que está oculto sin dejar de estar presente. De ahí que, al confrontar otro rostro ante el nuestro, ya sea este el de un paciente, un amigo o un familiar, no podamos conformarnos con ver tan solo lo aparentemente evidente, sino que vamos a tener que asumir también que estamos ante algo oculto que nos observa desde la profundidad, algo que ni siquiera el sujeto que nos mira conoce ni es consciente de su existencia, pero que sin embargo está, siempre está. Como quiso hacernos ver Jung grabando en la entrada de su residencia en Küsnacht la enigmática frase del oráculo de Delfos: “*Vocatus atque non vocatus deus aderit*”, que traducido reza: “Invocado o no invocado, Dios está presente”.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Ávila, R. (2018). *Las pasiones trágicas. Tragedia y filosofía de la vida*. Trotta.
- Chalmers, D. J. (1999). *La mente consciente. En busca de una teoría fundamental*. Gedisa.
- Faramiñán Fernández-Figares, J. M. (2020). *El Fausto de Goethe. Análisis simbólico y filosófico*. Comares.
- García-Zabaleta, O. (2018). Los problemas y limitaciones del DSM-5. El buen gobierno y la transparencia, a caballo entre la Ética y el Derecho. *DILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 27, 367-391.
- Goethe, J. W. (2014). *Fausto*. Editorial Cátedra.
- González-García, J. M. (1992). *Las huellas de Fausto*. Tecnos.
- Hillman, J. (1998). *El código del alma*. Ediciones Martínez Roca, Planeta.
- Jacobi, J. (1963). *La psicología de C.G. Jung*. Espasa Calpe.
- Jung, C. G. (1964). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Seix Barral.
- Jung, C. G. (1993). *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. Paidós.
- Jung, C. G. (1997). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Paidós.
- Jung, C. G. (2011). *Aión, Contribuciones al simbolismo del Sí-mismo*. OC 9/2. Trotta.
- Jung, C.G. (2015a). *La dinámica de lo inconsciente*. OC 8. Trotta.
- Jung, C. G. (2015b). *Estudios sobre representaciones alquímicas*. OC 13. Trotta.
- Jung, C. G. (2016). *Acerca de la psicología de la religión occidental y la religión oriental*. OC 11. Trotta.
- Lossada, C. A. (2022). *Antígona aparece*. Letra Viva.
- Metzinger, T. (2018). *El túnel del yo: Ciencia de la mente y mito del sujeto*. Enclave de libros.
- Morales, A. (2020). *En el diván de Jung. Un encuentro terapéutico*. Manuscritos.
- Neumann, E. (1981). *La conciencia: historia y significado*. Kairós.
- Nietzsche, F. (2004). *El nacimiento de la tragedia*. Alianza Editorial.
- Ortega y Gasset, J. (1964). *Obras completas. Tomo VI. Revista de Occidente*.
- Ortega y Gasset, J. (1965). *Obras completas. Tomo IX. Revista de Occidente*.
- Ortega y Gasset, J. (2007). *Obras completas. Tomo VII: 1902-1925. Obra póstuma*. Fundación Ortega y Gasset/Taurus.
- Ortega y Gasset, J. (2004). *Carta a un alemán. Pidiendo un Goethe desde dentro*. Biblioteca Nueva.
- Otto, R. (2009). *Ensayos sobre lo numinoso*. Trotta.
- Platón (1986). *Diálogos IV*. Editorial Gredos.
- Plutarco (1996). *Obras morales y de costumbres VIII*. Editorial Gredos.
- Wittgenstein, L. (1992). *Tractatus logico-philosophicus*. Alianza Editorial.

Artículo

El Cine Como Estrategia Terapéutica en Niños y Adolescentes

Francisco Cruz-Quintana^{1,2} , María Nieves Pérez-Marfil^{1,2} , Elena Navarro^{1,2} 

Cayetana Correa-Delgado¹  y Víctor Cruz-García³

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada (España)

²Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada (España)

³University School (Ciclos Formativos). Programa Cine Base de la Escuela Superior de Cine y Audiovisuales de Cataluña (ESCAC) (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 18/09/2025
Aceptado: 02/11/2025

Palabras clave:

Cineterapia
Terapia psicológica
Niños
Adolescentes
Recursos audiovisuales

RESUMEN

Las tareas inter Sesión en psicoterapia se describen como todos aquellos quehaceres que el terapeuta asigna al paciente para que este lleve a cabo por su cuenta, en los periodos entre las distintas sesiones. Entre otros recursos, cada vez se promueve con mayor frecuencia por parte de los profesionales la implementación de técnicas y recursos audiovisuales aplicados de manera complementaria, o integrada como módulos, dentro de los tratamientos psicológicos. Todas las investigaciones destacan el potencial del cine como una estrategia complementaria eficaz para los problemas de salud mental en niños y adolescentes. Integrado de manera adecuada en la práctica clínica, el cine, cortometraje, videos *ad hoc*, secuencias y documentales pueden facilitar la comprensión de los propios estados emocionales, promover la resiliencia y mejorar la calidad del proceso terapéutico. A lo largo de este trabajo, se presenta un recorrido basado en la revisión de la literatura sobre cómo el cine puede ser usado a modo de recurso en la psicoterapia y se proporciona un listado de películas que pueden ser de interés en el contexto terapéutico para abordar problemas psicológicos en niños y adolescentes.

The Use of Cinema as a Therapeutic Approach in Children and Adolescents

ABSTRACT

Inter-session tasks in psychotherapy are defined as activities assigned by the therapist for the patient to carry out independently between sessions. Among the various resources available, the use of audiovisual materials—either as complementary tools or as integrated modules within psychological treatments—is increasingly promoted by mental health professionals. Research consistently highlights the potential of cinema as an effective complementary strategy for addressing mental health issues in children and adolescents. When appropriately integrated into clinical practice, films, short films, *ad hoc* videos, sequences, and documentaries can enhance the understanding of emotional states, foster resilience, and improve the overall quality of the therapeutic process. This paper presents a literature-based overview of how cinema can be utilized as a resource in psychotherapy and provides a curated list of films that may be of therapeutic value for addressing psychological problems in children and adolescents.

Keywords:

Cinematherapy
Psychological therapy
Children
Adolescents
Audiovisual resources

Introducción

Los tratamientos psicológicos han mostrado eficacia, efectividad y eficiencia para abordar los trastornos psicológicos en general, así como también para diferentes dificultades socioemocionales que pueden tener lugar en la infancia y la adolescencia (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Weisz y Kazdin, 2018). Diferentes revisiones sistemáticas y metaanálisis, como han señalado Fonseca-Pedrero et al. (2021), muestran que en población infanto-juvenil, las intervenciones psicológicas son el tratamiento de elección para muchos problemas, son beneficiosas, evidencian efectos duraderos en los estudios de seguimiento, y han mostrado ser eficaces y útiles en diversos ámbitos de aplicación, más allá de los habituales contextos sanitarios como, por ejemplo, en la promoción y la prevención de problemas de salud mental en contextos educativos y sociales.

El contexto psicoterapéutico no es el contexto de un laboratorio y, por tanto, las herramientas y el modo de construir ese espacio relacional de seguridad y acogimiento, es amplio y diverso. Entendemos que una psicoterapia puede convertirse para las personas que la necesitan en una segunda oportunidad para construir una salida narrativa diferente a las cuestiones que le aquejan, que no esté mediatizada por el síntoma (Álvarez, 2024; Cruz-Quintana, 2020).

Como clínicos, comprobamos una y otra vez que el paciente/cliente tiene una narrativa, conocimiento y saber propio acerca de lo que le pasa, o bien se interroga por ello. Es decir, tiene y sostiene alguna teoría sobre lo que le hace sufrir. Además, este conocimiento sobre sí mismo se estructura en esquemas que determinan lo que vivencia, así como su organización, que en muchos casos es parte del problema que nos plantea. Estas teorías de entrada no son falsas ni verdaderas, pero sí tienen un lugar y estructura narrativa en el discurso que sostiene el paciente sobre lo que dice que le pasa o bien silencio, y eso tiene legitimidad (Cruz-Quintana, 2020). El sufrimiento humano, leve o grave, se presenta en personas concretas, con biografías concretas y contextos de vida también particulares que, en determinados momentos, se confrontan con situaciones y experiencias que exceden sus recursos generando problemas en sus vidas de los cuales no saben cómo salir o no encuentran las estrategias internas o externas para hacerlo (Cruz-Quintana, 2020).

Por todo lo anterior, hay que decir que confrontar el sufrimiento humano no siempre es fácil. Se hace evidente que muchas veces los pacientes tienen dificultades en reconocer o abordar directamente las problemáticas que los aquejan. Estas problemáticas en determinados casos pueden ser demasiado intensas y dolorosas o también estar asociadas a sentimientos de vergüenza o culpa relacionadas con su propia persona, o bien con acontecimientos de su vida frente a los cuales han generado fuertes defensas (Cruz-Quintana, 2020; Fernández-Álvarez, 2020). Estas situaciones se pueden presentar también en el tratamiento de niños y adolescentes. Frente a esta evidencia, se hace conveniente considerar el uso de estrategias que supongan un modo indirecto de abordar la problemática sin generar inquietud innecesaria.

Las tareas intersesión en psicoterapia se describen como todos aquellos quehaceres que el terapeuta asigna al paciente para que este lleve a cabo por su cuenta en los periodos entre las distintas sesiones. En la actualidad forman parte de la mayoría de las psicoterapias, bien de manera estructurada o puntualmente por necesidad del propio tratamiento. Las tareas intersesión están consideradas uno de los denominados factores comunes en

psicoterapia (Fernández-Álvarez, 2020). En este sentido, cada vez se promueve con mayor frecuencia por parte de los profesionales la implementación, entre otras, de técnicas y recursos audiovisuales, tanto aplicados de manera complementaria, o integrada como módulos, dentro de los tratamientos psicológicos y también en contextos académicos y de formación clínica y sanitaria (Cruz-García y Escribano-Cubas, 2025; Pannu y Goyal, 2024).

En contextos académicos, el cine se ha convertido en un recurso válido en todos los niveles educativos. A través del cine, entre otros temas, se pueden abordar temáticas relativas a la salud mental de las personas, a los procesos de vivencia de su sufrimiento, confrontación, estigma y estrategias vitales, al proceso llevado por sus familias y las repercusiones asociadas, a trastornos mentales específicos, o bien modelos psicológicos en psicoterapia, estereotipos de estilos y modos de proceder de psicoterapeutas (Astudillo y Mendinueta, 2008; Vivas-Rodríguez et al., 2022). En contextos terapéuticos, el cine cobra terreno como una estrategia complementaria en el abordaje psicológico, convirtiéndose el uso de películas en terapia en un área de gran potencialidad e interés (Cruz-García y Escribano-Cubas, 2025; Guoqing y Sabran, 2024; Sacilotto et al., 2022; Villegas y Mallor, 2011). En este contexto, se le ha denominado también cineterapia y se define como el uso de películas comerciales, escenas, cortometrajes, videos creados *ad hoc* o series y documentales breves, como herramienta de apoyo a las terapias psicológicas en sus distintos formatos, individual, familiar, de pareja o de grupo (Hamilton, 2023; Sharp et al., 2002; Villegas y Mallor, 2011).

Después de un largo desarrollo de casi tres décadas (Hesley y Hesley, 2001; Heston y Kottman, 1997; Marsick, 2010; Powell et al., 2006; Sharp et al., 2002), se le considera una estrategia terapéutica que implica el trabajo psicológico de manera intencional sobre las experiencias de los pacientes tras el visionado de películas recomendadas por un psicoterapeuta para iniciar, procesar o reforzar, entre otras cosas, el cambio terapéutico o bien aspectos trabajados en sesión para focalizar componentes claves de la terapia. Se considera que las películas suministran metáforas que propician poder buscar nuevos significados a la problemática que presentan los pacientes y a la vez proporcionan diferentes modelos de comportamiento y afrontamiento (Cruz-García y Escribano-Cubas, 2025; García-Martínez y Moreno-Mora, 2011; Pannu y Goyal, 2024). Constituye, por tanto, un trabajo complementario bajo supervisión de un psicoterapeuta.

Habitualmente, el proceso se describe como sigue: la selección de una película adecuada relacionada con las dificultades del paciente por parte del psicoterapeuta, la visualización con el paciente o su asignación como tarea y la posterior discusión sobre el tema de la película, los pensamientos, las emociones y los sentimientos generados así como su seguimiento (Ballard, 2012; Cruz-García y Escribano-Cubas, 2025; Guoqing y Sabran, 2024). El objetivo de este modo y estrategia de intervención es producir efectos sobre el bienestar de los pacientes y ayudarles a afrontar dificultades con las que se encuentran en sus vidas, aprovechando las características particulares que presenta el medio audiovisual (Sacilotto et al., 2022).

Astudillo y Mendinueta (2008) plantean que el cine tiene: 1) la capacidad y facilidad de despertar sentimientos y emociones, facilitando conectar con el mundo interior del espectador, a través de la trama que los diferentes personajes presentan; 2) procura

llegar al espectador a través de la empatía hacia las personas y la proyección de las experiencias propias con lo que se ve en la pantalla; 3) moviliza pensamientos, afectos y varios sentidos a la vez, y 4) a través de la empatía que se construye entre el espectador y las vivencias de los actores, es capaz de facilitar una mejor comprensión del ser humano. Esta capacidad que tiene el cine se puede convertir, como se ha señalado en la literatura especializada, en un aliado y gran recurso en terapia, al posibilitar que las personas se confronten o se reconozcan en algunos de los personajes o bien características de los mismos, que en la pantalla presentan problemáticas similares a las suyas y puedan por tanto, emocional y cognitivamente, comprender mejor lo que les pasa a ellos, considerando sus dificultades desde una perspectiva diferente. Se ha destacado que este modo de trabajo también ayuda a fortalecer la alianza terapéutica (García-Martínez y Moreno-Mora, 2011).

La aplicación del cine y el video modelado (que implica la presentación al paciente de grabaciones en video con el objetivo de que las observe, comprenda y aprenda por observación de cara a situaciones de su vida diaria), se consideran, por tanto, un enfoque terapéutico innovador que aprovecha y considera el impacto emocional y psicológico que producen las películas para ayudar en el tratamiento psicológico. Este enfoque se vale, como ya se ha planteado, del impacto multisensorial del cine para influir en pensamientos, sentimientos y valores. Por una parte, ver películas puede activar áreas del cerebro implicadas en el procesamiento emocional, las respuestas empáticas y la resolución de problemas, lo que lo convierte en una potente intervención para la salud mental y, por otra, al integrar elementos cinematográficos como la narrativa, el desarrollo de personajes y la interacción emocional, facilita el procesamiento emocional, la comprensión y la recuperación en contextos terapéuticos (Pannu y Goyal, 2024). En este sentido, las publicaciones relativas a la aplicación, en concreto, del cine, series y el video modelado para tratar dificultades psicológicas, que retomaremos más adelante, han aumentado exponencialmente (Cruz-García y Escribano-Cubas, 2025; Pannu y Goyal, 2024).

De la misma manera que han aumentado las publicaciones sobre protocolos, estudios de eficacia, ejemplos de intervenciones sobre el uso terapéutico, también ha ocurrido en el contexto de la divulgación. Por dar algunas referencias, en nuestro país se pueden citar libros como: *Cine, metáforas y psicoterapia* (Caro-Gabalda, 2018); *Psicología y cine. Vidas cruzadas* (García-García, 2010); *Emoción* (Herrero-Herrero, 2018); *Aprender psicología desde el cine* (Molina del Peral y Del Nogal-Tomé, 2013); o, *Trampas: Un viaje por la psicología y el juego de azar en el cine* (Navas-Pérez y Perales-López, 2024), entre otros. También son de destacar en el ámbito divulgativo algunos blogs, como “*Psicología y cine*”, o canales en youtube como *Farid Dieck* y *Fatty Martin*.

Las Ventajas del Cine

Los distintos autores en este campo inciden en las ventajas que tiene el cine sobre otros recursos, subrayando de manera especial la facilidad para transmitir emociones y conocimientos gracias a su narrativa. Estas ventajas convierten al cine, en el ámbito de la psicoterapia y en contextos psicoterapéuticos, en una alternativa importante cuando otros recursos no han tenido efecto. Como se ha puesto de relieve en la literatura, aunque su uso puede variar en función de la experiencia clínica, la orientación teórica, el entorno

laboral y otras características de la práctica de los profesionales, se constata un alto grado de consenso en que el uso terapéutico de películas es un recurso con gran potencialidad y capacidad para promover cambios importantes en el ámbito cognitivo y en la emisión de respuestas emocionales y conductuales más flexibles (Tylikowska y Tucholska, 2017).

En España, a diferencia de otros países, existe poca información sobre el grado en que los profesionales de la psicología utilizan películas en la práctica clínica y aunque existen listados de películas clasificadas por temáticas diversas muy interesantes y útiles, tanto en revistas como en portales suficientemente reconocidos, aún son escasos los estudios que presentan e incorporan conjuntos estandarizados de estímulos y protocolos. Un estudio llevado a cabo por Lampropoulos et al. (2004) planteó como objetivo aclarar las actitudes y patrones de los profesionales clínicos en el uso de películas con fines terapéuticos y proporcionar datos piloto sobre la utilidad de películas específicas que abordan temas psicológicos. Algunos de los resultados de su estudio mostraron que el 67 % de los psicólogos colegiados de la Asociación Americana de Psicología (APA), utilizaban películas en su práctica y el 88 % reconocía los beneficios potenciales del uso de películas con fines terapéuticos.

En nuestro país, junto a la variedad de recursos *online* actualizados para la selección de películas apropiadas, García Martínez y Moreno Mora (2011) dan ejemplos de películas que podrían ser utilizadas en distintas situaciones como Terapia de Familia, desempleo, adolescencia, vejez, jubilación, abuso de sustancias, esperanza o integración escolar.

La literatura señala, por tanto, que los hallazgos de encuestas y la perspectiva de expertos subrayan el impacto positivo de incorporar películas en las prácticas terapéuticas, destacando su potencial como valiosos recursos para fomentar el bienestar psicológico y el desarrollo personal. Junto con estudios de casos individuales, intervenciones grupales y estudios cualitativos, cada vez es más frecuente encontrar investigaciones que respaldan empíricamente el trabajo con películas como una técnica de asesoramiento psicológico. Por su parte, varias revisiones sistemáticas se han publicado mostrando la evidencia empírica de los estudios existentes e igualmente algunas limitaciones de su uso. Se pueden consultar, entre otros, el trabajo de Powell et al. (2006), *Cinematherapy as a Clinical Intervention: Theoretical Rationale and Empirical Credibility*, el de Sacilotto et al. (2022), *Through the Looking Glass: A Scoping Review of Cinema and Video Therapy* y el de Powell y Newgent (2010), *Improving the Empirical Credibility of Cinematherapy: A Single-Subject Interrupted Time-Series Design*.

Psicoterapia y Cine en la Infancia y Adolescencia

No cabe duda de que los problemas de salud mental en niños y adolescentes se han convertido en una preocupación creciente en las últimas décadas, especialmente después del COVID. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental. Estas afecciones representan el 15% de la carga mundial de morbilidad entre los adolescentes. La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en esta población. Cuando un problema de salud mental de un niño o de un adolescente no se trata, sus consecuencias se extienden a la edad adulta, perjudican su

salud física y mental y limitan sus posibilidades de desarrollo en el futuro. Ante este escenario de crecimiento de los problemas, junto a los tratamientos estandarizados, los profesionales de la salud mental han explorado también diversas estrategias terapéuticas que permitan conectar con niños y jóvenes de manera efectiva (OMS, 2024).

Hay que tener en cuenta que los niños y adolescentes presentan un desarrollo cognitivo y emocional aún en desarrollo, y el cine proporciona una vía indirecta, lúdica, menos amenazante y segura, que le puede permitir al profesional acceder a contenidos psicológicos complejos, establecer una buena vinculación terapéutica, conocer y comprender al menor, acompañarlo en el proceso de elaboración de sus pensamientos, emociones y reflexiones sobre su comportamiento y el impacto que tienen en él y en otros. La psicoterapia con niños y adolescentes se ha beneficiado del lenguaje y técnicas audiovisuales, fáciles de administrar y flexibles, para facilitar la expresión emocional, el desarrollo de habilidades sociales y la resolución de conflictos internos. La identificación con personajes, la proyección emocional y la reflexión posterior son también elementos clave en el trabajo con niños y adolescentes (Fernández de Juan, 2006; Gagliano et al., 2023; Mitchell et al., 2004). A través del cine, los jóvenes pueden reconocer síntomas y problemáticas similares a las suyas, adquirir nuevos recursos de afrontamiento y normalizar, en la medida de lo posible, sus experiencias.

Fernández de Juan (2006) plantea que: 1) La proyección de un film puede tener gran influencia en los niños con relación a los problemas diversos con los que se enfrenta; 2) las películas pueden ser agentes de cambio en niños pequeños, cuyos comportamientos aún son flexibles y modificables, resultando efectivas para hacer disminuir la timidez y promover la sociabilidad; 3) a través de la cineterapia se pueden plantear y abordar una serie de situaciones asociadas a la infancia, a las relaciones personales, relaciones familiares, duelo, logro e individualidad, etapas del desarrollo, amistad y superación de obstáculos, amistad, violencia y otros. Por otra parte, la evidencia sugiere también que los adolescentes responden positivamente a intervenciones tempranas y simples, que incluyen apoyo psicosocial e intervenciones educativas, tanto en entornos clínicos como incluso cuando se ofrecen en entornos no clínicos. Como plantean Gagliano et al. (2023), la cineterapia puede ayudar a los adolescentes a gestionar los desafíos de la vida, desarrollar nuevas habilidades, aumentar la conciencia y ofrecer nuevas formas de pensar sobre problemas específicos.

Evidencias y Aplicaciones

En cineterapia aplicada a la infancia y adolescencia, la literatura específica muestra resultados en diversos campos de aplicación y problemáticas. Tanto en intervenciones como en investigación, se han usado diferentes formatos, diseños experimentales utilizando vídeos o documentales creados *ad hoc* en los que algunos actores muestran habilidades de interés para el caso del paciente. En particular, la mayoría de los clínicos no aplican criterios estándar para utilizar estímulos de vídeo en sus estudios. En cambio, adoptan un paradigma *ad hoc* o incluso dibujos animados o documentales, según sea necesario (Golan et al., 2010; Isong et al., 2014). Aunque la mayoría de los estudios destacan los beneficios de la cineterapia, también se identifican aspectos a mejorar, como la adecuación de los tratamientos según la gravedad del problema, la claridad en los criterios de selección y el tamaño de la muestra

seleccionada, así como la necesidad de directrices más precisas sobre la elección de películas y el desarrollo del proceso terapéutico (Saciotto et al., 2022).

La única revisión sistemática realizada, que sepamos hasta el momento, sobre los efectos de la cineterapia específicamente en jóvenes que padecen problemas de salud mental, es la llevada a cabo por Guoqing y Sabran (2024). Este trabajo – al que remitimos al lector interesado – pone en evidencia que la investigación sobre la cineterapia para la salud mental de los jóvenes realizada en numerosos países, muestra buenos resultados en muy diversos ámbitos como, por ejemplo, autoestima, empatía, problemas familiares, trastornos alimentarios, problemas de ansiedad, miedo, depresión, problemas interpersonales, motivación, habilidades sociales, conducta prosocial, entre otros.

De los trabajos que se citan en la revisión anterior, reseñamos de manera particular, por su interés, el estudio piloto llevado a cabo por Gagliano et al. (2023). En su investigación, estos autores demuestran que un programa de cine puede generar cambios mensurables en las áreas emocional, conductual y social de niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos o del neurodesarrollo y animarlos a desarrollar habilidades en su vida personal y académica, explorar sus áreas de interés e interactuar con el mundo que los rodea. Por otra parte, los hallazgos del trabajo ofrecen una base empírica para comprobar la eficacia de un método de realización cinematográfica estructurado que se puede replicar en contextos más amplios (escuela y comunidades) para promover el bienestar psicológico de niños y adolescentes.

Consideraciones del uso de Películas en Psicoterapia en la Infancia y Adolescencia

El uso de películas como complemento terapéutico debe estar en todo momento cuidadosamente trabajado por el terapeuta. Este debe seleccionar una película cuyos personajes tengan problemas similares a los del niño o adolescente. La película seleccionada debe animar al niño a resolver sus dificultades y tener un final en el que los problemas del protagonista se resuelvan (Guoqing y Sabran, 2024). El terapeuta también debe asegurarse de que la película es apropiada tanto por edad como por contenido. En este sentido, debe conocer muy bien las experiencias del niño ya que, de no hacerlo, podría seleccionar una película que evocara experiencias traumáticas que podrían dar lugar a emociones inadecuadas o a un rechazo del procedimiento. También es importante que el terapeuta conozca el tipo de películas que le gustan al niño y sus aficiones ya que así se puede mejorar el interés que genere la película y sus beneficios (Turns y Macey, 2015). Otro aspecto clave a tener en cuenta es que no se trata simplemente de ver una película, sino del proceso terapéutico que se deriva del visionado de la misma, que incluye, entre otros posibles, una discusión sobre metáforas que se abordan, similitud y diferencias entre los personajes y el paciente, emociones que suscita, etc. (Turns y Macey, 2015).

Existe un amplio número de películas que pueden servir para trabajar aspectos psicológicos en terapia con niños y adolescentes en función de la problemática y edad de los mismos. De hecho, son extensos los temas abordados: el abandono, el abuso, la adopción, el consumo de alcohol y drogas, la muerte y la agonía, el duelo, el divorcio, la adolescencia, la familia, la vocación, la amistad, el juego, los problemas alimentarios, las enfermedades mentales,

las enfermedades físicas y la sexualidad. Estos materiales han sido respaldados por un número cada vez mayor de recomendaciones de profesionales sobre cómo utilizarlos en la práctica clínica (véase [Dermer y Hutchings, 2000](#); [Gagliano et al., 2023](#); [Hesley y Hesley, 2001](#)).

A modo de ejemplo, y sin pretender ser exhaustivos, hemos elaborado un listado de películas que nos parecen interesantes para trabajar con población infantil y adolescente y que recogemos en las [tablas 1 a 9](#). Las dos primeras tablas presentan películas para público infantil ([tabla 1](#)) y adolescente ([tabla 2](#)) con información sobre la

Tabla 1*Películas Dirigidas a Población Infantil*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>Inside Out</i> (2015) Directores: Pete Docter y Ronnie del Carmen. Guionistas: Pete Docter, Meg LeFauve y Josh Cooley	Tristeza, cambios en la adolescencia, disociación	Gestión emocional propia, Comprensión de emociones, confusión ante el cambio	Comedia, Drama	Todos los públicos
<i>Inside Out 2</i> (2024) Director: Kelsey Mann. Guionistas: Meg LeFauve y Dave Holstein	Ansiedad, sentimiento de pertenencia, frustración	Gestión y comprensión emocional propia de la ansiedad, comprensión de la adolescencia	Comedia, Drama, <i>Coming of age</i>	Todos los públicos
<i>Where the Wild Things Are</i> (2009) Director: Spike Jonze Guionistas: Spike Jonze y Dave Eggers	Conducta agresiva infantil, Soledad	Autorregulación emocional y autoconocimiento	Fantasia, Drama	Todos los públicos
<i>The Goonies</i> (1985) Director: Richard Donner. Guionistas: Chris Columbus. Historia de Steven Spielberg	Miedo y entendimiento al diferente	Refuerzo de grupo, importancia del círculo social y reconocimiento al diferente que puede ser un aliado, aunque al principio nos daba miedo	Aventura, Comedia	Todos los públicos
<i>Encanto</i> (2021) Directores: Jared Bush y Byron Howard; co-dirección: Charise Castro Smith Guionistas: Charise Castro Smith y Jared Bush	Problemas de autoestima, presión familiar	Necesidad de cumplir expectativas, traumas transgeneracionales, refuerzo de la identidad individual	Comedia, Drama, Musical	Todos los públicos
<i>Lilo & Stitch</i> (2002) Directores: Chris Sanders, Dean DeBlois Guionistas: Chris Sanders, Dean DeBlois, Chris Kekaniokalani Bright	Depresión infantil, soledad, pérdida, conducta disruptiva	La familia no convencional, adopción, aceptación del diferente	Comedia, Drama	Todos los públicos

Tabla 2*Películas Dirigidas a Población Adolescente*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>The Perks of being a wallflower</i> (2012) Director y guionista: Stephen Chbosky (adaptación de su novela)	Depresión, abuso sexual, ansiedad	Aceptación, valor de la amistad y su poder de curación, represión de recuerdos traumáticos, distorsión de la realidad tras abuso sexual	Drama, <i>Coming of age</i>	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Me, Earl and the dying girl</i> (2015) Director: Alfonso Gómez Rejón Guionista: Jesse Andrews (basado en su propia novela)	Miedo a la pérdida, Negación del duelo	Acompañamiento en la enfermedad terminal, aceptar el duelo y la muerte, cuidado en la enfermedad	Comedia, Drama	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Paranoid Park</i> (2007) Director y guionista: Gus Van Sant (adaptación de la novela de Blake Nelson)	Culpa, Soledad, Disociación, Aislamiento emocional, Trauma	La necesidad de hablar para aliviar la culpabilidad, aprender a no resguardarse en uno mismo ante el trauma	Drama	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>The Virgin Suicide</i> (1999) Director y guionista: Sofia Coppola (adaptación de la novela de Jeffrey Eugenides)	Depresión, presión e influencia de grupo, represión sexual, suicidio	Represión sexual y familiar como forma y detonante depresivo, efecto llamada y romantización adolescente del suicidio	Drama, Suspense	Jóvenes y adultos
<i>Mid 90s</i> (2018) Director y guionista: Jonah Hill	Soledad, sentimiento de pertenencia, modelos de comportamiento	La masculinidad tóxica, la normalización de comportamientos conflictivos por aceptación	Drama, <i>Coming of age</i>	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Good Will Hunting</i> (1997) Director: Gus Van Sant. Guionistas: Matt Damon y Ben Affleck	Trauma infantil, inadaptación social	Normalización del proceso terapéutico, comprensión de altas capacidades	Drama	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Mustang</i> (2015) Directora: Deniz Gamze Ergüven Guionistas: Deniz Gamze Ergüven y Alice Winocour	Soledad, aislamiento, relaciones familiares y culturales tóxicas	Represión familiar, represión cultural, represión religiosa, represión de la comunidad, aislamiento, libertad	Drama, Drama social	Adolescentes, jóvenes y adultos

Tabla 3*Películas Para Trabajar el Duelo en la Infancia y Adolescencia*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>A Monster Calls</i> (2016) Director: J. A. Bayona. Guionista: Patrick Ness (novela y adaptación cinematográfica)	Duelo en la infancia, acoso escolar, enfermedad terminal, culpa	Acompañamiento e incomprensión ante la enfermedad terminal, autoconocimiento y gestión de emociones asociadas, entendimiento del proceso de duelo y la culpa	Drama, Fantasía	Todos los públicos
<i>Estiu 1993</i> (2017) Directora y Guionista: Carla Simón	Duelo en la infancia, conducta disruptiva, soledad, necesidad de atención, enfermedad heredada	Auto represión de emociones, entendimiento del proceso de duelo, adaptación al cambio traumático	Drama	Todos los públicos
<i>I Kill Giants</i> (2010) Director: Anders Walter. Guionistas: Joe Kelly (adaptación del cómic/novela gráfica de Joe Kelly y J. M. Ken Niimura)	Duelo en la infancia, Negación del duelo	Refugio del duelo en la imaginación, trauma infantil, apoyo emocional en figuras no paternas, análisis de metáfora	Fantasía, Drama	Todos los públicos
<i>Coco</i> (2017) Director: Lee Unkrich y Adrian Molina Guionistas: Adrian Molina y Matthew Aldrich	Duelo no resuelto, memoria	Importancia de la memoria y los recuerdos, importancia de cerrar los duelos	Comedia, Musical	Todos los públicos
<i>Onward</i> (2020) Director: Félix van Groeningen Guionistas: Dan Scanlon, Jason Headley y Keith Bunin	Negación de la pérdida, negación del duelo	Negar la pérdida, apoyo familiar, búsqueda de sentido tras pérdida traumática	Comedia, Aventura	Todos los públicos

Tabla 4*Películas Para Trabajar Abuso y Trauma Infantil en la Adolescencia*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>Mysterious Skin</i> (2004) Director y guionista: Gregg Araki	Abuso sexual en la adolescencia, disociación de la realidad, prostitución masculina	Memoria reprimida, afectación del trauma al comportamiento, mecanismos de defensa mentales	Drama, <i>Coming of age</i>	Jóvenes, adultos
<i>Precious</i> (2009) Director: Lee Daniels Guionista: Geoffrey S. Fletcher (adaptación de la novela <i>Push</i> de Sapphire)	Abuso físico y sexual, racismo y gordofobia, embarazo adolescente, contexto de pobreza	Importancia de la educación, embarazo adolescente, cuidados de síndrome de Down, trauma por abuso sexual de un familiar, rechazo familiar	Drama, Drama social	Jóvenes, adultos
<i>Room</i> (2015) Director: Lenny Abrahamson Guionista: Emma Donoghue (adaptación de su propia novela)	Trauma infantil severo, disociación de la realidad, rechazo al hijo	Exploración del vínculo materno-filial, rechazo a hijo tras trauma, reintegración tras trauma	Drama	Jóvenes, adultos
<i>It Follows</i> (2014) Director y guionista: David Robert Mitchell	Abuso sexual, paranoia, herencia traumática	La herencia de los traumas, la importancia del apoyo en el trauma, enfermedades de transmisión sexual, culpa, análisis de metáfora	Terror, Terror psicológico	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Fish Tank</i> (2009) Directora y guionista: Andrea Arnold	Abuso, desestructuración emocional, idealización, contexto de pobreza	Abuso por parte de núcleo familiar cercano, relaciones tóxicas, marginación social	Drama, Drama social	Jóvenes y adultos
<i>Carrie</i> (1976) Director: Brian De Palma Guionistas: Lawrence D. Cohen (adaptación) y Stephen King (novela)	Represión emocional, acoso escolar, represión familiar	Represión de la madre, represión religiosa, acoso escolar, culpa, sentimiento de venganza	Terror, Drama	Adolescentes, jóvenes y adultos

Tabla 5*Películas Para Trabajar Abandono o Disfuncionalidad en Infancia y Adolescencia*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>The Florida Project</i> (2017) Director y guionista: Sean Baker	Abandono, Contexto de pobreza	Negligencia parental, abandono emocional, escape de la realidad, importancia de amigos	Drama, Drama social	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Sen to Chihiro no Kamikakushi (El viaje de Chihiro)</i> (2001) Director y guionista: Hayao Miyazaki	Abandono, soledad, explotación infantil, obligado a crecer	Crecimiento y madurez, padres ausentes, pérdida de la infancia, soledad	Fantasia, Drama	Todos los públicos
<i>Coraline</i> (2009) Director: Henry Selick Guionistas: Henry Selick y Caroline Thompson (adaptación del libro de Neil Gaiman)	Abandono, disociación de la realidad, soledad	Padres emocionalmente ausentes, disociación de la realidad, análisis de metáfora	Fantasia, Drama	Todos los públicos
<i>Tideland</i> (2005) Director: Terry Gilliam Guionistas: Terry Gilliam y Tony Grisoni (adaptación de la novela de Mitch Cullin)	Abandono, escapismo de la realidad psicótico, trauma fuerte, negación de duelo, duelo traumático	Disfuncionalidad familiar extrema, psicosis por trauma, fantasía como defensa de una realidad dura	Fantasia adulta, Drama	Jóvenes y adultos
<i>Hotaru no Haka (La tumba de las luciérnagas)</i> (1988) Director: Isao Takahata Guionistas: Isao Takahata y Akiyuki Nosaka	Duelo bélico, duelo traumático, abandono de la sociedad	Infancia vulnerable ante conflictos bélicos, individualismo extremo, consecuencias de la guerra, deshumanización	Drama	Jóvenes y adultos

Tabla 6*Películas Para Trabajar la Identidad y los Roles de Género en Infancia y Adolescencia*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>20000 especies de abejas</i> (2023) Directora y guionista: Estibaliz Urresola Solaguren	Disforia de género, contexto ideológico hostil	Aceptación, construcción de la identidad, importancia del entorno familiar	Drama	Todos los públicos
<i>Billy Elliot</i> (2000) Director: Stephen Daldry Guionista: Lee Hall	Rol de género impuesto, incompreensión	Roles de género en la sociedad, aceptación de lo diferente, Entendimiento parental	Drama, Musical	Todos los públicos
<i>Luca</i> (2021) Director: Enrico Casarosa Guionistas: Jesse Andrews y Mike Jones	Rechazo social, incompreensión	Análisis de metáfora, miedo al rechazo, autoestima	Aventura, Comedia	Todos los públicos

Tabla 7*Películas Para Trabajar Psicopatía, Sociopatía o Problemas Graves de Salud Mental en la Adolescencia*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>We need to talk about Kevin</i> (2011) Directora: Lynne Ramsay Guionistas: Lynne Ramsay y Rory Stewart Kinnear (adaptación de la novela de Lionel Shriver)	Psicopatía adolescente, terror parental	Vínculo madre-hijo, maldad injustificada, consecuencias de la inacción, culpa	Drama	Jóvenes y adultos
<i>Donnie Darko</i> (2001) Director y guionista: Richard Kelly	Esquizofrenia, Delirio, psicosis, medicación	Delirios, síndrome del elegido, conducta disruptiva	Ciencia-ficción, Drama	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Elephant</i> (2003) Director y guionista: Gus Van Sant	Alienación, violencia extrema, acoso escolar	Consecuencias del abandono parental, Consecuencias del acoso escolar, consecuencias de la radicalización	Drama, Basada en hechos reales	Jóvenes y adultos
<i>Mommy</i> (2014) Director y guionista: Xavier Dolan	Conducta disruptiva, violencia intrafamiliar, violencia de hijo a madre	Inestabilidad emocional, violencia física y verbal hacia figura parental, conflicto madre-hijo, enamoramiento hacia la madre	Drama	Jóvenes y adultos
<i>Girl, Interrupted</i> (1999) Director: James Mangold Guionistas: James Mangold, Lisa Loomer y Anna Hamilton Phelan (adaptación de las memorias de Susanna Kaysen)	Trastorno límite de la personalidad, sociopatía, psicopatía	Estigma social de la enfermedad mental, consecuencias de ese estigma social, suicidio, internamiento	Drama	Adolescentes, jóvenes y adultos

Tabla 8*Películas Para Trabajar el Punto de Vista de la Población Infantil y Adolescente Sobre el Mundo del Adulto*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>Boyhood</i> (2014) Director y guionista: Richard Linklater	Diferentes crisis de crecimiento desde infancia a adolescencia	Efecto de los problemas parentales, desarrollo personal, relaciones familiares, importancia del paso del tiempo	Drama	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Beast of the southern wild</i> (2012) Director: Benh Zeitlin Guionistas: Benh Zeitlin y Lucy Alibar	Abandono, abandono emocional, huida fantasiosa	Disociación de la realidad, relación paterno-filial, pérdida, enfrentar el abandono	Fantasia, Drama	Todos los públicos
<i>The Babadook</i> (2014) Directora y guionista: Jennifer Kent	Depresión parental, conducta disruptiva infantil, duelo no resuelto	Análisis de metáfora, miedo como metáfora del trauma, disociación, rechazo al hijo	Terror, Drama	Adolescentes, jóvenes y adultos
<i>Aftersun</i> (2022) Directora y guionista: Charlotte Wells	Depresión parental, incompreensión infantil hacia la adultez y la depresión	Relación paterno-filial, memoria, trauma sin resolver, entendimiento de la depresión	Drama	Jóvenes y adultos
<i>Little Miss Sunshine</i> (2006) Directores: Jonathan Dayton y Valerie Faris Guionista: Michael Arndt	Conductas familiares, prejuicios familiares, intento de suicidio	Concepto de fracaso y frustración, autoaceptación, autoestima, familia disfuncional	Comedia, Drama	Todos los públicos

Tabla 9*Películas Para Trabajar Adicciones en Población Adolescente*

Película, año, director y guionista/s	Problema de interés que abordan	Temas que se pueden trabajar con la película	Género	Público objetivo/recomendado
<i>Beautiful boy</i> (2019) Director: Felix Van Groeningen Guionista: Luke Davies.	Adicción a las drogas, conducta disruptiva, rotura familiar	Lucha emocional contra adicciones, amor parental, consecuencias de las recaídas, amor tóxico	Drama	Jóvenes y adultos
<i>Requiem for a dream</i> (2000) Director: Darren Aronofsky Guionista: Hubert Selby Jr. y Darren Aronofsky	Múltiples adicciones, abandono emocional	Conductas autodestructivas, delirios, disociación, conductas obsesivas, vacío emocional, consecuencias de la adicción extrema	Drama	Jóvenes y adultos
<i>Don Jon</i> (2013) Director y guionista: Joseph Gordon-Levitt	Adicción a la pornografía, incapacidad para amar verdaderamente	Intimidación real vs ficticia, disociación, masculinidad tóxica	Comedia, Drama	Jóvenes y adultos

película (año, director, guionistas) y aspectos psicológicos que se pueden trabajar a partir del visionado de la misma. Las [tablas de la 3 a la 9](#) presentan películas que abordan problemáticas específicas que pueden darse en población infanto-juvenil y que consideramos útiles para abordarlas en el ámbito clínico. En estas tablas se incluye información de la película, problemas que abordan, género y público al que van dirigidas.

Cineterapia con *Del Revés (Inside Out)*: Ejemplo de una Propuesta de Guía Teórica y Práctica

En la línea de dar visibilidad a distintas propuestas rigurosas respecto a los planteamientos metodológicos de trabajo, sin perder de vista la flexibilidad que implica trabajar en psicoterapia y en concreto con niños y adolescentes, la propuesta de trabajo que desarrolla [Rosenfeld \(2018\)](#) con la película *Del Revés (Inside Out)* es muy destacable. Esta autora plantea que *Inside Out* ofrece una oportunidad única y sin precedentes para que los profesionales de la salud mental exploren tramas complejas con sus pacientes, puesto que ofrece la oportunidad de abordar temas relacionados con la experiencia emocional de forma directa.

[Rosenfeld \(2018\)](#) plantea que esta película: 1) ha recibido un amplio reconocimiento tanto de la crítica como del público; 2) está basada en teorías psicológicas consolidadas, es un claro ejemplo de trabajo en colaboración y asesoramiento entre profesionales de la psicología y guionistas y directores de cine ([Cruz-García y Escibano-Cubas, 2025](#)). Este trabajo puede dotar a los psicólogos de referencias y material cinematográfico que pueda servir de apoyo a su labor profesional en sus diferentes áreas, especialmente para adolescentes que reciben terapia estándar tradicional; y 3) la película también está dirigida a niños y familias, es animada y tiene clasificación de apta para todos los públicos, lo que la convierte en una sugerencia de fácil acceso y no genera controversias. Para mostrar cómo utilizar los personajes, la trama y las imágenes de la película con pacientes, la autora revisa dos modalidades psicoterapéuticas distintas: la psicodinámica desde una orientación intersubjetiva actual y la terapia de aceptación y compromiso.

La película sigue a Riley, una niña de 11 años cuya familia acaba de mudarse de Minnesota a San Francisco. La acción principal se desarrolla en la mente de Riley, donde los personajes protagonistas son sus cinco emociones principales: Alegría, Tristeza, Ira, Miedo y Asco ([Langley, 2015](#)). La autora plantea que,

a medida que avanza la trama, se van haciendo evidentes temas de relevancia en psicoterapia: todas las emociones son importantes, todos los sentimientos tienen un propósito y el entorno influye en la expresión emocional. A lo largo del trabajo se describen los principios básicos de cada uno de los modelos psicoterapéuticos, se utilizan ejemplos específicos de la película para ilustrar conceptos teóricos clave, se incluyen ejemplos y sugerencias sobre cómo integrar los momentos clave de la película en la terapia. Es relevante también que la autora realiza al final de su trabajo un ejemplo de superposición teórica y sugerencias para futuras direcciones.

Conclusiones

Todas las investigaciones destacan el potencial de la cineterapia como una estrategia complementaria eficaz para los problemas de salud mental en niños y adolescentes. Su implementación ha sido beneficiosa para un gran número de problemas y trastornos psicológicos comunes en esta población.

El cine, cortometraje, videos *ad hoc*, secuencias y documentales, son herramientas significativas aplicables en la psicoterapia con niños y adolescentes, facilitando la expresión emocional y promoviendo la reflexión personal. Su valor reside en la capacidad para conectar con las emociones humanas a través de historias que reflejan los propios conflictos internos. Al integrarse de manera ética y planificada dentro de la intervención psicológica, el cine y otras técnicas audiovisuales pueden convertirse en un aliado terapéutico valioso.

El cine puede, en consecuencia, ser una herramienta eficaz en la psicoterapia infantil y adolescente. Su carácter simbólico, narrativo y emocional permite conectar con los jóvenes de una forma que va más allá del lenguaje verbal. Integrado de manera adecuada en la práctica clínica, el cine puede facilitar la comprensión de los propios estados emocionales, promover la resiliencia y mejorar la calidad del proceso terapéutico.

La investigación y la práctica futura deberán demostrar en detalle la metodología y procedimiento de cada proceso de selección de películas para mejorar aún más la eficacia de la cineterapia y proporcionar una metodología repetible para terapeutas y participantes posteriores, asimismo simplificar y facilitar los procedimientos en el tiempo y el espacio.

Algunas revisiones sistemáticas sugieren que la integración de herramientas biotecnológicas, como la neuroimagen y los biomarcadores en investigación, podría refinar significativamente la selección y personalización de las intervenciones de terapia cinematográfica. Estas tecnologías pueden proporcionar una comprensión más profunda de los impactos neurobiológicos y psicológicos de las películas en las personas, lo que permite tratamientos más personalizados y efectivos para niños y adolescentes.

La principal crítica al uso de la cineterapia y el tratamiento con video es que no en todos los casos presentan un conjunto estandarizado de estímulos y protocolos. Por esta razón, los estudios que se realizan en la actualidad se orientan a crear protocolos estandarizados, sobre todo en la práctica, para los distintos tipos de pacientes. En cualquier caso, el uso de la cineterapia como recurso terapéutico es una estrategia de gran utilidad sobre la que se debe seguir investigando.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Álvarez, J. M. (2024). Regla 4: “Elegir entre lo malo y lo peor (I)” - Seminario diez reglas clínicas para principiantes. *La otra psiquiatría*. <https://www.youtube.com/watch?v=TTpnhYivoJg>
- Astudillo, W., y Mendinueta, C. (2008). El cine como instrumento para una mejor comprensión humana. *Revista de Medicina y Cine*, 4, 131-136. https://revistas.usal.es/cinco/index.php/medicina_y_cine/article/view/16546
- Ballard, M. B. (2012). The family life cycle and critical transitions: Utilizing cinematherapy to facilitate understanding and increase communication. *Journal of Creativity in Mental Health*, 7(2), 141-152. <https://doi.org/10.1080/15401383.2012.685004>
- Caro-Gabalda, I. (Ed.) (2018). *Cine, metáforas y psicoterapia*. Pirámide.
- Cruz-Quintana, F. (2020). Perspectivas en psicoterapia. Psicoterapia y pseudociencias. *Boletín de Psicoterapia*, 7-12. División de Psicoterapia (DPSIT). Consejo General de la Psicología de España.
- Cruz-García, V., y Escribano-Cubas, S. (2025). Cine y aprendizaje por simulación en pérdidas y duelo. Recursos en la enseñanza y en la práctica clínica. En F. Cruz-Quintana, M. Fernández-Alcántara y N. Pérez-Marfil (coords.), *Las pérdidas y sus duelos. Nuevas perspectivas en el estudio, evaluación e intervención* (pp. 181-193). Pirámide.
- Dermer, S-B., y Hutchings, J. B. (2000). Utilizing movies in family therapy applications for individuals couples and families. *The American Journal of Family Therapy*, 28(2), 163-180. <https://doi.org/10.1080/019261800261734>
- Fernández-Álvarez, H. (2020). La psicoterapia en su laberinto. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 5-27. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.405>
- Fernández de Juan, T. (2006). Niños violentados: el cine-debate como opción terapéutica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 293-307. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:151454367>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E., Muñoz, J., ..., y Montoya-Castilla, I. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia: estado de la cuestión. *Psicothema*, 33(3), 386-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Gagliano, A., Costanza, C., Bazzoni, M., Falcioni, L., Rizzi, M., ScaffidiAbbate, C., Vetri, L., Roccella, M., Guglielmi, M., Livio, F., Ingrassia, M., y Benedetto, L. (2023). Effectiveness of an educational filmmaking project in promoting the psychological well-being of adolescents with emotive/behavioural problems. *Healthcare*, 11(12), 1695. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121695>
- García-García, A. (2010). *Psicología y cine. Vidas cruzadas*. UNED.
- García-Martínez, J., y Moreno-Mora, D. (2011). El trabajo con películas en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 22, 5-20. <https://doi.org/10.33898/rdp.v22i86/87.622>
- Golan, O., Ashwin, E., Granader, Y., McClintock, S., Day, K., Leggett, V., y Baron-Cohen, S. (2010). Enhancing emotion recognition in children with autism spectrum conditions: an intervention using animated vehicles with real emotional faces. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(3), 269-279. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0862-9>
- Guoqing, W., y Sabran, K. (2024). Integrating biotechnological insights into cinema therapy for young adults with mental health issues: A systematic

- review, *Journal of Commercial Biotechnology*, 29(3), 326–343. <https://doi.org/10.5912/jcb1519>
- Hamilton, J. (2023). Mindful film therapy. University of Lincoln. Conference contribution. <https://hdl.handle.net/10779/lincoln.25184633.v1>
- Herrero-Herrero, M. (2018). *Emoción, empatía y cine*. Cinestesia.
- Hesley, J.W., y Hesley, J.G. (2001). *Rent two films and let's talk in the morning. Using popular movies in psychotherapy* (2nd ed.). Wiley.
- Heston, M. L., y Kottman, T. (1997). Movies as metaphors: A counseling intervention. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 36, 92–99. <https://doi.org/10.1002/J.2164-4683.1997.TB00377.X>
- Isong, I. A., Rao, S. R., Holifield, C., Iannuzzi, D., Hanson, E., Ware, J., y Nelson, L. P. (2014). Addressing dental fear in children with autism spectrum disorders: A randomized controlled pilot study using electronic screen media. *Clinical Pediatrics*, 53(3), 230–237. <https://doi.org/10.1177/0009922813517169>
- Lampropoulos, G. K., Kazantzis, N., y Deane, F. P. (2004). Psychologists' use of motion pictures in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 535–541. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.535>
- Langley, T. (2015). Inside out: Emotional truths by way of Pixar. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/beyond-heroes-and-villains/201506/inside-out-emotional-truths-way-pixar?mssockid=089b988c8fdd61bd37038cea8e0c60c8>
- Marsick, E. (2010). Film selection in a cinematherapy intervention with preadolescents experiencing parental divorce. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(4), 374–388. <https://doi.org/10.1080/15401383.2010.527789>
- Mitchell, J., Sharp, C., Tuckey, R., y Wassom, J. (2004). Once upon a time for school counselors. *MSCA's The Counseling Interviewer*, 37(1), 17-20.
- Molina del Peral, J. A., y Del Nogal Tomé, M. (2013). *Aprender psicología desde el cine*. Desclee De Brouwer.
- Navas-Pérez, J.F., y Perales- López, J.C. (2024). *Trampas: Un viaje por la psicología y el juego de azar en el cine*. Next Door Publishers, S.L.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024). *La salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pannu, A., y Goyal, R. K. (2024). Cinematherapy for depression: Exploring the therapeutic potential of films in mental health treatment. *The Journal of Psychology*, 159(5), 329–357. <https://doi.org/10.1080/00223980.2024.2409227>
- Powell, M. L., y Newgent, R. A. (2010). Improving the empirical credibility of cinematherapy: A single-subject interrupted time-series design. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1(2), 40–49. <https://doi.org/10.1177/2150137810373920>
- Powell, M. L., Newgent, R. A., y Lee, S. M. (2006). Group cinematherapy: Using metaphor to enhance adolescent self-esteem. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 247-253. <https://doi.org/10.1016/J.AIP.2006.03.004>
- Rosenfeld, J. (2018). Cinematherapy with inside out: A theoretical and practical guide. *Graduate School of Professional Psychology: Doctoral Papers and Masters Projects*. https://digitalcommons.du.edu/capstone_masters/297
- Sacilotto, E., Salvato, G., Villa, F., Salvi, F., y Bottini, G. (2022). Through the looking glass: A scoping review of cinema and video therapy. *Frontiers in Psychology*, 12, 732246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732246>
- Sharp, C., Smith, J. V., y Cole, A. (2002). Cinematherapy: Metaphorically promoting therapeutic change. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(3), 269-276.
- Turns, B., y Macey, P. (2015). Cinema narrative therapy: utilizing family films to externalize children's problems'. *Journal of Family Therapy*, 37, 590-606. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12098>
- Tylikowska, A., y Tucholska, K. (2017). Cinematherapy possibilities: How to use films to solve psychological or social problems and enhance quality of life in the elderly. *Active and Healthy Ageing*, 13(1), 33-47. <https://ojs.wsb.edu.pl/index.php/bgs/article/view/743>
- Villegas, M., y Mallor, P. (2011). Recursos analógicos en psicoterapia (II). El cine. *Revista de Psicoterapia*, 22(86/87), 21–56. <https://doi.org/10.33898/rdp.v22i86/87.623>
- Vivas Rodríguez, M. E., Cantero Sánchez, F. J., y Salado Navarro, V. (2022). La comunicación del psicólogo a través del cine: Análisis del estereotipo fílmico. *Revista Panamericana de Comunicación*, 4(1), 155–173. <https://doi.org/10.21555/rpc.v4i1.2559>
- Weisz, J. R., y Kazdin, A. E. (2018). The present and future of evidence-based psychotherapies for children and adolescents. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3ª ed., pp. 577–595). Guilford Press.

Artículo

Psicoterapia y Saber Humanístico: Tres Historias Clínicas

Alberto Morales

Universidad de Granada (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 15/09/2025
Aceptado: 09/11/2025

Palabras clave:

Psicoterapia existencial
Filosofía
Música
Literatura
Carl G. Jung

RESUMEN

El incuestionable desarrollo de la psicología científica y su actual estrecha alianza con la neurociencia cognitiva han propiciado un abordaje del estudio y comprensión del ser humano hasta ahora desconocido. Empero, la extensión de este enfoque y su metodología asociada a la práctica clínica no están exentas de críticas, pues ese mismo ser humano así diseccionado queda en no pocas ocasiones privado de su dimensión existencial, aquella que da sentido a su vida y su *estar-en-el-mundo*. Lo descrito y vivido por autores provenientes del saber humanístico, la filosofía y el arte para ser más concisos, adquiere ahora una relevancia crucial en el ámbito del encuentro terapéutico. La obra de filósofos y literatos clásicos —entre otros, Eurípides, Friedrich Nietzsche, Virginia Woolf y María Zambrano— y otros renombrados escritores como el coetáneo Jesús Aguado, así como la música del bohemio Gustav Mahler, han servido de guía a la hora de encauzar una terapia que, en todos los casos, ha ido siempre más allá de la inmediatez del síntoma, lo que aquí se ejemplifica en tres historias clínicas de nuestro propio acervo en las que un cuestionamiento existencial está siempre presente e, incluso, la irrupción de una fuga psicótica.

Psychotherapy and Humanistic Knowledge: Three Clinical Cases

ABSTRACT

The undeniable development of the science of psychology and its current strong ties with cognitive neuroscience have enabled an approach to the study and understanding of the human beings that was previously out of reach. However, the expansion of this approach and its associated methodology into clinical practice has drawn criticism, as the very same human beings thus dissected are often deprived of their existential dimension—the one that gives meaning to their life and their *being-in-the-world*. What has been described and experienced by authors from the humanistic fields—more specifically, philosophy and the arts—is now of critical importance in the context of the therapeutic encounter. The works of classical literary figures—including Euripides, Friedrich Nietzsche, Virginia Woolf, and María Zambrano—as well as those of renowned contemporary writers such as Jesús Aguado, and even the music of the bohemian Gustav Mahler, have inspired a form of therapy that, in every case, has gone beyond the immediacy of the symptom. This is exemplified here through three clinical cases from our own archive in which existential questioning is always present, and even includes the presence of a psychotic episode.

Keywords:

Existential psychotherapy
Philosophy
Music
Literature
Carl G. Jung

Introducción

En su día, el reconocido historiador de la psicología Edwin G. Boring no titubeó al escribir que “Wundt es el psicólogo más importante de la historia de la psicología. Es el primero que sin reservas podemos llamar propiamente psicólogo. Antes de él se hizo mucha psicología, pero no había psicólogos” (Boring, 1978, p. 338). Atrevida, la afirmación de Boring data justo de la mitad del pasado siglo y, desde luego, ni fue ni es suscrita por otros muchos autores, entre quienes con modestia me encuentro. Ciertamente con Wundt inicia su andadura “oficial” la psicología experimental, y lo hace entonces adscrita, al menos en Alemania, a departamentos de filosofía; Wundt, incluso, funda una revista para dar cabida a su ingente producción experimental a la que, con todo, titula *Philosophische Studien*. Ante la pregunta de si Wundt fue a un tiempo psicólogo experimental y filósofo, Boring opta ahora por la cautela: “Nunca afirmó [Wundt] que el método experimental fuera adecuado para toda la psicología: los procesos mentales superiores, según él, debían ser estudiados a través de la historia de la naturaleza humana, como hizo en su libro [diez tomos, de hecho] *Völkerpsychologie*” (Boring, 1978, p. 349). Una de sus obras señeras de aquella época fundacional fue *Grünzüge der Physiologischen Psychologie*, clave en esta etapa de evolución del saber psicológico. Se recordará que el término “psicología fisiológica” le servía a Wundt para dos propósitos: en primer lugar, nombrar y conectar esa frontera entre la experiencia interna y la externa y, en segundo, reivindicar una metodología experimental —la única en garantizar la objetividad en el estudio de la experiencia— como la que se utilizaba en fisiología. Es decir, la adjetivación fisiológica no se refiere a un objeto de estudio, sino a la metodología experimental: fisiológico era, pues, sinónimo de experimental en esa época (Lafuente-Niño et al., 2017, pp. 117-118).

Transcurrido casi siglo y medio de la fundación de aquel famoso laboratorio en Leipzig, la reflexión filosófica parece haber sido erradicada *sine die* del currículum psicológico. Aunque las apariencias bien pudieran ser engañosas, pues si nos ceñimos al ámbito de la praxis clínica, dicha reflexión es inseparable de cualquier paradigma psicopatológico y modelo psicoterapéutico al uso; incluso bien conocidos planteamientos que en su momento abogaron por tesis psicológicas decididamente científicas, no dejaron de estar instalados en una particular filosofía de la ciencia, el positivismo, para ser más precisos, en la que los valores, convenientemente camuflados entre bambalinas, organizaban la agenda de la investigación y práctica clínicas. Y es que como acertadamente dio en su día a entender el celebrado psiquiatra y filósofo alemán Karl Jaspers, “No hay manera de escapar a la filosofía. La cuestión es tan sólo si será consciente o no, si será buena o mala, confusa o clara. Quien rechaza la filosofía, profesa también una filosofía, pero sin ser consciente de ella” (Jaspers, 1978, p. 11).

El coetáneo de Wundt y conocedor de su obra Carl G. Jung militaría en las filas de aquellos autores discrepantes con esa pretendida erradicación de la filosofía, pues al elaborar su complejo sistema psicológico esta siempre tuvo carta de presentación. Este “amor a la sabiduría”, esta φιλοσοφία, está virtualmente presente en las miles de páginas que escribió a lo largo de su dilatada vida: libros, ensayos, seminarios, reseñas, prólogos... En su autobiografía, un anciano Jung muy próximo ya a su final alude al impacto que, en su juventud, tuvieron en él la

lectura del *Zaratustra* de Nietzsche y el *Fausto* de Goethe. Ambos autores transitan su obra y el primero de ellos lo hace de manera explícita en los dos gruesos volúmenes dedicados al análisis de *Así hablo Zaratustra*, seminario dirigido por Jung durante cinco años y que se viera interrumpido por el estallido de la Segunda Guerra Mundial. Para Jung, el conocimiento filosófico es indispensable en el bagaje del psicólogo. Ya muy al comienzo de su carrera profesional, Jung pone por escrito en uno de sus ensayos esta visión no tan restrictiva de la psicología, del que quisiéramos extraer algunos párrafos:

Lo infinitamente variable y mudable de la vida mental individual le resulta a la psicología experimental extraordinariamente antipático [*sic*] y, por ello, sus datos y conocimientos son en lo esencial meros detalles a los que les son además ajenos contextos más vastos. Quien quiera conocer el alma humana, pues, llegará desgraciadamente a saber muy poco de ella por boca de la psicología experimental. [...] Porque entre lo que la ciencia llama “psicología” y lo que la práctica cotidiana espera de la “psicología”, se ha “abierto un hondo abismo”. (Jung, 2007, § 409).

Décadas, muchas décadas después, Noam Chomsky señaló en la misma dirección al afirmar que “Es bastante posible que aprendamos más sobre la vida y la personalidad humanas en las novelas que en la psicología científica” (citado en Lehrer, 2010, p. 220). Y en el primero de los capítulos de su libro *Psicología y Literatura*, el reconocido maestro generacional de psicoterapeutas Irvin Yalom escribe:

Las historias de la psicología a menudo empiezan con el advenimiento del método científico y los psicólogos experimentales pioneros, como Wundt y Pavlov. Yo siempre he considerado esto una visión histórica corta de miras: la disciplina de la psicología empezó mucho antes, en las obras de los grandes pensadores psicológicos que escribieron sobre las más íntimas motivaciones humanas: Sófocles, Esquilo, Eurípides, Epicuro, Lucrecio, Shakespeare, y especialmente (para mí) los grandes novelistas psicológicos Dostoievsky y Tolstoi, y posteriormente, Mann, Sartre y Camus (Yalom, 2000, p. 15).

Así pues, no es inusual que psicología, filosofía y literatura aúnen sus esfuerzos, intereses y perspectivas para dar forma y sentido a aquello que el análisis experimental disecciona con su escalpelo: el propio ser humano. Esta disección es inevitable desde esa particular perspectiva, además de inherente a sus presupuestos metodológicos, cuya validez y resultados son incuestionables como sabe todo profesional bien informado. Sin embargo, aunque quizás *quid pro quo*, asistimos a un incuestionable desplazamiento hacia posturas que dejan a un lado la ciencia y su fundamentación (filosófica) para abrazar el científicismo, que es bien distinto, pues, como señala el filósofo y profesor Luis Sáez Rueda:

Desde la Revolución Científica moderna, allá por el siglo XVII, viene extendiéndose la propensión a proyectar los criterios de validez propios de las ciencias naturales y exactas al ámbito de las ciencias humanas. Ya Descartes sentaba la validez de ese mito que tanto daño ha hecho al saber. [...] Este sueño de un saber unificado y hecho a medida del *espíritu de cálculo* —el científicismo— se prolongó a través de diversas erupciones hasta el presente, pasando por los intentos del *neopositivismo lógico* a

principios del pasado siglo y por otras estancias, como la psicología conductista y cognitiva que hoy prevalece en muchas universidades [...]. (Morales, 2023a, p. 12).

A juicio de no pocos, la irrupción de esta ola de cientificismo en el ámbito de la psicología en general y de la práctica clínica en particular, unido además a la adhesión acrítica al modelo biomédico, supone una merma no solo en nuestra comprensión del ser humano y sus anhelos de sentido existencial, sino incluso de la propia labor terapéutica, pues el antaño psicoterapeuta se ve transmutado en un técnico competente en modificar solo los aspectos más externos del psiquismo humano, haciendo a un lado o infravalorando el componente fenomenológico consustancial a la mente humana. Este sentir podría verse reflejado en la afirmación de que “los mayores problemas de la psicología y la psiquiatría son filosóficos más que científicos y empíricos” (Pérez-Álvarez, 2021, p. 21).

Una perspectiva fenomenológica, de alguna manera puesta en marcha por el citado Jaspers a partir de su obra *Psicopatología general*, publicada por primera vez en 1913, aún en su seno y hace compatibles no solo psicología y filosofía, sino también literatura, que ahora caminan juntas y guían la labor terapéutica en casos no exentos de complejidad. Algunos ejemplos de nuestro propio bagaje profesional podrían ser los de “Olivia” y “Eduardo O.”. En el primero de ellos, el trabajo con la obra de Virginia Woolf *La señora Dalloway* contribuyó a que Olivia ubicara su trastorno disociativo en un contexto para ella, hasta entonces, desconocido, y diera sentido a aquello que atormentaba su mente y que incluso la obligó a un internamiento psiquiátrico. Clarissa Dalloway, protagonista del relato de Woolf, describe con detalle ese fluctuante estado interno, ya oscuro, ya iluminado, que no siempre comprende pero que sabe ha de convivir con él: “Era una revelación súbita, un matiz como el rubor que se intentaba contener y al que después, al extenderse, se cedía, y llegaba hasta el último confín y allí se quedaba temblando [...]” (Woolf, 2014, pp. 47-48). Olivia, Clarissa de estos tiempos, lo relata de esta otra manera: “Pienso que dentro de mí no hay nada bueno, así que el camino que he tomado estos últimos años ha sido ser víctima. Mentira. Sí que veo lo bueno que hay en mí [...]” (Morales, 2021, p. 178). El segundo, por su parte, se caracterizaba, entre otras cosas, por la presencia de una escritura automática que recordaba, no muy de lejos, a la que el irlandés James Joyce despliega en su siempre controvertido *Ulises* —innecesario recordar al lector versado en esta obra—, cuyo capítulo final puede poner a prueba los nervios del más templado de los pilotos acrobáticos (Joyce, 2019, cap. 18). Eduardo O. no le va a la zaga al rebuscado Leopold Bloom de Joyce: “Alguien deseaba verme. Alguien quería mi regreso. Lo han forzado a nombrarme. Mi letargo fue merecido [...]” (Morales, 2021, pp. 103-107). El pensamiento de Nietzsche fue, por otro lado, de gran utilidad a la hora de perfilar ciertos matices del caso “Paul Atreides” y su universo de visiones, en una persona por lo demás conocedora de buena parte de la obra de este pensador alemán (Morales, 2023b).

Se hace muy necesario, por consiguiente, estar abierto y permeable a saberes procedentes de ámbitos muy diversos del conocimiento humano, no solo el estrictamente experimental sino de otros que, en ningún caso, pueden excluir a la filosofía y, desde luego, a su vertiente fenomenológica-existencial. El objetivo del presente estudio es, pues, reivindicar la utilidad de la filosofía y la literatura para la psicología en general y la psicología clínica

en particular, y hacerlo merced a la descripción y estudio de la casuística derivada de nuestra propia praxis.

Consideraciones Metodológicas

Como se ha señalado más arriba, el carácter práctico de este estudio centra su atención en diversas historias clínicas cuyo abordaje terapéutico ha seguido una línea de actuación de corte esencialmente existencialista y junguiano. Las principales estrategias terapéuticas empleadas podrían resumirse en los siguientes puntos:

- Imaginación activa. Técnica desarrollada por Jung, aparece recogida en la totalidad de su obra y, desde el punto de vista histórico, podría decirse que inicia su andadura a medida que este autor da forma a su enigmático y fascinante *Libro rojo*. Al recordar esos tiempos iniciales, escribe Jung en su autobiografía: “En la medida en que lograba traducir mis emociones en imágenes, es decir, hallar aquellas imágenes que se ocultaban tras las emociones, sentía tranquilidad interna” (Jung, 2012, p. 212). Entre las posibles fuentes bibliográficas relacionadas con la imaginación activa podrían citarse, por ejemplo, *Las relaciones entre el yo y lo inconsciente* (Jung, 2007) y *Las conferencias Tavistock. Sobre la teoría y la práctica de la psicología analítica* (Jung, 2009), entre otras. De manera más sistematizada, los pormenores del método de imaginación activa se recogen en el texto clásico de Hannah (1998), al que se remite al lector interesado en detalles.
- La reflexión que Jung realizara de algunos de estos resultados derivados de la imaginación activa, desde la perspectiva de la alquimia según su punto de vista (Jung, 2015a).
- Escritos literarios y filosóficos que serán detallados en cada uno de los casos a considerar, ya que la pauta a seguir la ha ido marcando el análisis y evolución del caso clínico en particular. Se incluye, además, la audición de una pieza musical del repertorio clásico.
- Dos pruebas proyectivas, el test de Rorschach acorde con la metodología comprehensiva desarrollada por Exner y su equipo (2003, 2005), y algunas de las imágenes incluidas en *Symbolon. El juego del recuerdo* (Orban et al., 2017).

Caso 1. Laumeria

A sus más de sesenta años, Laumeria carga a cuestas con su propia existencia, como puede y mortificada por incontables somatizaciones: vértigos incapacitantes, colon irritable, anomalías neurológicas difusas de diagnóstico incierto, dolor muscular, urticarias generalizadas... En su historia personal destaca, con mucho, la presencia de una madre vitalmente frustrada que toma revancha en sus hijos, sobre todo en ella que es la mayor: la niña crece en un ambiente de maltrato físico y emocional. Una infancia poco feliz en la que el padre vino a compensar la carencia materna: emocionada, lo recuerda Laumeria cantando ópera mientras se afeitaba y le dedicaba cariñosas palabras. Escapa como puede de aquel mundo perturbado y perturbador y se construye un rico templo interior, muy reflexivo pero “separado” de su corporalidad, sentida esta como algo ajeno e, incluso, disociado de ella misma, hecho al que contribuye la educación de corte nacionalcatólica

propia de su época, muy severa y restrictiva especialmente en todo lo que refiere a la sexualidad, vivida por la adolescente Laumeria desde lo traumático y la culpa.

Mujer culta, sensible y bien dotada para la escritura, se aviene sin fisuras a dar salida a su conflictividad interior. Juntos repasamos algunos textos del propio Jung relativos a la alquimia y su dimensión psicológica, con énfasis en lo que aquellos psicólogos medievales denominaban con la voz latina *nigredo*, esa negrura cuya consciencia precede a toda indagación en el interior del ser. Escribe Laumeria:

“Sueño que me sueño y apenas vislumbro nada. No me alcanzo. No me entiendo. Tan perdida me siento, que no sé quién soy en este instante. [...] En mi total oscuridad, una leve incandescencia puede mostrar una Verdad que te abrasa. [...] No puedo ver aquella luz que dice Ilumina una Vida. No siento la ilusión y la alegría que emanan de la realización de una misión, de un propósito vivido. [...] La Vida me transita y yo la extraño. [...] Y en ese instante en que por fin se hace la Luz..., quedamos deslumbrados y la Vida, en su Sabiduría, nos vuelve a dejar ciegos”.

El buen y acertado bagaje filosófico y literario de Laumeria nos permite ubicar lo expresado en el párrafo anterior —solo un ejemplo del tono emocional que impregna casi la totalidad de sus escritos— en un contexto más amplio, que dé cabida a las vivencias de su infancia. Y aquí, la *Carta al padre* del escritor, poeta y ensayista contemporáneo Jesús Aguado juega un importante papel como catalizador de ese proceso interior que Laumeria ha de traer al plano consciente. Acordamos la lectura de solo la primera parte del libro, que su autor denomina con el genérico “Padres”: páginas que en ocasiones incluyen un único párrafo, apenas unas líneas que dibujan ese padre, o bien esa madre, que la mirada del niño no alcanzaba a entender pero que dejó una marca indeleble en su alma aún balbuciente (Aguado, 2016). Muy prolija en sus escritos, decíamos, se seleccionan ahora algunos de ellos, claramente representativos de esas difíciles vivencias infantiles de Laumeria que poco a poco va revistiendo de sentido. Dedicamos a su madre estas palabras:

“Te fuiste secando en la triste sombra, la ilusión de ser tu sueño se marchitó. Te volviste agria para ti misma, ajena a tu esencia, tornaste tu dulzura en rabia, en llanto, en furia y fue amargo tu saber... [...] Madre, ¿desvelaste, acaso, tu odio que fue rabia, que fue tristeza, que fue cobardía, que fue desamor, que fue risa gritada y llanto cantado en susurros? Bordaste tu amargura puntada a puntada en el tul de tu ilusión”.

Y de nuevo se hace patente esa *nigredo* de los alquimistas:

“¿Quién soy? Sigo velada, oscurecida, atrapada en un No saber. La rueda de la fortuna juega conmigo su partida, me señala la Nada, el Vacío”.

En otro momento del encuentro terapéutico, Laumeria lee con detenimiento el primero de los capítulos de *Delirio y destino*, de la filósofa María Zambrano (Zambrano, 2011), de la que ya conoce algunos de sus escritos. Este capítulo lleva por título “Adsum”, voz latina que podría traducirse por “Estoy presente” o, de manera un tanto coloquial, por “Aquí estoy”. Su lectura la ha llevado a detenerse y reflexionar en torno a ciertos aspectos de su vida que, según ella me relata, ha visto reflejados en la propia Zambrano.

Para terminar, destacar por otro lado lo vivido y sentido por Laumeria tras escuchar con detenimiento el último de los movimientos,

Finale, de la controvertida décima sinfonía del compositor bohemio Gustav Mahler. Detiene su atención Laumeria en determinados pasajes del movimiento que llaman “a la puerta de su ser”: la tristeza que embriaga la partitura; el sordo sonido del tambor, profundo, repetitivo, como un corazón que late en medio de esa envolvente melancolía, órgano vivo; esa nota única que se mantiene en el aire, el propio hilo de la vida; la existencia de un lugar de “expansión” donde ubicar el ser. Tras una de las múltiples escuchas de esta pieza musical, toma papel y lápiz y da salida al siguiente texto, del que igualmente solo se reproducen algunos párrafos:

“Pareciera que al nacer se nos envolviera en velos de tinieblas opacas. [...] Es la infancia un desgarrar las nieblas y sombras que nos acunaron. [...] El sol nos contempla inane, las risas se desvanecen, las ahogan velas de plata. [...] Surge, de pronto, un sueño, instantes de magia... [...] ¡Silencio! La voz del silencio se expande, es el Amor que me llama... ¿A qué esperas? ¡Despierta! ¡Enciende tu corazón! ¡Abre tus ojos, extiende tus alas! ¡Contempla quién eres: las estrellas!”

La atenta y sentida audición de una música, la de Mahler, y en especial de sus dos últimas sinfonías, dejan en Laumeria una huella visible: la necesidad de ese silencio interior desde el que poder columbrar un nuevo horizonte al que dirigir sus pasos, guiada, parafraseando al propio Mahler, por “lo que me dice el Amor”.

Caso 2. Teodora

Detallada, la historia de Teodora se recoge en varios escritos previos del autor (Morales, 2023a, 2023b). A muy temprana edad, la protagonista fue víctima de maltrato por parte de quien entonces era la pareja de su madre, presentando con el paso del tiempo un cuadro de carácter disociativo, inestabilidad emocional y acusada introversión. Hipersensible, sus innegables dotes para la pintura y el dibujo han sido la pieza clave en su abordaje terapéutico, pues han hecho factible acceder a rincones de su psiquismo hasta entonces velados de forma consciente incluso para ella. En la actualidad, desempeña una profesión en la que esas dotes artísticas le son de incuestionable valor. Su mundo emocional y de relaciones está estabilizado y nuestros encuentros en consulta suelen tener periodicidad mensual.

En su particular “despertar”, también Teodora sale de la oscuridad de su medianoche y presta atención a lo que allí se despliega:

“Salí de las profundidades oceánicas en las que habitan las almas que solo yo conozco y comprendo. Caminé sin rumbo fijo con la certeza de que estaba siguiendo mi camino...y cuando abrí la puerta me encontré con un universo de caras familiares que me sonreían y me daban la bienvenida. Expresión en estado puro con trazas de licra —fur— y purpurina. Almas singulares interconectadas a través de micelio: Pura vida”.

Y esa vivencia la hace visible con esta ilustración salida de su creativa mano. El bosque despierta y la calidez del sol está aún por llegar, de ahí la fría tonalidad del azul. La tierra parece exhalar un aliento neblinoso. Y en medio, la silueta de una niña, desnuda pues acaba de nacer, que permanece estática ante la clara luz que despliega el horizonte. Símil incuestionable de lo inconsciente a decir de Jung, el bosque y sus habitantes, en especial los árboles, dirigen estos sus raíces hacia el centro de la tierra, en cuyos

minerales encuentran su alimento: “[...] el sí-mismo se arraiga en el cuerpo (= tierra), justamente en sus elementos químicos”, sentencia Jung (2015b, § 242) (Figura 1).

Figura 1

El Despertar de Teodora



En ese recorrido alquímico, Teodora transita entre luz y oscuridad, entre *nigredo* y *albedo*, lo que plasma en su diario y en otro de sus increíbles dibujos:

“Buceo en las profundidades de mi océano interno. Al principio el agua es clara y todavía puedo ver los rayos de un sol que cada vez se va quedando más lejos. Todo es de color turquesa y siento la emoción de quien comienza un nuevo camino. Siempre me gustaron los comienzos. Yo soy también ese sol que se va alejando a medida que me sumerjo. El color del agua se va apagando, pero el sol permanece, oculto, sigue ahí, lo sé... Oculto, ahora todo está al revés, pero el sol sigue ahí, presente, conectándose con la tierra (Figura 2).

Figura 2

Entre Nigredo y Albedo



Las imágenes se difuminan como en una pintura impresionista. Lo que hace un momento era obvio, de repente se vuelve cuestionable. Atravieso la ceguera para realmente —ver— lo que hay al otro lado. Yo soy yo, ¿y tú? Mi reflejo”.

[Se adentra ahora en una senda sin luz]

“La oscuridad me abraza aunque yo no la abraza a ella. Porque todavía estar aquí me provoca cierta reticencia. El agua es espesa y de color café. Reconozco unas formas que hace tiempo olvidé. [...] Sombras difusas se acercan. Me observan, como quien mira un extraño objeto por primera vez. ¿Por qué tengo la sensación de que yo aquí soy la ajena? Quizás debería venir más a menudo...”.

[Intrigada y audaz, Teodora observa esas sombras con detenimiento]

“Las sombras son almas que flotan sin piernas. Recuerdos que no quieren ser recordados. Personas que un día fueron parte de mí y ahora siento como cuerpos extraños. Anhelos de lo que pudo haber sido y no fue. La dificultad de cerrar. El afán de que el principio del fin se quede en el principio. Almas perdidas en su propio lamento. Espejos rotos que reflejan imágenes fragmentadas. Sangre de color rojo intenso, sangre, para sentir, para sentir algo o para sentir más de lo que puedo manejar y menos de lo que me abruma. El miedo a la locura”.

[Y cierra su visión en tono mayor]

“Y cuanto más me sumerjo en la —negrura—, más claro lo veo todo”.

Caso 3. Octavio

Superada la treintena, Octavio se aventura en el mundo de lo “psicodélico” sin guía adecuada y con un psiquismo poco estable en esa época de su vida. Hace un alto en su vida laboral y se adentra en ese otro plano de la realidad de manos del LSD, las anfetaminas y los hongos alucinógenos. El resultado de ello es la progresiva abstracción de “esta” realidad y el estallido de un brote de carácter psicótico, cuya consecuencia inmediata es la prescripción de fármacos antipsicóticos y quedar al abrigo de su familia, bien estructurada esta y de carácter acogedor y amoroso. Algunos meses después, ya muy recuperado y antes de retornar a su actividad laboral, comenzamos un abordaje terapéutico centrado aquí en dar un sentido a lo por él vivido en esa fase “de locura”, según su propia expresión, sin ocultar su miedo a revivir esa *nigredo* que tanto sufrimiento le infligió. De hecho, la realización de la prueba de Rorschach arroja un porcentaje significativamente elevado de respuestas *forma distorsionada* (X-% = 0.42), que Exner interpreta acorde con un fallo “en el componente principal de una prueba de realidad adecuada” (Exner, 2005, p. 256).

De su abultado expediente, dos aspectos podrían ejemplificar aquí la línea de actuación seguida en los dos casos previamente descritos. Al igual que Laumeria y Teodora, también Octavio posee una sólida formación humanística, lo que para él incluye su propio doctorado en matemáticas y estudios superiores aún por concluir de violonchelo. A raíz de lo por él escrito a modo de diario acerca de aquellos días de inmersión en su personal locura, compartimos la lectura de una de las tragedias de Eurípides, *Bacantes* (Eurípides, 2000), y de determinados capítulos de un libro que le es bien familiar: el *Así habló Zaratustra*, de Nietzsche. Entremos en detalle.

En “De las tres transformaciones”, Nietzsche pone en boca de su profeta Zaratustra esta reflexión: “Tres transformaciones del espíritu os he mencionado: cómo el espíritu se convirtió en camello, y el camello en león, y el león, por fin, en niño” (Nietzsche, 2011, p. 68). Octavio quiere deshacerse de ese camello, ese animal de “carga”—la

pesadez del “yo debo”— que hay en él. Me remite un escrito, “Por qué no quiero ser un camello”, del que entresaco algunos párrafos significativos:

“¿De qué trata el camello y su significativa joroba en mí?, ¿la culpa?, ¿la carga?, ¿llevar una vida forzada o endeudada con lo que se supone que ha de hacerse?, ¿la moral?, ¿el deber? [...] ¡Yo no quiero ser un camello! No me gustan los moralistas, me escandalizan. Me repatean los que piensan que el trabajo dignifica, o que pretenden el ordenamiento forzado o artificioso del aspecto *silvano* y *vivaracho* de las cosas. Sigo diariamente tratando de escurrirme, en cuanto puedo, del deber. Y a veces es como si el deber y el querer se fundiesen indistintamente. Demasiadas cosas al mismo tiempo. He aquí mi patología particular. ¿Diagnóstico, doctor?: complejo de *puer aeternus*. [...]. Esto provoca igualmente que, en ocasiones, busque compulsivamente esos momentos placenteros, como si el tener que *cumplir con mis obligaciones* pervirtiera el hecho de que sean conquistas que fueron en otro tiempo deseadas y buscadas con esfuerzo. [...]. A ese complejo de *puer aeternus* al que hacía alusión

antes, bien le vendrían unas dosis de introspección y sosiego, de Divino Silencio”.

Ya al final de su extenso escrito, en el que se han entremezclado otras múltiples cuestiones, Octavio intenta acceder a un punto de equilibrio en el que el “camello”, aun continuando su lento caminar por las arenas del desierto, no pretenda monopolizar su existencia:

“Quizá no está en mi naturaleza ser un asceta. En todo caso, me gusta imaginarme más como un místico del amor, una especie de contemplativo sufi o cristiano enamorado de la vida y de sus sabrosos jugos. Alcanzar tales estados también conlleva un trabajo, una ascesis, un vaciamiento para reflejar lo divino que nos rodea y vislumbrar el que nos habita. Un trabajo interior. O tal vez quisiera ser como un chamán, como ese que soñé durante mis delirios”.

Esa “culpa” propia del camello como animal de carga, tan mortificante a veces para Octavio, se le hace visible en una de las cartas extraídas “por azar” del *Symbolon. El juego del recuerdo*, titulada precisamente “La culpa” (Orban et al., 2017, p. 114), cuya visión propicia esta reflexión:

La acción ocurre en el crepúsculo, ese momento limítrofe entre el día y la noche, o incluso entre el mundo de los vivos y de los muertos, o más certeramente en lo que respecta a la carta, en el momento en el que las criaturas fantásticas salen de su escondrijo ya alejados de la mirada *racional* y diurna” (Énfasis añadido; imagen reproducida con autorización) (Figura 3).

Y da cierre a su emotividad interior añadiendo unas palabras del santo Juan de Yepes y un conocido poema del místico sufi Ibn Arábí, que me transcribe literalmente. Concluye Octavio:

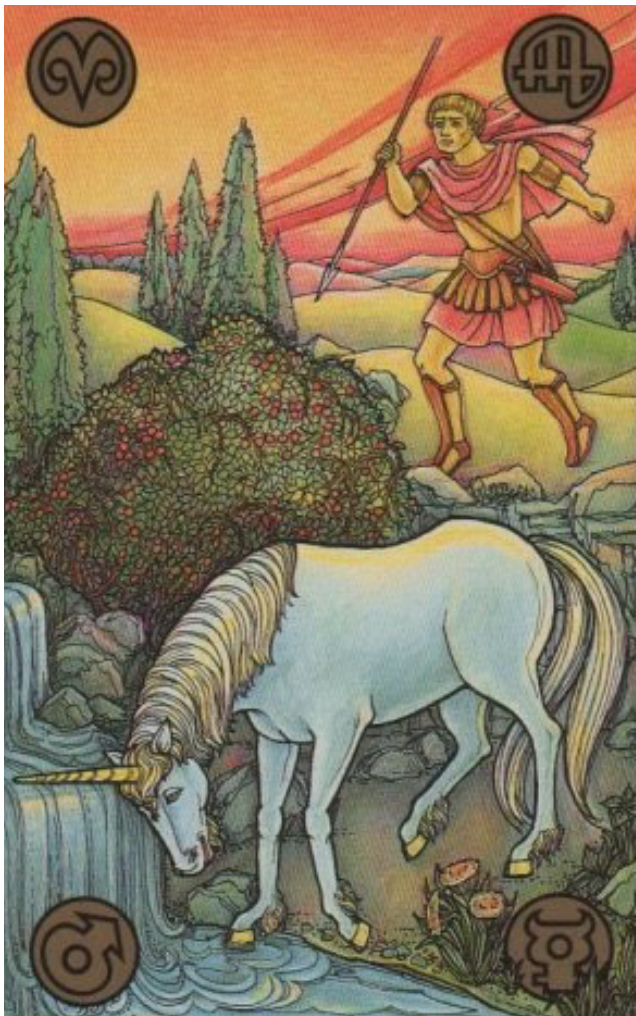
“*Nada, nada, nada*, predicaba san Juan de la Cruz en su *Subida al Monte Carmelo*. Nada salvo el inmenso cielo oscuro y siempre abierto, repleto de esos soles de la noche. Bellísimas blancas perladas y tintineantes. Todo ese espacio infinito acogiéndonos en su seno y mostrándonos el camino que recorrer. Escritura cósmica aleccionadora, aunque en silencio, dibujada desde arriba toda la eternidad”.

Tras lo vivido en su íntima *noche oscura*, Octavio retornó a su actividad como profesor de matemáticas y, para envidia mía, completó unos seminarios en matemática relativista. Y lo más importante, ha vuelto a encontrarse con el chelo...

Conclusión

“Filósofos, novelistas, poetas, han alumbrado algo de las razones del corazón, de las entrañas del alma”, escribe la filósofa María Zambrano en uno de sus siempre lúcidos ensayos (Zambrano, 2020, p. 53). Y ese discurso ha guiado el encuentro terapéutico con las personas cuyas historias se han desgranado aquí, aun de forma somera. Lejos de planteamientos que aspiran a protocolizar ese encuentro, siempre único y vivo, la perspectiva en la que filosofía, novela, poesía y música se enlazan en un “grácil y delicado bucle”, nos recuerda que cada paciente es un mundo por descubrir, una geografía en la que la razón ha abierto las puertas de un laberinto que, sin embargo, no permite transitar con sus silogismos, menos aún vislumbrar la salida, de ahí que para adentrarse en él, lo ya vivido y expresado por otros seres adquiera ahora una relevancia de primer orden: el laberinto solo puede ser andado si se atiende al clamor que, desde las “entrañas”, reclama ser escuchado, escucha para la que la

Figura 3
Imagen Seleccionada por Octavio Para Representar en él la Culpa



mente racional cuenta con recursos harto limitados, como de sobra sabía el trágico Eurípides, cuyas *Bacantes*, escrito hace ya varios milenios, tan relevante fue para que Octavio accediese a una clave explicativa de su doloroso delirio psicótico.

“Hay, sí, razones del corazón, hay un orden del corazón que la razón no conoce todavía” (Zambrano, 2020, p. 50). Esas razones, decíamos, Eurípides las plasmó en sus obras trágicas. Así lo hace también el compositor Gustav Mahler, cuyo tiempo final de su décima y última sinfonía recuerda a Laumeria que, tras la indescriptible tristeza de esas notas iniciales, acompasadas por el sordo sonido del tambor, sigue la ternura de una melodía que la flauta eleva a su expresión más dulce, que tras los sinsabores de su infancia —Mahler supo bien de su amargo regusto—, la luz puede abrirse camino y que no importa si, algunos compases después, una vez más el tambor haga valer su sonido: la vida, como la propia Laumeria recoge en sus extensos escritos, se aleja de la rectitud de la línea y opta siempre por un trazado serpentino en el que uno puede darse de bruces, una vez más, con experiencias vitales que creía olvidadas pero que ahora, en este nuevo tiempo, acoge desde un corazón transformado, que late, como esas notas del tambor. Vida que ha enseñado a Laumeria que “Se equivocaría peligrosamente este corazón si creyera, como en un sueño, dominar las tinieblas [...]” (Zambrano, 2018, p. 183).

Y continúa la pensadora malagueña:

“Y no podrá este corazón ascender hasta la superficie de estas aguas que parecen no tenerla, si no se ha encendido en él, por él, dentro y fuera de él a un mismo tiempo, una centella única, la que prende la luz indivisible que se hace en la oscuridad, haciendo de este corazón algo así como su lámpara” (Zambrano, 2018, p. 183).

Palabras que Teodora, artista, sabe transmutar en imágenes, difícil tarea que, sin embargo, ha hecho factible transitar su interioridad sin la asistencia del universo conceptual, hacia el que ella manifiesta tan poco apego. Imágenes suyas que, como la que recoge esa mujer de rojo sumergida en aguas poco profundas que destellos de luz alcanzan a alumbrar, nos traen a la memoria pasajes de la propia Virginia Woolf (1992, pp. 3-4) que ambos, Teodora y quien escribe, han compartido en su ya prolongada historia terapéutica.

El abordaje terapéutico aquí seguido no ha de contemplarse como excluyente de otras posibles, y muy al uso, estrategias diseñadas para mejorar la calidad de vida de la persona que asiste a consulta. Difiere, eso sí, en que ahora la dimensión existencial adquiere una mayor relevancia que aquella que ve en los síntomas su principal campo de labor. El síntoma es, quién lo duda, la primera queja que el paciente nos transmite, pero no es menos cierto que la adecuada transferencia —y “ecuación personal”, a decir de Jung; véase, p. e. Morales, 2020, pp. 411 ss.— que afloran a la superficie problemas que ya difícilmente puedan ser contemplados desde perspectivas periféricas, centradas en la sintomatología y proclives al enfoque de una *terapia breve* y protocolizada, hacia la que Yalom (1984) ha mostrado siempre y sin ambages sus reservas.

“Los hombres de hoy creen que los científicos están ahí para enseñarles, los poetas y los músicos para alegrarlos. *Que éstos tengan algo que enseñarles* es algo que no se les ocurre”, escribió el filósofo Ludwig Wittgenstein hace ahora más de ochenta años (Wittgenstein, 2017, p. 85). Las historias aquí narradas demuestran la falsedad de dicha creencia.

Agradecimientos

Gustavo Morales y Lauren Jeffery-Smith llevaron a cabo el vertido del Resumen a la lengua inglesa. A ambos, mi profunda gratitud. La generosidad de Laumeria, Teodora y Octavio, hicieron posible la escritura de este artículo. A todos, mi profunda gratitud.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Aguado, J. (2016). *Carta al padre*. Fundación José Manuel Lara.
- Boring, E. G. (1978). *Historia de la psicología experimental*. Trillas.
- Eurípides. (2000). *Tragedias (III)*. Gredos.
- Exner, J. E. Jr. (2003). *Manual de codificación del Rorschach. Para el sistema comprehensivo*. Psimática.
- Exner, J. E. Jr. (2005). *Principios de interpretación del Rorschach*. Psimática.
- Hannah, B. (1998). *Encuentros con el alma: Imaginación actica*. Fata Morgana.
- Jaspers, K. (1978). *La filosofía desde el punto de vista de la existencia*. Fondo de Cultura Económica.
- Joyce, J. (2019). *Ulises*. Lumen.
- Jung, C. G. (2007). *Dos escritos sobre psicología analítica*. OC 7. Trotta.
- Jung, C. G. (2009). *La vida simbólica*. OC 18/1. Trotta.
- Jung, C. G. (2012). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Seix Barral.
- Jung, C. G. (2015a). *Psicología y alquimia*. OC 12. Trotta.
- Jung, C. G. (2015b). *Estudios sobre representaciones alquímicas*. OC 13. Trotta.
- Lafuente-Niño, E., Loredó Narcandi, J. C., Castro Tejerina, J., y Pizarroso López, N. (2017). *Historia de la Psicología*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Lehrer, J. (2010). *Proust y la Neurociencia*. Paidós.
- Morales, A. (2020). *En el diván de Jung. Un encuentro terapéutico*. Manuscritos.
- Morales, A. (2021). *Cuando la realidad se desdibuja. Tres historias narradas junto a Jung*. Manuscritos.
- Morales, A. (2023a). Pérdida del sentido existencial: Un planteamiento desde el análisis junguiano. Descripción de un caso. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 71-82.
- Morales, A. (2023b). *A lomos de nuestro propio tigre. En la senda de Nietzsche y Jung*. Manuscritos.
- Nietzsche, F. (2011). *Así habló Zaratustra*. Alianza Editorial.
- Orban, P., Zinner, I., y Weller, T. (2017). *Symbolon. El juego del recuerdo*. CulBuku.
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*. Alianza Editorial.
- Wittgenstein, L. (2017). *Aforismos. Cultura y valor*. Austral.
- Woolf, V. (1992). *The Waves*. Penguin Books.
- Woolf, V. (2014). *La señora Dalloway*. Lumen.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicología y literatura*. Paidós.
- Zambrano, M. (2011). *Delirio y destino*. Horas y horas.
- Zambrano, M. (2018). *Claros del bosque*. Cátedra.
- Zambrano, M. (2020). *Hacia un saber sobre el alma*. Alianza Editorial.

Artículo

¿Qué es ser Experto en Psicoterapia?

Felipe Concha Aqueveque 

Universidad Diego Portales (Chile)

INFORMACIÓN

Recibido: 27/04/2025
Aceptado: 07/01/2026

Palabras clave:

Psicoterapeuta
Experto
Debate
Modelo de expertise por capas

RESUMEN

Este artículo aborda el debate sobre la definición y naturaleza del psicoterapeuta experto, problematizando los fundamentos conceptuales y metodológicos que han guiado su estudio. Se revisa el debate contemporáneo, que abarca desde la negación de la existencia de la *expertise* en psicoterapia hasta su comprensión como una variable susceptible de estudio empírico. Asimismo, se integran aportes de disciplinas afines que conciben la *expertise* desde tres paradigmas: la construcción social, el desarrollo progresivo de habilidades y el rendimiento máximo. A partir de estos enfoques, se exploran además variables poco consideradas en la psicología, tales como la delimitación de la lógica de la tarea (rutinaria o difusa), la inclusión de sujetos no humanos y las distintas perspectivas de observación del fenómeno (en primera o tercera persona). Sobre esta base, se propone el Modelo de Expertise por Capas, un marco analítico que organiza los niveles epistemológicos implicados en la investigación sobre terapeutas expertos, favoreciendo la comparación entre estudios y la transparencia conceptual. Finalmente, se discuten las implicancias de cada paradigma en psicoterapia y los límites éticos, científicos y teleológicos que deben orientar la comprensión pluralista de la *expertise* psicoterapéutica.

What Does it Mean to be an Expert in Psychotherapy?

ABSTRACT

This article addresses the debate on the definition and nature of the expert psychotherapist, problematizing the conceptual and methodological foundations that have guided its study. The contemporary discussion is reviewed, ranging from the denial of the existence of *expertise* in psychotherapy to its understanding as an empirically measurable variable. Furthermore, insights from related disciplines are integrated, which conceptualize *expertise* through three paradigms: social construction, progressive skill development, and peak performance. Based on these perspectives, additional variables often overlooked in psychology are explored, such as the delineation of task logic (routine or diffuse), the inclusion of non-human subjects, and the different perspectives for observing the phenomenon (first- or third-person). Building on this, the Layered Expertise Model is proposed as an analytical framework that organizes the epistemological levels involved in the study of expert therapists, fostering comparison across studies and conceptual transparency. Finally, the article discusses the implications of each paradigm for psychotherapy and the ethical, scientific, and teleological boundaries that should guide a pluralistic understanding of psychotherapeutic *expertise*.

Keywords:

Psychotherapist
Expert
Debate
Layered expertise model

¿Qué es ser Experto en Psicoterapia?

El campo de estudio de la expertise se centra en analizar las características de aquellos individuos que sobresalen en el desempeño de una tarea específica (Ericsson, 2018a). Tradicionalmente, se han atribuido factores como la genética, el talento innato o la inteligencia a esta capacidad (Gladwell, 2013). No obstante, en la actualidad, se sostiene que el dominio experto es, en gran medida, el resultado de un entrenamiento sistemático orientado al desarrollo de habilidades específicas relacionadas con la tarea (Ericsson, 2018a).

La expertise ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas, las cuales difieren en la tarea específica de desempeño, pero coinciden en ciertos aspectos clave, como el patrón de entrenamiento (Ericsson, 2018a) y las habilidades cognitivas desarrolladas a partir de este (Feltovich et al., 2018). Los expertos dedican un número considerable de horas a su área de desempeño, siguiendo un entrenamiento caracterizado por aproximaciones sucesivas y retroalimentación directa (Ericsson y Pool, 2016).

En el ámbito cognitivo, los expertos desarrollan habilidades superiores y específicas relacionadas con su tarea, lo que se refleja en un conocimiento más amplio, altamente integrado y disponible para la resolución de problemas. Este conocimiento les permite identificar rápidamente los elementos relevantes de una situación y resolver problemas con mayor eficiencia que los no expertos (Feltovich et al., 2018).

La psicoterapia también ha sido estudiada desde el enfoque de la expertise, y los expertos en este campo han sido denominados “Master Therapist” (Skovholt y Jennings, 2017), “Supershrinks” (Miller et al., 2008) y “terapeutas altamente efectivos” (Chow et al., 2015), entre otros. Según una revisión sistemática reciente (Concha et al., 2024), la investigación empírica identifica a los expertos bajo cuatro roles principales: como consultores, donde aportan su conocimiento y experiencia en temas específicos, por ejemplo, al participar en debates; como estándares de rendimiento, utilizados para clasificar y comparar el desempeño de individuos no expertos; como modelos de observación, cuando su práctica clínica es estudiada para analizar su desempeño; y, finalmente, como evaluados a posteriori, donde el estatus de experto se asigna en función de los puntajes obtenidos en pruebas de desempeño.

En esta misma revisión, se identificó que solo algunos estudios proporcionaron un marco conceptual concreto sobre cómo entender la expertise. En la mayoría de los casos, el estatus de experto fue definido operacionalmente con base en factores como los años de experiencia, las credenciales profesionales, la reputación, la afiliación institucional o la dedicación laboral. Sin embargo, esto ha sido señalado como uno de los principales problemas en el estudio de los expertos en psicoterapia, ya que ninguno de estos factores parece tener una relación directa con los resultados terapéuticos (Tracey et al., 2014; Miller et al., 2018).

Como indican Hill et al. (2017, p. 2) en un artículo que aborda directamente este debate: “*sospechamos que la inhabilidad de los investigadores para proveer evidencia acerca del desarrollo de la expertise se debe a las serias falencias en la manera en que se ha conceptualizado y operacionalizado la expertise*”.

El debate ontológico sobre la naturaleza del terapeuta experto ha sido identificado como uno de los problemas actuales en este campo (Concha, 2021; Hill et al., 2017), tanto por su interés

teórico como por sus implicancias prácticas. Es decir, no solo genera interés saber qué hace que un terapeuta sea mejor que otro, también se debe considerar que la manera en que se define al terapeuta experto determina la operacionalización del concepto, los métodos utilizados para acceder a su conocimiento y las posibles interpretaciones de los resultados. Lo que a su vez influye en el desarrollo de manuales de psicoterapia y currículos formativos, el tipo de intervenciones que se promueven y en el estilo terapéutico que los profesionales aplican a sus consultantes.

Considerando lo anterior, el objetivo de este artículo es continuar el debate acerca de qué es ser un terapeuta experto, pero se ampliará el enfoque hacia otras disciplinas donde se han enfrentado problemas similares y propuesto alternativas de solución. En particular, se explorarán los estudios sobre expertise desde una perspectiva socio-antropológica, de la adquisición progresiva de habilidades en el marco del desarrollo vital y desde la mirada de la búsqueda del rendimiento excepcional. En otras palabras la pregunta general que se intentará responder es ¿Qué aportes conceptuales y metodológicos provenientes de otras disciplinas permiten ampliar y comparar las formas de entender la experticia en psicoterapia?

Este trabajo adquiere relevancia en el contexto actual del debate sobre la *expertise* psicoterapéutica, caracterizado por una proliferación de definiciones y enfoques difícilmente comparables. En primer lugar, ofrece una revisión integradora del estado del arte, sistematizando los principales marcos teóricos y empíricos que han abordado la cuestión del terapeuta experto. En segundo lugar, amplía dicho debate al incorporar hallazgos y métodos provenientes de otras disciplinas —como la sociología y antropología—, que permiten enriquecer la comprensión del fenómeno. En tercer lugar, propone un giro epistemológico: pasar de la búsqueda de una definición unívoca de “experto” hacia un enfoque pluralista que reconozca la coexistencia de múltiples criterios de experticia. Finalmente, se plantea un método conceptual para el diseño y comparación de investigaciones sobre terapeutas expertos desde esa perspectiva pluralista. En conjunto, estos aportes buscan articular un lenguaje común que fortalezca tanto la investigación como la formación y evaluación profesional en psicoterapia.

El Debate Interno Acerca de qué es ser un Psicoterapeuta Experto

Uno de los artículos más relevantes para iniciar este debate es “*Competence in experts: The role of task characteristics*” de Shanteau (1992). En él, el autor argumenta que hasta ese momento no existía evidencia empírica que demostrara la expertise en psicoterapia. Esto se debía, según Shanteau, a las características propias de la psicoterapia: una tarea con baja predictibilidad en los efectos de cada intervención, lo que dificulta atribuir un resultado específico al terapeuta. Además, señala que, desde la perspectiva del entrenamiento, la psicoterapia es una actividad que tolera un margen mínimo de error y ofrece escasa retroalimentación directa, lo que complica el aprendizaje a partir de la experiencia.

En la misma fecha, Mair (1992) adopta una postura aún más radical en su artículo “*The myth of therapist expertise*”. La autora sostiene que la expertise en psicoterapia es un mito, ya que la evidencia empírica revela una baja o nula relación entre las teorías y técnicas que un terapeuta emplea y los resultados obtenidos por sus

consultantes. Por ejemplo, aunque un terapeuta pueda ser experto en psicoanálisis, no sería su expertise teórica o técnica lo que explicaría los efectos terapéuticos. Más aún, Mair cuestiona la efectividad de la profesión misma, apoyándose en estudios que comparan los resultados de psicólogos profesionales con individuos sin formación en psicología, donde no se observan diferencias significativas (Berman y Norton, 1985; Hattie et al., 1984).

Si bien estos estudios tienen más de tres décadas de antigüedad, existen evidencias más recientes que respaldan la idea de que no habría algo así como expertise en psicoterapia. Por ejemplo, un meta-análisis realizado por Johns et al. (2019) reporta que el efecto del terapeuta representa solo 12,9% de la varianza en el cambio terapéutico, mientras que otros estudios sugieren cifras aún menores, llegando al 4,2% (Crits-Christoph et al. 1991). Asimismo, estudios más recientes han replicado la propuesta de Mair (1992), mostrando la ausencia de diferencia en el resultado terapéutico de profesionales versus paraprofesionales (p.e. Atkins y Christensen, 2001).

Por otro lado, inspirados en el trabajo de Shanteau (1992), ha surgido otra línea argumentativa que sostiene que sí existe expertise en psicoterapia, pero no ha podido ser demostrada debido a la falta de criterios unificados para evaluar los efectos de la terapia y a la escasa retroalimentación que influya directamente en la varianza del cambio terapéutico (Tracey et al., 2014; Tracey et al., 2015). Desde esta perspectiva, la expertise se define como una mejora progresiva del rendimiento, resultado de un acumulado de experiencia (Tracey et al., 2014). Este grupo propone que la expertise psicoterapéutica debería ser análoga a la de otras disciplinas, como el ajedrez, la música o la programación, donde se adquiere mediante el entrenamiento deliberado (Chow et al., 2015; Miller et al., 2013; Tracey et al., 2014). En este sentido, el terapeuta experto se distinguiría por un patrón cognitivo específico, caracterizado por una mejor organización de la información y una comprensión profunda de la tarea, lo que le permitiría adaptarse a diversas contingencias (Oddli et al., 2014).

Shanteau y Weiss (2014) publican una respuesta a Tracey et al. (2014) cuestionando el uso que han hecho de su artículo de 1992. Indican que desde su publicación original hasta el año 2014 ha cambiado significativamente lo que se sabe acerca de expertise en psicoterapia y que por ende ya no sostiene la idea de que no hay expertise demostrable en psicoterapia, sino que dependería de las condiciones bajo las que se evalúa la expertise (Shanteau y Weiss, 2014). Por ejemplo, invitan a diferenciar la expertise en juicio clínico de la expertise en intervención directa con un paciente, indicando que no necesariamente van de la mano. También diferencian entre expertise de un individuo a la expertise como efecto real y cuantificable, en tal caso ponen de ejemplo un astrólogo que puede ser muy experto en su pseudociencia pero que, a diferencia de un médico, su saber no tiene efectos directos sobre la realidad. Añaden la diferencia entre expertise como resultado versus como proceso, por ejemplo, un terapeuta que puede tener una alta capacidad y hacer bien su trabajo (proceso) pero que por factores externos – falta de recursos, paciente resistente al cambio, ruido ambiental, etc. – no obtiene un buen resultado.

En 2017, la revista *The Counseling Psychologist* dedicó un número especial a este debate. El artículo principal, escrito por Hill et al. (2017), hace una crítica directa a la definición de Tracey et al. (2014) desde dos vertientes: (i) las conclusiones de estos autores se basan mayoritariamente en investigación sobre juicio

clínico y no sobre intervención directa sobre pacientes y (ii) que el desarrollo progresivo de habilidades con base en la experiencia es insuficiente si no se traduce en resultados comparativamente superiores. En cambio, proponen como definición de expertise: “la manifestación del más alto nivel de habilidad, competencia profesional y efectividad (Hill et al., 2017, p. 3). Y proponen varias formas de medir la expertise tales como la performance clínica, la habilidad cognitiva, el resultado del consultante, la experiencia, cualidad personal/relacional del terapeuta, credenciales, reputación y autoevaluación (Hill et al., 2017).

Dentro de las respuestas a Hill et al. (2017), se encuentra la defensa del equipo de Tracey et al., a las críticas recibidas (Goodyear et al., 2017). Los autores corrigen su definición agregando que además de un resultado progresivamente mejor producto de la experiencia, este resultado mejor debe estar en relación con algo que de común acuerdo se considere ser relevante para la disciplina (Goodyear et al., 2017). Además, agregan que su definición pone particular énfasis en ayudar a terapeutas a mejorar mientras que la definición de Hill et al. (2017) pone el énfasis en la investigación. A pesar de ello, indican también que no ven algo positivo en la propuesta de Hill de utilizar diferentes formas de evaluación de expertise ya que no necesariamente son variables que se relacionan, e incluso se estaría midiendo tipos de expertise no extrapolables o comparables.

De manera similar, Norcross y Karpiak (2017) critican la definición propuesta por Hill et al. (2017), centrándose especialmente en los criterios de evaluación de la expertise, los cuales, según argumentan, carecen de suficiente evidencia empírica que los relacione con una mayor habilidad clínica. Además, los autores subrayan la importancia de diferenciar entre un psicoterapeuta experto y un experto en psicoterapia. Mientras que el primero está directamente ligado a los resultados obtenidos con sus consultantes, el segundo no necesariamente lo está; por ejemplo, un docente o un investigador podrían ser considerados expertos en psicoterapia sin implicar un efecto clínico directo. Por último, si bien Norcross y Karpiak no proponen una definición concreta de expertise, consideran que esta debería orientarse hacia la búsqueda de la mejor versión del terapeuta, enfatizando aspectos como la relación con el paciente, la capacidad de reparar la alianza terapéutica y el manejo adecuado de la contratransferencia, entre otros factores.

Una tercera respuesta, proveniente de O'Shaughnessy, et al. (2017), coincide con Hill et al. (2017) en que la expertise debe medirse en función de los resultados del paciente. No obstante, critican su postura al señalar que los criterios de excelencia de un terapeuta están influenciados por factores de poder social y privilegio. Es decir, la competencia profesional que se espera de un experto varía según los cambios culturales y las valoraciones de determinados grupos sobre lo que consideran más relevante o valioso. En consecuencia, los autores proponen una definición de expertise que esté anclada al contexto sociocultural y político en el que se desempeña el terapeuta.

Por otro lado, Reese (2017) ofrece una cuarta respuesta, adoptando una postura conciliadora entre el equipo de Tracey et al., y el de Hill et al. Reese sugiere que ambas perspectivas son válidas, aunque analizan la expertise desde enfoques distintos. Mientras que Hill et al. ponen énfasis en la coherencia del concepto (relación con la teoría), Tracey et al., destacan la correspondencia entre la expertise y el beneficio concreto que esta genera para el paciente.

En última instancia, Reese considera que ambas posturas son complementarias y forman parte de un mismo panorama conceptual.

Ahora bien, de forma paralela al debate sobre la definición de expertise, es necesario señalar a aquellos investigadores que no cuestionan ni el concepto ni su validez, sino que parecen asumirla como un hecho. Este grupo incluye la mayoría de las investigaciones empíricas sobre expertise, así como obras reconocidas en el campo, tales como “Master Therapist” de Skovholt y Jennings (2017), “How and why are some therapists better than others” de Castonguay y Hill (2017), “On becoming a better therapist” de Duncan (2010) y “The cycle of excellence” de Rousmaniere et al. (2017), entre otras contribuciones relevantes.

En este grupo, la expertise se concibe como un fenómeno individual y estable en el tiempo, una perspectiva también denominada expertise rutinaria (Betan y Binder, 2010), vertical o adquisitiva (Laitila, 2009). Desde esta perspectiva, se ha identificado que los terapeutas expertos presentan una serie de características distintivas. En primer lugar, destacan por su habilidad para establecer una alianza terapéutica con distintos tipos de pacientes (Wampold et al., 2017). Asimismo, poseen una mayor fluencia verbal, una expresión emocional más efectiva, y la capacidad de brindar esperanza a sus consultantes, además de ser persuasivos, cálidos, empáticos y enfocar su atención en el problema central del paciente (Anderson et al., 2009). En segundo lugar, los terapeutas expertos muestran una mayor sintonía comunicativa con el consultante, un respeto genuino por la otra persona y una clara intención de cooperación. También son capaces de tolerar y manejar adecuadamente las críticas provenientes de sus pacientes (Schöttke et al., 2016). Por otro lado, existe una relación favorable entre su autoconcepto profesional y la capacidad de cuestionar su propio rendimiento, lo que sugiere un equilibrio entre confianza y reflexión crítica (Nissen-Lie et al., 2017). Finalmente, dedican más tiempo a la práctica deliberada, es decir, se involucran de manera consciente y sistemática en el desarrollo de habilidades clínicas y en el análisis riguroso de casos específicos (Chow et al., 2015), entre otras características.

Para concluir la exposición del debate sobre la expertise psicoterapéutica, resulta relevante abordar un elemento que no ha sido tratado en las investigaciones previas: la posibilidad de que la expertise no sea un fenómeno individual, sino colectivo. En otras palabras, la expertise psicoterapéutica podría entenderse como un fenómeno emergente, producto de la interacción entre los sujetos involucrados en la tarea y el contexto en el que esta se desarrolla. Esta perspectiva ha sido denominada expertise horizontal, interactiva, participativa o creativa (Laitila, 2004) y se caracteriza por describir el desempeño superior de equipos colaborativos, como sucede en contextos médicos o deportivos, donde el resultado final no depende únicamente del rendimiento de un solo individuo, sino del trabajo conjunto (Araujo et al., 2015; Engeström, 2018).

Dentro del ámbito de la psicoterapia, destacan como exponentes de esta perspectiva las propuestas de Laitila (2004, 2009) y Betan y Binder (2010). Según Laitila, la expertise psicoterapéutica constituye un fenómeno emergente, producto de la colaboración entre terapeuta y paciente, sin que sea posible atribuir mayor pericia a una de las partes sobre la otra. Por su parte, Betan y Binder (2010) argumentan que la tarea psicoterapéutica es poco estructurada y difícilmente predecible, lo que exige del terapeuta una constante adaptación a las contingencias y al contexto. Esta visión contrasta

con la noción de expertise rutinaria y vertical defendida por otros enfoques. Asimismo, dentro de este grupo se incluyen aquellas investigaciones que, si bien no abordan directamente el estudio de la expertise, analizan el cambio psicoterapéutico como un fenómeno emergente de la relación entre terapeuta y paciente y del contexto en el que esta ocurre. Ejemplos de ello son los estudios sobre la alianza terapéutica (Kramer et al., 2008) o la regulación emocional interpersonal (Hofmann et al., 2016), donde estos factores explican de manera significativa los resultados psicoterapéuticos. Finalmente, también se incluyen investigaciones que explican el cambio terapéutico a partir del calce de las características entre terapeuta y consultante (p. ej., UKATT Research Team, 2007). Desde esta perspectiva, el efecto de la terapia se comprende como una coordinación dinámica de las características individuales y relacionales de los participantes.

A modo de resumen, se pueden identificar cuatro posturas principales en el debate sobre la expertise psicoterapéutica. En primer lugar, hay autores que niegan su existencia, argumentando que no se ha demostrado empíricamente. En segundo lugar, otros sostienen que la expertise sí existe, pero que enfrentamos serias dificultades conceptuales y metodológicas para estudiarla y comprenderla plenamente. Un tercer grupo asume la expertise como un fenómeno individual y estable, y ha desarrollado métodos que permiten evidenciar características específicas de los terapeutas expertos. Finalmente, un cuarto grupo, sin cuestionar la existencia del concepto, considera que la expertise no es un fenómeno exclusivamente individual, sino que debe analizarse como un proceso emergente en la diada terapeuta-paciente.

Expertise más Allá de Nuestras Fronteras

A excepción de las referencias a las teorías generalistas de expertise relacionadas con la organización cognitiva y los patrones de entrenamiento, el debate en psicología apenas ha explorado cómo otras disciplinas han abordado el problema conceptual y operacional de la expertise. Esta sección tiene como propósito exponer precisamente estas otras definiciones, siguiendo la clasificación propuesta por Helton y Helton (2018), quienes identifican tres paradigmas de expertise: (i) construcción social, (ii) desarrollo progresivo de habilidades, y (iii) rendimiento máximo. Además, se abordarán las discusiones metodológicas que atraviesan el estudio de la expertise en distintas disciplinas

Tres Paradigmas de Expertise

Expertise como Construcción Social

La perspectiva social, o socio-antropológica, plantea que el experto no existe como fenómeno aislado, sino que es la sociedad quien otorga este título al definir un saber valioso y establecer un conjunto de reglas mediante las cuales se comparará a los individuos dentro de un grupo (Boyer, 2008).

El concepto central en esta visión es lo que Boyer (2008) denomina “jurisdicción epistémica”, es decir, el poder de juzgar qué constituye un saber relevante. Una vez definido este saber, se establece una distinción entre los expertos (aquellos que poseen dicho saber) y los no-expertos. Las reglas para determinar quién posee mayor grado de conocimiento son variables y dependen del grupo y la actividad en cuestión (Colliere, 2009; Schilling y Vogel, 2019).

Estas pueden ser informales —como la atribución coloquial de un saber— o altamente reglamentadas, como ocurre en competencias deportivas profesionales.

Quien posea el título de experto/a —o su equivalente— tendrá el poder asociado de producir, transmitir, modificar el saber y normar lo que se debe considerar valioso por la sociedad. A medida que los grupos se complejizan, se establecen sistemas de saber/poder que compiten o se complementan entre sí (Colliere, 2009). Así, se podría tener dos expertos/as en una misma área, con saberes distintos y validados por distintos grupos. También podría imponerse un saber experto por sobre otro, anulando la posibilidad de que ciertas personas del grupo sean denominadas como expertas, lo que se conoce como “violencia epistémica” (Teo, 2008). Sin embargo, el saber experto también puede ser complementario a grupos de menor poder, favoreciendo su desarrollo o resistencia al poder hegemónico (Eyal, 2013).

Expertise como Desarrollo Progresivo de Habilidades

Este enfoque desplaza la atención de las dinámicas sociales hacia el individuo y su proceso de adquisición de habilidades a lo largo del tiempo. La conducta experta se define como el éxito en una tarea, producto del aprendizaje y la experiencia acumulada (Helton, 2008). Esta perspectiva permitiría comprender el fenómeno tanto en animales como en humanos, al evitar caer en relativismo de la perspectiva social y no considerar como requisitos la consciencia o lenguaje (Helton y Helton, 2018). Además, permite comprender el fenómeno como un proceso de desarrollo antes que sólo como un resultado (Helton y Helton, 2018).

En el caso de humanos, se ha señalado que el principal factor de desarrollo de la expertise son las horas de práctica deliberada (Ericsson, 2018a; Ericsson y Pool, 2016). Esto se refiere a un proceso de entrenamiento basado en la brecha de competencias del sujeto junto a aproximaciones sucesivas y retroalimentación directa. La correlación entre la cantidad de horas de este tipo de práctica y el desarrollo de expertise ha sido demostrada tanto en tareas cognitivas aisladas como en actividades profesionales, artísticas y deportivas (Ericsson, 2018a). Mientras que factores genéticos y la inteligencia parecieran no tener relación con el desarrollo de la expertise, excepto como moduladores de la práctica deliberada (Ackerman, 2020; Tucker-Drob, 2018).

Por su parte, Dreyfus y Dreyfus (1986) proponen un modelo de cinco etapas de adquisición de habilidades, al cual llegan luego de observar el desarrollo de profesionales en distintas áreas. Dicha clasificación divide los grados de expertise en: novato/a, aprendiz avanzado/a, competente, proficiente y experto/a. En las primeras fases el sujeto ocupa reglas de manera rudimentaria y consciente mientras que al convertirse en experto/a las reglas se aplican de manera intuitiva y adaptadas a las contingencias. Para Dreyfus y Dreyfus (1986) los expertos/as sólo piensan racional y conscientemente una tarea cuando se enfrentan a una situación nueva que requiere una solución creativa y al mismo tiempo basada en su experiencia.

Collins y Evans (2008), en cambio, proponen una clasificación que parte del saber intuitivo en los no expertos y termina en un proceso racional en los expertos. Los autores agrupan el saber experto en dos grandes niveles: *conocimiento ubicuo* y el *conocimiento especializado*. El primero es ese tipo de saber tácito que se adquiere informalmente o en el quehacer cotidiano dentro de

una sociedad. Este puede clasificarse en tres etapas: i) *conocimiento coloquial* (“*beer-mat knowledge*”), o tener una noción básica sobre un asunto sin una comprensión global del mismo; ii) *conocimiento popular*, o tener una comprensión global del asunto, pero sin la capacidad de una reflexión crítica, y; iii) *conocimiento mediante fuentes primarias de información*, por ejemplo, estudios publicados en revistas especializadas.

El segundo grupo es el de *conocimiento especializado* y se entiende como una progresión de lo anterior. Este se divide en dos: *conocimiento interaccional* y *expertise contributiva*. El *conocimiento interaccional* se caracteriza por incluir el factor cultural en el conocimiento. Es decir, el proceso de convertirse en experto/a no implica sólo conocer los tópicos relevantes de una materia o las reglas de un juego, sino también comprender encarnadamente cómo ese conocimiento se desenvuelve y cobra sentido en y desde el grupo. Finalmente, los autores denominan *conocimiento contributivo* a aquel grado de expertise en que el sujeto crea y colabora con su propio conocimiento o habilidades a su campo disciplinar.

Expertise como Rendimiento Excepcional

El tercer enfoque de la expertise se centra en el rendimiento demostrablemente superior en torno a una tarea (Helton y Helton, 2018). Lo gravitatorio de este enfoque es la comprobación empírica de que se tiene un saber o habilidad excepcional antes que los procesos sociales que permiten la emergencia del fenómeno. Así, desde esta perspectiva se ha intentado delimitar en qué áreas es posible observar empíricamente la expertise y qué características tienen los sistemas expertos/as.

Uno de los estudios pioneros en esta línea fue realizado por De Groot (1946), quien investigó las diferencias en los procesos decisionales entre jugadores de ajedrez expertos y no expertos (Feltovich et al., 2018). A partir de estos hallazgos, investigaciones posteriores han replicado esta metodología en diversas disciplinas, identificando características comunes en los expertos a nivel cognitivo y cerebral (Bilalic, 2017).

Se ha observado que las habilidades de expertos/as están limitadas al dominio específico en el que se han desarrollado, sin que necesariamente influyan en otras áreas (Bilalic, 2017). Por ejemplo, un ajedrecista de élite no necesariamente tendrá una mayor habilidad matemática o lógica. Esto sugiere que la expertise no es equivalente a un factor general de inteligencia, sino que corresponde a una alta especialización, caracterizada por el almacenamiento de grandes montos de información específicos a la tarea almacenados en la memoria de largo plazo (Feltovich et al., 2018). Esta información permite al experto/a reconocer patrones y emplear heurísticos que facilitan la toma de decisiones.

También se ha descubierto que los expertos/as gastan más tiempo en el análisis de la situación, discriminan de mejor manera lo significativo de lo accesorio, analizan la tarea de manera holística y logran una comprensión más profunda del problema (Bilalic, 2017). Además, los expertos/as tienen la capacidad de detectar los elementos faltantes para completar la tarea con éxito, habilidad que se ha denominado como *expertise negativa* (Minsky, 1997).

Junto con su mayor habilidad para evaluar la situación, los/as expertos/as en general tienen una mayor habilidad para evaluar sus propias capacidades, necesidades de aprendizaje y resultados de sus acciones, o las de otros (Feltovich et al., 2018).

Sin embargo, es importante aclarar que la expertise no siempre es un proceso consciente. Estudios recientes han señalado que, en áreas donde predominan habilidades procedimentales, como el deporte, los expertos tienen dificultades para explicar verbalmente los movimientos o decisiones que realizan (Ericsson, 2018b).

Como se puede observar, las distintas aproximaciones a la expertise no son completamente excluyentes entre sí. Se diferencian, principalmente, en su foco de análisis y en las condiciones de producción del conocimiento. Mientras que el enfoque social y el de desarrollo progresivo se concentran en las dinámicas longitudinales de la expertise, el enfoque de rendimiento pone su atención en lo transversal, es decir, en las variables específicas que permiten la emergencia del fenómeno en un momento particular.

Aspectos Metodológicos del Estudio Científico de la Expertise

Independientemente del enfoque teórico adoptado para analizar la expertise, esta siempre supone la existencia de un sujeto que posee un saber o una habilidad superior en comparación con un grupo de referencia. El estudio científico de este fenómeno requiere desarrollar tareas que permitan elicitar la conducta experta, medirla de manera rigurosa y acceder a los procesos subyacentes que la explican. En este sentido, se distinguen cuatro dimensiones clave: los tipos de tareas, los sujetos de estudio, los métodos utilizados para acceder al fenómeno y la delimitación del/os sistema/s a observar.

Tareas

Las tareas en el estudio de la expertise pueden clasificarse en rutinarias y no rutinarias (Bohle y Dailey-Hebert, 2021). Las tareas rutinarias siguen una lógica lineal, donde una serie de pasos llevan a un resultado predecible. Ejemplos comunes incluyen el ajedrez clásico o la programación de software. La expertise en este tipo de tareas se caracteriza por un conocimiento profundo de los procedimientos necesarios para alcanzar los objetivos y por la generación de respuestas convergentes (Bohle y Dailey-Hebert, 2021).

Por el contrario, las tareas no rutinarias son menos estructuradas y presentan una lógica difusa, con resultados menos predecibles. La expertise en este contexto se caracteriza por la adaptabilidad del sujeto ante las contingencias y la capacidad de generar soluciones divergentes (Bohle y Dailey-Hebert, 2021).

Sujetos

Al considerar los sujetos de estudio, es necesario distinguir entre sistemas humanos y no humanos. Si bien la expertise es un fenómeno atribuido por humanos —es decir, no una propiedad natural preexistente, sino una categoría socialmente conferida a partir de lo que un grupo considera valioso (Boyer, 2008)—, ello no implica que solo pueda observarse en humanos. En la práctica científica, la expertise también ha sido atribuida a sistemas no humanos, como animales (Helton y Helton, 2018) o sistemas informáticos (Irfan, 2019). Estos pueden ser estudiados de forma independiente o en comparación con sistemas humanos. Por ejemplo, existen investigaciones que contrastan el desempeño de jugadores humanos expertos con el de programas computacionales avanzados (Lee et al., 2016) o comparan distintos sistemas artificiales entre sí

(Gardner et al., 2020). Esto es particularmente relevante actualmente debido al auge de las inteligencias artificiales y la discusión sobre su uso en psicoterapia ya sea mediante chatbots, aprendizaje de patrones o análisis de datos (p.e. Beg et al., 2025; Iftikhar et al., 2025; Wang et al. 2025).

Asimismo, es relevante determinar si la conducta experta será atribuida a un individuo o a un equipo de sujetos. El primer tipo, también se conoce como expertise vertical, haciendo una analogía con el flujo de información del cerebro a las vías eferentes, mientras que el segundo ha sido llamada también expertise horizontal aludiendo a los procesos relacionales que se dan en equipos expertos/as (Laitila, 2009). Contrario a lo que podría suponerse, los equipos expertos no siempre están compuestos por individuos expertos; de hecho, la evidencia indica que la expertise individual puede ser contraproducente en equipos, ya que estos funcionan como un sistema holístico más que como la suma de habilidades individuales (Engeström, 2018).

Métodos

Los métodos de acceso a la expertise pueden dividirse en métodos en primera o tercera persona y/o por el sistema sobre cuál se pondrá el foco en la investigación.

Dentro de los estudios en primera persona, destaca el método de verbalización de las estrategias de resolución de problemas, utilizado inicialmente por Duncker (1945) y, posteriormente, por De Groot (1946, 1965) para el estudio y comparación de las estrategias de resolución de problemas de ajedrez en jugadores novatos y experimentados. Sin embargo, uno de los problemas asociados al método de verbalización es el hecho de que los/as expertos/as no serían del todo conscientes de sus procesos perceptuales y cognitivos (Dijksterhuis et al., 2009; Guldenpenning et al., 2011).

Por otro lado, los estudios en tercera persona se basan en la evaluación externa de la expertise, ya sea mediante la observación del comportamiento experto o la aplicación de instrumentos de medición específicos. No obstante, uno de los puntos críticos para los estudios en tercera persona es la sensibilidad y especificidad de los instrumentos de medición. Por ejemplo, uno de los métodos criticados para evaluar la expertise de un/a sujeto es su reputación la cual no presenta una correlación positiva con otras formas más precisas de medir la expertise como el rendimiento directo o el entrenamiento deliberado (Chow et al., 2015; Hill et al., 2017; Tracey et al., 2015). Alternativas más robustas incluyen el uso de rúbricas de evaluación (Eells et al., 1998), estudios neurocognitivos mediante el análisis de la mirada (Reingold y Sheridan, 2011) o la medición de la actividad cerebral (Bilalic y Compitelli, 2018). La elección del método dependerá de los objetivos del estudio y del nivel de precisión requerido.

Sistema a Observar

Finalmente, es necesario considerar los sistemas de referencia que explican la conducta experta, los cuales pueden ser biológicos, psíquicos o sociales. Por ejemplo, estudios iniciales como el de De Groot (1946) se centraron en el procesamiento psíquico de la información para comprender la expertise de jugadores de ajedrez. Otras investigaciones han puesto el foco en el sistema biológicos como la interacción entre expertise y genética (Tucker-Drob, 2018)

o expertise y cambios estructurales en el cerebro (Bilalic, 2017). Considerando el foco en lo social,

Desde una perspectiva social, se ha estudiado la expertise en equipos (Engeström, 2018; Laitila, 2009) y su relación con los factores sociohistóricos y culturales que influyen en la definición de un saber experto (Merton, 1968). Ejemplos de ello incluyen los sesgos de género, clase y raza en la posibilidad de acceder al estatus de experto (Azocar y Ferree, 2016; McNeil, 1998).

Expertise Psicoterapéutica con Altura de Miras

El debate sobre la expertise psicoterapéutica, tanto desde una perspectiva interna como externa, revela una gran diversidad de enfoques. A primera vista, parecería que existen tantas definiciones de expertise como investigadores interesados en el fenómeno. Sin embargo, este desafío conceptual no es exclusivo de la expertise psicoterapéutica, sino que es un problema inherente a la psicología en sus diversas áreas (Teo, 2010).

A diferencia de los entes naturales, cuya existencia no depende de la interpretación humana, los fenómenos asociados a la psique son entes humanos (Hacking, 1995) e históricos (Teo y Febraro, 2003). Es decir, su definición y existencia dependen de las interpretaciones y contingencias sociales y culturales en las que surgen. Esta idea es especialmente relevante en el contexto de la expertise, ya que, como indican los estudios socio-antropológicos, toda expertise se construye en función de lo que un grupo social considera valioso en términos de habilidades o saberes (Carr, 2010).

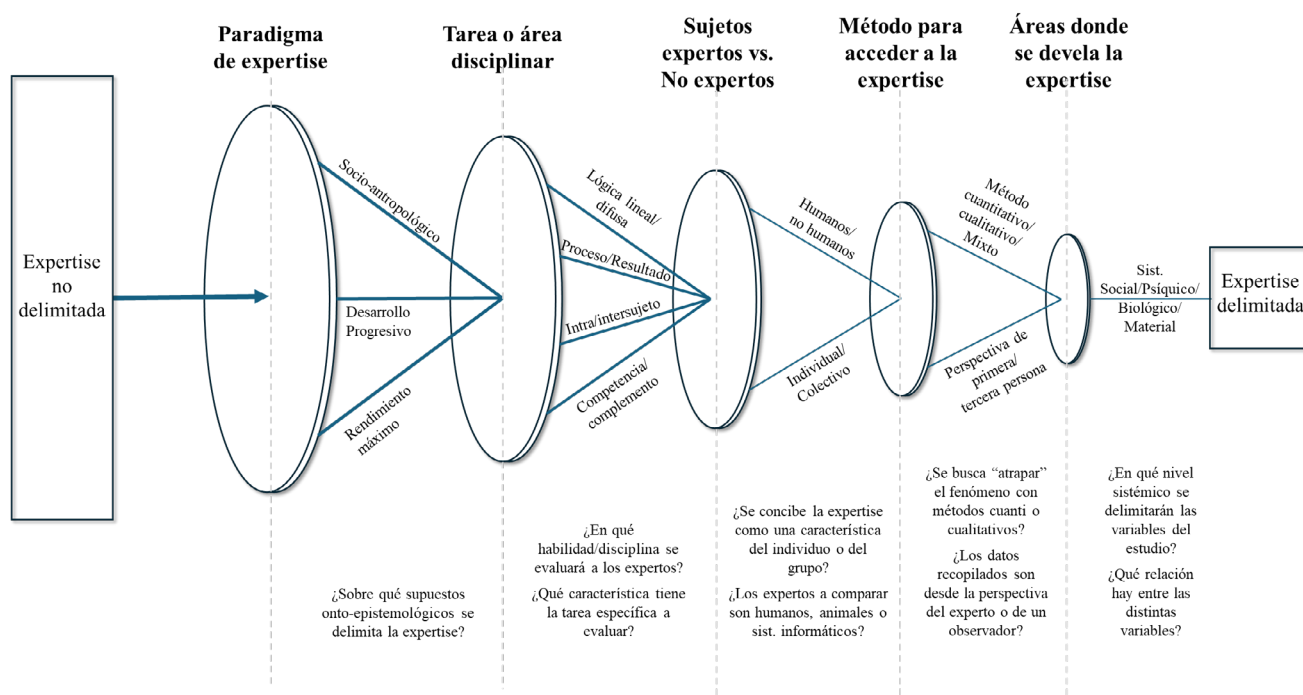
En este sentido, parece infructuoso intentar encontrar una única y “mejor” definición de expertise, como si esta fuera una entidad objetiva e inmutable. Cada definición puede ser cuestionada desde otro paradigma que asigne a la expertise un significado diferente. Como científicos, no podemos aceptar definiciones por mera imposición de autoridad (falacia de apelación a la autoridad) o por la popularidad de una teoría (falacia *ad populum*). Al mismo tiempo, un relativismo absoluto, donde todas las posturas son igualmente válidas, anularía cualquier posibilidad de discusión y contrastación de evidencias.

Una alternativa para abordar este desafío es encontrar un mínimo común denominador que permita tolerar múltiples definiciones y, al mismo tiempo, establezca puentes de diálogo entre ellas. Así surge como propuesta el Modelo de Expertise por Capas que se presenta a continuación.

El modelo surge como una esquematización de la revisión narrativa realizada previamente en este artículo y de las principales categorías de variables que han generado debate en el estudio de la expertise en psicoterapia y en otras áreas. El objetivo inicial del modelo fue poder crear un sistema para poder diseñar, interpretar y discutir resultados concretos de estudios empíricos de expertise dentro de una investigación doctoral ya finalizada (se oculta la referencia para no vulnerar el anonimato de los autores).

El modelo se compone de cinco capas epistémicas (ver Figura 1 y Tabla 1), las cuales están organizadas en función de los elementos que se deben definir para realizar un estudio sobre expertos en cualquier área considerando la revisión expuesta hasta ahora.

Figura 1
Esquema Visual del Modelo de Expertise por Capas



El esquema representa los procesos decisionales que deben tomar los autores de un estudio sobre expertise terapéutica al traducir una noción abstracta de expertise psicoterapéutica en una definición operacional, adecuada al método científico. Las capas se ilustran como lentes atravesados por el fenómeno (flechas), cada una delimitando progresivamente los aspectos observables del mismo. Desde una mirada externa, un evaluador podría emplear las preguntas incluidas como guía para valorar la presencia, la ausencia y la idoneidad de tales delimitaciones conceptuales.

Tabla 1
Modelo de Expertise por Capas: Niveles de Delimitación de un Estudio

Paradigma ontológico ¿Qué es un experto?				
Expertise general				
Antropológico	Desarrollo-progresivo		Rendimiento máximo	
Tarea en cuestión ¿En qué es experto el experto?				
Lógica de análisis				
Tarea rutinaria o de lógica lineal		Tarea no-rutinaria o de lógica difusa		
Tipo de resultado				
Resultado final		Proceso		
Tipo de comparación				
Intrasujeto		Intersujeto		
Tipo de interacción				
Competencia		Complementariedad		
Delimitación del/os sujeto/s ¿Quiénes serán evaluados o definidos como expertos?				
Tipo de sujeto				
Sujetos humanos		Sujetos no humanos		
		Animales	Artificiales	
Cantidad de sujetos expertos				
Individual		Colectivo		
Método de acceso al fenómeno ¿Cómo se estudiará la expertise?				
Observador				
Primera persona		Tercera persona		
Metodología				
Cuantitativa	Mixta		Cualitativa	
Sistema o sub-sistema de operacionalización ¿Cuáles variables serán observadas y reportadas?				
Biológico	Intersección Biológico/ Psíquico	Psíquico	Intersección Píquico/social	Social

La primera capa corresponde a la definición de experto, es decir, a los criterios mediante los cuales se determina quién puede ser considerado como tal - *¿Qué es ser experto?* La segunda se refiere a la delimitación de la habilidad o tarea en la que se evalúa el desempeño experto - *¿En qué es experto el experto?* La tercera alude a la identificación y selección de los sujetos que serán objeto de la evaluación en relación con dicha tarea - *¿Quiénes serán definidos y estudiados como expertos?* La cuarta capa comprende el método o diseño de la prueba de expertise, que especifica cómo se pondrá a prueba el desempeño - *¿Cómo estudiaremos a los*

expertos? Finalmente, la quinta considera el nivel sistémico y las variables de análisis que se incluyen en el estudio particular - *¿Cuáles variables serán observadas y reportadas?*

Este modelo permite clasificar y comparar estudios sobre expertise en psicoterapia, al proporcionar un mapa común que organiza las diversas dimensiones del fenómeno. Además, facilita la identificación de áreas poco exploradas, lo que puede guiar futuras investigaciones.

Por ejemplo, al analizar el debate entre Tracey et al. (2015) y Hill et al. (2017) a través del modelo por capas, se observa que ambos difieren en su paradigma ontológico. Mientras Tracey y colaboradores conciben la expertise como un desarrollo progresivo de habilidades, Hill y su equipo la abordan desde la perspectiva del rendimiento máximo. Además, ninguno de los dos grupos define explícitamente la lógica de la tarea (rutinaria o no rutinaria) ni aclara si consideran la expertise como un resultado final o como un proceso. Ambos coinciden, sin embargo, en delimitar la expertise a sujetos humanos y en concebirla como una variable individual. Por otro lado, ninguno de los enfoques especifica de manera clara el método de acceso al fenómeno ni el nivel sistémico en el que se evaluará la expertise.

Ahora, para ejemplificar la aplicación del modelo a un estudio empírico se puede considerar el trabajo de Eells et al. (2005) sobre expertise en formulación de casos. En términos generales el estudio se posiciona desde el paradigma de rendimiento máximo y delimita teóricamente la expertise con base en los hallazgos neurocientíficos sobre rendimiento cognitivo superior. Sin embargo, al momento de delimitar su muestra adopta un paradigma socio-antropológico al definir a los expertos por características que son valiosas dentro del ámbito profesional tales como realizar investigación o docencia en formulación de casos, así como ser reconocido públicamente como un experto. En segundo lugar, la tarea en que se evaluó la expertise es en formulación de casos, pero en contexto artificial. Es decir, se recrea la tarea bajo condiciones que no necesariamente se dan en la práctica cotidiana de un terapeuta. Cada participante debe leer una viñeta clínica en dos minutos, luego analizar el caso en voz alta por cinco minutos y, finalmente, indicar un plan de tratamiento en dos minutos. El análisis e indicación de tratamiento se realiza en forma libre, es decir, el participante no sabe qué se espera que responda, por lo cual podemos intuir una tarea de lógica difusa con foco en el resultado. En cuanto a la delimitación de los sujetos se observa un estudio de comparación entre sujetos humanos y de forma individual. En cuarto lugar, se observa una metodología mixta que incluye, en lo cuantitativo, la medición de frecuencia y clasificación de respuestas específicas, y en lo cualitativo un análisis de contenido mediante la pauta Case Formulation Content Coding Method. En tanto el análisis es realizado por un observador externo mediante la codificación la respuesta, podemos suponer que es un estudio en tercera persona. Finalmente, las variables a observar se encuentran en el sistema psíquico y corresponde al análisis que los sujetos hacen del estímulo observado y su capacidad para verbalizarlo.

Como se observa, la propuesta del modelo por capas no pretende determinar qué definición de expertise es “mejor” o “más correcta”. En cambio, ofrece un marco que permite comparar enfoques, identificar sus fortalezas y limitaciones, y promover la transparencia en la investigación. Declarar explícitamente la concepción de expertise adoptada en un estudio —junto con sus virtudes y limitaciones— contribuiría a un diálogo científico más riguroso y constructivo.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo contribuir al debate acerca de qué significa ser experto en psicoterapia. En primer lugar, se evidenció la amplia diversidad conceptual existente, que va desde la negación de la posibilidad misma de hablar de terapeutas expertos (Shanteau, 1992) hasta los esfuerzos contemporáneos por definir el concepto de manera más precisa (Hill et al., 2017). La literatura muestra un mosaico de aproximaciones que delimitan al terapeuta experto a partir de su efectividad clínica, experiencia, conocimiento teórico y reconocimiento entre pares (Caspar, 2017; Concha et al., 2024). Esta disgregación ha sido considerada un problema central en el área (Hill et al., 2017; Norcross y Karpik, 2017). Sin embargo, el presente trabajo propone que dicha pluralidad puede entenderse, más que como un obstáculo, como una fuente de enriquecimiento si se adopta un enfoque pluralista que valore la adecuación contextual de cada definición.

Una forma de comprender las distintas definiciones de expertise en psicoterapia es a través de los paradigmas globales de expertise propuestos por Helton y Helton (2018): (a) el paradigma socioantropológico, que la concibe como una construcción social dependiente de los valores de cada contexto; (b) el paradigma del desarrollo progresivo, que la entiende como un proceso de crecimiento continuo hacia la maestría; y (c) el paradigma del rendimiento máximo, que define al experto como quien demuestra de manera consistente un desempeño superior respecto de sus pares. En el ámbito de la psicoterapia, la investigación se ha concentrado predominantemente en el paradigma del rendimiento máximo y, en menor medida, en el del desarrollo progresivo.

Asimismo, puede observarse una amplia variedad de métodos empleados para estudiar la expertise, lo que implica definir el tipo de tarea en que se evalúa a los expertos, la delimitación de los sujetos considerados como tales y las variables específicas de análisis. Este panorama ha sido representado en el Modelo de Expertise por Capas, cuyo propósito es facilitar la identificación, clasificación, diseño y comparación de estudios sobre expertise en psicoterapia.

Desde una perspectiva crítica, cada paradigma de expertise conlleva implicancias específicas para la práctica clínica, la formación de terapeutas y las políticas públicas. En el caso del paradigma del rendimiento máximo, resulta lógico concentrar los esfuerzos en identificar los componentes que caracterizan a los terapeutas altamente efectivos, con el fin de mejorar los resultados terapéuticos y replicar dichas competencias en la formación de nuevos profesionales. Esta lógica subyace a enfoques como la psicoterapia basada en evidencia, la psicoterapia de precisión o los modelos de costo-efectividad, orientados a optimizar resultados y minimizar recursos. No obstante, una adhesión exclusiva a este paradigma puede derivar en una visión tecnocrática de la psicoterapia (Tophoff, 1976), reduciéndola a un bien de mercado (Gimeno-Peón et al., 2018) y relegando dimensiones relacionales, éticas y culturales de gran valor.

Por su parte, el paradigma del desarrollo progresivo presenta implicancias centradas en la formación y la supervisión clínica. Este enfoque asume que la expertise es un proceso dinámico de mejora continua en el que la práctica deliberada, la retroalimentación constante y la reflexión crítica desempeñan un papel esencial (Helton y Helton, 2018). Desde esta perspectiva, la formación de

terapeutas se podría concebir como un itinerario de desarrollo en el que la experiencia y la supervisión permiten la internalización progresiva de habilidades complejas, la autorregulación emocional y la capacidad de juicio clínico. A partir de ello deberíamos pensar en políticas educativas que promueven modelos de entrenamiento escalonados, supervisión reflexiva y evaluación formativa más que sumativa o centrada en la calificación.

En contraste, el paradigma socioantropológico introduce el riesgo del relativismo. Si cada comunidad define autónomamente qué constituye la expertise, ¿cómo garantizar un estándar mínimo de seguridad y evitar prácticas potencialmente dañinas? Las terapias reparativas de la homosexualidad, aún vigentes en algunos contextos culturales bajo la pretensión de saber experto (Valim-Angelo, 2025), ilustran este problema. No obstante, este paradigma también actúa como contrapeso a la hegemonía epistemológica del norte global, permitiendo visibilizar saberes locales y prácticas culturalmente situadas en la formación y la investigación en psicoterapia (Fernández-Álvarez y Paz, 2024). En consonancia con la teoría de los factores comunes (Orlinsky, 2009), las variables contextuales y culturales influyen directamente en los resultados terapéuticos, lo que ha impulsado la incorporación progresiva de la competencia cultural como dimensión esencial en la formación del terapeuta experto (Chu et al., 2022).

En conjunto, esta pluralidad refleja que la expertise es un fenómeno humano situado, moldeado por las interpretaciones de quienes la estudian. En consecuencia, más que buscar una definición única, este trabajo propone el Modelo de Expertise por Capas como una herramienta para mapear y comparar las distintas aproximaciones de manera pluralista, transparente y contextualizada.

Considerar la expertise terapéutica desde un paradigma pluralista conlleva, sin embargo, el riesgo del relativismo y de la incomparabilidad entre las múltiples definiciones de experto. Si cada perspectiva establece sus propios criterios, resulta complejo generar un lenguaje común para evaluar y contrastar los hallazgos. Por ello, es necesario establecer ciertos límites al pluralismo, entendidos como coordenadas que orienten la diversidad sin anularla. En esta reflexión final, se proponen tres elementos clave: la ética, la evidencia científica y la dimensión teleológica.

En primer lugar, consideramos que la ética constituye un límite inamovible respecto de qué se considera como definición válida de psicoterapeuta experto. La pluralidad de concepciones sobre la expertise no puede justificar prácticas que vulneren la dignidad, la autonomía o el bienestar de las personas atendidas. Definir al terapeuta experto implica necesariamente reconocer la responsabilidad inherente al ejercicio profesional. La ética de la expertise psicoterapéutica requiere que los conocimientos y las intervenciones se guíen por el respeto a la diferencia, la sensibilidad cultural y el compromiso con la seguridad del consultante. De este modo, el pluralismo ético no equivale a neutralidad moral, sino a la coexistencia de perspectivas diversas bajo un marco compartido de responsabilidad y cuidado.

En segundo lugar, la evidencia científica establece otro límite fundamental. Dado que la psicoterapia es una práctica científica con repercusiones reales sobre individuos y comunidades, no es posible sostener concepciones de expertise desvinculadas de la evidencia empírica. Esto no implica reducir la noción de evidencia a métodos cuantitativos o mediciones de desempeño, sino mantener una

coherencia entre las afirmaciones teóricas y los datos observables. La expertise terapéutica debe sustentarse, por tanto, en una base empírica verificable que respalde su efectividad, coherencia interna e impacto positivo en los procesos de cambio psicológico, la supervisión, la formación de terapeutas y la salud ocupacional de los profesionales.

Finalmente, la dimensión teleológica constituye un tercer límite, en tanto toda definición de expertise debería estar orientada por un propósito. Ser experto implica ser competente en función de una meta determinada, y dicha meta no se reduce exclusivamente al resultado terapéutico. Existen formas de expertise vinculadas a la docencia, la supervisión o la investigación que contribuyen al desarrollo del campo desde distintas aristas. Limitar la definición de terapeuta experto únicamente a sus resultados clínicos sería reduccionista, pues la expertise en psicoterapia también abarca la capacidad de pensar, enseñar y sostener críticamente la práctica. Así, las formas de demostrar la expertise deben ser válidas en consideración de esa teleología: un terapeuta experto en teoría demostrará su competencia mediante el dominio conceptual y argumentativo, mientras que un terapeuta experto en la práctica clínica evidenciará su maestría en la interacción terapéutica y la efectividad de su trabajo con los consultantes.

Asimismo, es importante reconocer que estas tres coordenadas no buscan imponer homogeneidad conceptual, sino ofrecer un marco orientativo que permita sostener la diversidad sin perder coherencia disciplinar. En este sentido, la ética provee el horizonte de responsabilidad y cuidado; la evidencia científica garantiza el vínculo entre teoría y realidad empírica; y la teleología recuerda que toda definición de expertise está orientada hacia un fin práctico y humano. Este equilibrio entre apertura plural y límites normativos posibilita un diálogo interdisciplinario genuino y promueve una comprensión más madura del rol del terapeuta experto en la sociedad contemporánea.

Financiación

Este trabajo cuenta con el financiamiento de la Asociación Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile, bajo la figura de Beca de Doctorado Nacional y bajo la figura del Programa Iniciativa Científica Milenio / Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad-MIDAP ICS13_005.

Conflicto de Intereses

Declaro no tener conflicto de interés.

Referencias

- Ackerman, P. L. (2020). Intelligence and expertise. In R. J. Sternberg (Ed.), *The Cambridge handbook of intelligence* (pp. 1159–1176). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108770422.049>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., y Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Araujo, D., Silva, P., y Davids, K. (2015). Capturing group tactical behaviors in expert team players. En J. Baker y D. Farrow (Eds.), *Routledge handbook of sport expertise* (pp. 209–220). Routledge.
- Atkins, D. C., y Christensen, A. (2001). Is professional training worth the bother? A review of the impact of psychotherapy training on client outcome. *Australian Psychologist*, 36(2), 122–130. <https://doi.org/10.1080/00050060108259644>
- Azocar, M. J., y Ferree, M. M. (2016). Engendering the sociology of expertise. *Sociology Compass*, 10(12), 1079–1089. <https://doi.org/10.1111/soc4.12438>
- Beg, M., Verma, M., Chathar, V., y Verma, M. (2025). Artificial intelligence for psychotherapy: A review of the current state and future directions. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 47(4), 314–325. <https://doi.org/10.1177/02537176241260819>
- Berman, J. S., y Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98(2), 401–407. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.98.2.401>
- Betan, E., y Binder, J. (2010). Clinical expertise in psychotherapy: how expert therapist use theory in generating case conceptualizations and interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 141–152. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9138-0>
- Bilalic, M. (2017). *The neuroscience of expertise*. Cambridge University Press.
- Bilalic, M., y Campitelli, G. (2018). Studies of the activation and structural changes of the brain associated with expertise. En K.A. Ericsson, R. Hofmann, A. Kozbelt y A. Williams (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp. 233–254). Cambridge University Press.
- Bohle, K., y Dailey-Hebert, A. (2021). Routine expertise, adaptive expertise, and task and environmental influences. En M.-L. Germain y R.S. Grenier (Eds.), *Expertise at work. Current and emerging trends* (pp.39–58). Palgrave Macmillan.
- Boyer, D. (2008). Thinking through the anthropology of experts. *Anthropology in Action*, 15(2), 38–46. <https://doi.org/10.3167/aia.2008.150204>
- Caspar, F. (2017). Professional expertise in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 193–214). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-012>
- Castonguay, L., y Hill, C. (2017). *How and why are some therapists better than others*. American Psychological Association.
- Carr, E. S. (2010). Enactments of expertise. *Annual review of anthropology*, 39(1), 17–32.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., y Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Chu, W., Wippold, G., y Becker, K. D. (2022). A systematic review of cultural competence trainings for mental health providers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(4), 362–371. <https://doi.org/10.1037/pro0000469>
- Colliere, M. F. (2009). *Promover la vida*. McGraw Hill.
- Collins, H., y Evans, R. (2008). *Rethinking expertise*. University of Chicago Press.
- Concha, F. (2021). Desafíos asociados al estudio de psicoterapeutas expertos. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 200–206. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2972>
- Concha, F., Martínez, C., y Díaz, V. (2024). Operational definition of expert therapist in empirical research. *Journal of International Crisis & Risk Communication Research*, 7(S8), 449–472. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14460230>

- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., y Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335511>
- De Groot, A. D. (1946). *Het denken van den schaker*. Noord Hollandsche.
- De Groot, A. D. (1965). *Thought and choice in chess*. Mouton Publishers.
- Dijksterhuis, A., Bos, M. W., Van der Leij, A., y Van Baaren, R. B. (2009). Predicting soccer matches after unconscious and conscious thought as a function of expertise. *Psychological Science*, 20(11), 1381-1387. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02451.x>
- Dreyfus, H. L., y Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Basil Blackwell Ltd.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. American Psychological Association.
- Duncker, K. (1945). On problem-solving (L. S. Lees, Trans.). *Psychological Monographs*, 58(5), i-113. <https://doi.org/10.1037/h0093599>
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M., y Lucas, C. P. (1998). What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2), 144-153.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., y Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 579-589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>
- Engeström, Y. (2018). *Expertise in transition: Expansive learning in medical work*. Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A. (2018a). The differential influence of experience, practice, and deliberate practice on the development of superior individual performance of experts. En K.A. Ericsson, R. Hofmann, A. Kozbelt y A. Williams (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp. 745-769). Cambridge University Press.
- Ericsson, A. (2018b). Capturing expert thought with protocol analysis: Concurrent verbalizations of thinking during experts' performance on representative tasks. En K.A. Ericsson, R. Hofmann, A. Kozbelt y A. Williams (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp.523-578). Cambridge University Press.
- Ericsson, A., y Pool, R. (2016). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. Random House.
- Eyal, G. (2013). For a sociology of expertise: The social origins of the autism epidemic. *American Journal of Sociology*, 118(4), 863-907. <https://doi.org/10.1086/668448>
- Feltovich, P., Prietula, M., y Ericsson, K. A. (2018). Studies of expertise from psychological perspectives: Historical foundations and recurrent themes. En K. A. Ericsson, R. Hofmann, A. Kozbelt y A. Williams (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp. 59-83). Cambridge University Press.
- Fernández-Álvarez, J., y Paz, C. (2024). Iberoamérica como región para la investigación en psicoterapia: ¿por qué y para qué?. *Revista de Psicoterapia*, 35(127), 1-4. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.40008>
- Gardner, R. W., Lowman, C., Richardson, C., Llorens, A. J., Markowitz, J., Drenkow, N., Newman, A., Clark, G., Perotta, G., Perotta, R., Highley, T., Shcherbina, V., Bernadoni, W., Jordan, M., y Asenov, A. (2020). The first international competition in machine reconnaissance blind chess. *Proceedings of Machine Learning Research*, 123, 121-130. <https://proceedings.mlr.press/v123/gardner20a/gardner20a.pdf>
- Gimeno Peón, A., Barrio Nespereira, A., y Álvarez Casariego, M. T. (2018). Psicoterapia: marca registrada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 131-144. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352018000100007>
- Gladwell, M. (2013). *Fuera de serie: por qué unas personas tienen éxito y otras no*. Taurus.
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J., y Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54-65. <https://doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Güldenpenning, I., Koester, D., Kunde, W., Weigelt, M., y Schack, T. (2011). Motor expertise modulates the unconscious processing of human body postures. *Experimental Brain Research*, 213(4), 383-391. <https://doi.org/10.1007/s00221-011-2788-7>
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. In D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351-394). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Hattie, J. A., Sharpley, C. F., y Rogers, H. J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95(3), 534-541. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.534>
- Helton, W. S. (2008). Expertise acquisition as sustained learning in humans and other animals: commonalities across species. *Animal Cognition*, 11(1), 99-107. <https://doi.org/10.1007/s10071-007-0093-4>
- Helton, W. S., y Helton, N. D. (2018). Expertise in other animals: Canines as an example. En K.A. Ericsson, R. Hofmann, A. Kozbelt y A. Williams (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp.49-56). Cambridge University Press.
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan Jr, D. M., y Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7-53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Hofmann, S., Carpenter, J., y Curtiss, J. (2016). Interpersonal emotion regulation questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 341-356. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9756-2>
- Irfan, M. (2019). A review on knowledge-based expert system. *The International Journal of Analytical and Experimental Modal Analysis*, 11(4), 85-88. <https://ijaema.com/index.php/volume-11-issue-4-april-2019-r/#:~:text=DOI%3A18.0002.IJAEMA.2019.V11I4.2083010.2747>
- Ifthikhar, Z., Xiao, A., Ransom, S., Huang, J., y Suresh, H. (2025, October). How LLM counselors violate ethical standards in mental health practice: A practitioner-informed framework. In *Proceedings of the AAAI/ACM Conference on AI, Ethics, and Society* (Vol. 8, No. 2, pp. 1311-1323).
- Johns, R. J., Barkham, M., Kellett, S., y Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., y Despland J. (2008). Patient's and therapist's views of early alliance building in dynamic psychotherapy: Patterns and relation to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 89-95. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.1.89>
- Laitila, A. (2004). *Dimension of expertise in family therapeutic process*. University of Jyväskylä.
- Laitila, A. (2009). The expertise question revisited: Horizontal and vertical expertise. *Contemporary Family Therapy*, 31(4), 239-250. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9098-2>
- Lee, C. S., Wang, M. H., Yen, S. J., Wei, T. H., Wu, I. C., Chou, P. C., Chun-Hsun, C., Ming-Wan, W., y Tai-Hsiung, Y. (2016). Human vs. computer go:

- Review and prospect (discussion forum). *IEEE Computational Intelligence Magazine*, 11(3), 67-72. <https://doi.org/10.1109/mci.2016.2572559>
- Mair, K. (1992). The myth of psychotherapy expertise. En W. Dryden y C. Feltham (Eds.), *Psychotherapy and its discontents* (pp. 135-167). Open University Press.
- McNeil, M. (1998). Gender, expertise and feminism. En R. Williams, W. Faulkner, y J. Fleck (Eds.), *Exploring expertise* (pp. 55-79). Palgrave Macmillan, London.
- Merton, R. (1968). The matthew effect in science. *Science*, 159(3810), 56-63. <https://doi.org/10.1126/science.159.3810.56>
- Miller, S., et al. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., y Chow, D. (2018). The question of expertise in psychotherapy. *Journal of Expertise*, 1(2), 1-9. https://www.journalofexpertise.org/articles/volume1_issue2/JoE_2018_1_2_Miller_Hubble_Chow.html
- Miller, S., Hubble, M., y Duncan, B. (2008). Supershrinks: What is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia*, 14(4), 14-22. <https://doi.org/10.1037/e526322010-003>
- Minsky, M. (1997). Negative expertise. In P. J. Feltovich, K. M. Ford, y R. R. Hoffman (Eds.), *Expertise in context: Human and machine* (pp. 515-521). AAAI Press.
- Nissen-Lie, H., Ronnestad, M., Hoglend, P., Havik, O., Solbakken, O., Stiles, T., y Monsen, J. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C., y Karpik, C. P. (2017). Our best selves: Defining and actualizing expertise in psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 66-75. <https://doi.org/10.1177/0011000016655603>
- Orlinsky, D. E. (2009). The generic model of psychotherapy after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339. <https://doi.org/10.1037/a0017973>
- O'Shaughnessy, T., Du, Y., y Davis III, C. (2017). Reflections on the power to define psychotherapy expertise. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 90-98. <https://doi.org/10.1177/0011000016668414>
- Oddli, H. W., Halvorsen, M. S., & Ronnestad, M. H. (2014). *Expertise demonstrated: What does it mean to be an expert psychotherapist*. Society for the Advancement of Psychotherapy. <http://societyforpsychotherapy.org/expertise-demonstrated>
- Reingold, E. M., y Sheridan, H. (2011). Eye movements and visual expertise in chess and medicine. En S.P. Liversedge, L.D. Gilchrist, y S. Everling (Eds.), *Oxford handbook on eye movements* (pp. 528-550). Oxford University Press.
- Reese, R. J. (2017). The promise and challenge (and reality) of defining therapist expertise. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 76-89. <https://doi.org/10.1177/0011000016657161>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R., Miller, S., y Wampold, B. (2017). *The cycle of excellence*. Wiley-Blackwell.
- Shanteau, J. (1992). Competence in experts: The role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 53, 252-266. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(92\)90064-e](https://doi.org/10.1016/0749-5978(92)90064-e)
- Shanteau, J., y Weiss, D. J. (2014). Individual expertise versus domain expertise. *American Psychologist*, 69(7), 711-712. <https://doi.org/10.1037/a0037874>
- Schilling, L., y Vogel, J. (2019). *Transnational cultures of expertise*. De Gruyter.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., y Lange, J. (2016). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Skovholt, T., y Jennings, L. (2017). *Master therapist: Exploring expertise in therapy and counseling*. Oxford University Press.
- Teo, T. (2008). From speculation to epistemological violence in psychology: A critical-hermeneutic reconstruction. *Theory & Psychology*, 18(1), 47-67. <https://doi.org/10.1177/0959354307086922>
- Teo, T. (2010). Ontology and scientific explanation: Pluralism as an a priori condition of psychology. *New Ideas in Psychology*, 28(2), 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2009.09.017>
- Teo, T., y Febraro, A. R. (2003). Ethnocentrism as a form of intuition in psychology. *Theory & Psychology*, 13(5), 673-694. <https://doi.org/10.1177/09593543030135009>
- Tophoff, M. (1976). Psychotherapy and the paradox of expertise. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 13(4), 316-320. <https://doi.org/10.1037/h0086499>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., y Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Tracey, T., Wampold, B. Goodyear, R. K., y Lichtenberg, J. W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 50(1), 7-13. <https://societyforpsychotherapy.org/improving-expertise-in-psychotherapy/>
- Tucker-Drob, E. (2018). Primer: Theoretical concepts in the genetics of expertise. En D. Hambrick, G. Campitelli y B. Macnamara (Eds.), *The science of expertise* (pp.241-252). Routledge.
- UKATT Research Team. (2007). UK alcohol treatment trial: client-treatment matching effects. *Addiction*, 103, 228-238. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02060.x>
- Valim-Angelo, T. (2025). Healing from the gay cure: The legacy of conversion therapies and recovery strategies in Brazil. *Journal of Homosexuality*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/00918369.2025.2563234>
- Wampold, B., Baldwin, S., Holtforth, M., y Imel, Z. (2017). What characterizes effective therapist? En L. Castonguay y C. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?* (pp.37-54). American Psychological Association.
- Wang, S., Cheng, Y., Song, A., Keedy, S., Berman, M., y Feamster, N. (2025). Can LLMs address mental health questions? A comparison with human therapists. *arXiv preprint arXiv:2509.12102*.

Artículo

Modelo de Actualización y Mantenimiento de la Autoestima: Resultados Preliminares

Antonio Duro Martín 

Práctica privada, Colmenar Viejo, Madrid (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 07/01/2025
Aceptado: 09/11/2025

Palabras clave:

Teoría
Constructo
Antecedentes
Consecuentes
Instrumento
Baja autoestima
Terapia

RESUMEN

Antecedentes y objetivos: este estudio contrasta empíricamente el modelo de actualización y mantenimiento de la autoestima (Duro, 2021a; 2023), que concibe la autoestima como un constructo relacional entre el Yo-modelo y el Yo-percibido. Se comprobaron dos tipos de hipótesis: (i) asociaciones teóricamente coherentes entre los componentes y (ii) capacidad para predecir cada componente a partir de sus antecedentes inmediatos. **Método:** participaron 53 adultos. Se aplicó el Cuestionario de Actualización y Mantenimiento de la Autoestima (CAMA), compuesto por 37 ítems distribuidos en ocho escalas. El instrumento mostró alta consistencia interna ($\alpha = .92$) y validez concurrente significativa con el RSCQ ($r = .84, p < .001$) y la SSES ($r = .78, p < .001$). **Resultados:** se obtuvieron correlaciones moderadas-altas entre componentes contiguos y un promedio del 67 % de varianza explicada por los antecedentes. Solo Yo-modelo no presentó una predicción significativa. **Conclusiones:** los hallazgos respaldan la validez preliminar del modelo y evidencian que la autoestima se actualiza mediante ciclos interconectados y se mantiene a través de la alineación entre el Yo-modelo y el Yo-percibido.

Model for Update and Maintenance of Self-Esteem: Preliminary Results

ABSTRACT

Background and Objectives: This study empirically tested the self-esteem updating and maintenance model (Duro, 2021a; 2023), which conceptualizes self-esteem as a relational construct between the Model-self and the Perceived-self. Two types of hypotheses were tested: (i) theoretically coherent associations between components and (ii) the ability to predict each component from its immediate antecedents. **Method:** Participants were 53 adults. The Self-Esteem Update and Maintenance Questionnaire (CAMA), comprising 37 items across eight scales, was administered. The instrument showed high internal consistency ($\alpha = .92$) and significant concurrent validity with the RSCQ ($r = .84, p < .001$) and the SSES ($r = .78, p < .001$). **Results:** Moderate-to-high correlations were found between adjacent components, and antecedents explained an average of 67 % of the variance. Only Model-self was not significantly predicted. **Conclusions:** Findings support the preliminary validity of the model, indicating that self-esteem is updated through interconnected cycles and maintained through alignment between the Model-self and the Perceived-self.

Keywords:

Theory
Construct
Antecedents
Consequences
Instrument
Low self-esteem
Therapy

Introducción

El modelo de actualización y mantenimiento de la autoestima de **Duro (2021a, 2023)** postula que la autoestima depende de cómo la persona actúe en circunstancias críticas que la ponen a prueba. La manera en cómo la persona resuelva estas situaciones tendrá un efecto inmediato en su autoestima actual y repercutirá en futuras ocasiones de autoestima. Este enfoque abre nuevas posibilidades para desarrollar aplicaciones clínicas en el tratamiento de la baja autoestima (**Duro, 2022**).

Como campo de estudio, la autoestima destaca tanto por la proliferación de teorías (Maxwell y Bachkirova, 2010) como por el amplio alcance de su análisis empírico. Diversos metaanálisis han examinado la autoestima en relación con múltiples aspectos: las relaciones sociales (Harris y Orth, 2020), la orientación sexual (Bridge et al., 2019), el tratamiento de pacientes anoréxicos (Kästner et al., 2019), las diferencias de género (Zuckerman et al., 2016) y la identidad de estatus (Ryeng et al., 2013). Otros estudios han explorado su desarrollo a lo largo del ciclo vital (Orth et al., 2018) y sus cambios desde la infancia (Huang, 2010). Recientemente, se ha realizado un metaanálisis de estudios longitudinales sobre la autoestima, contrastando sus modelos ascendente y descendente (Dapp et al., 2023). Además, se ha investigado su papel amortiguador en el *bullying* (Boulton y Macaulay, 2023), su relevancia en tratamientos para la depresión mayor (Moloud et al., 2022) y su relación con el consumo de tabaco y alcohol (Szinay et al., 2019). En esencia, la autoestima es relevante por su carácter universal, abarcando a todas las personas sin excepción.

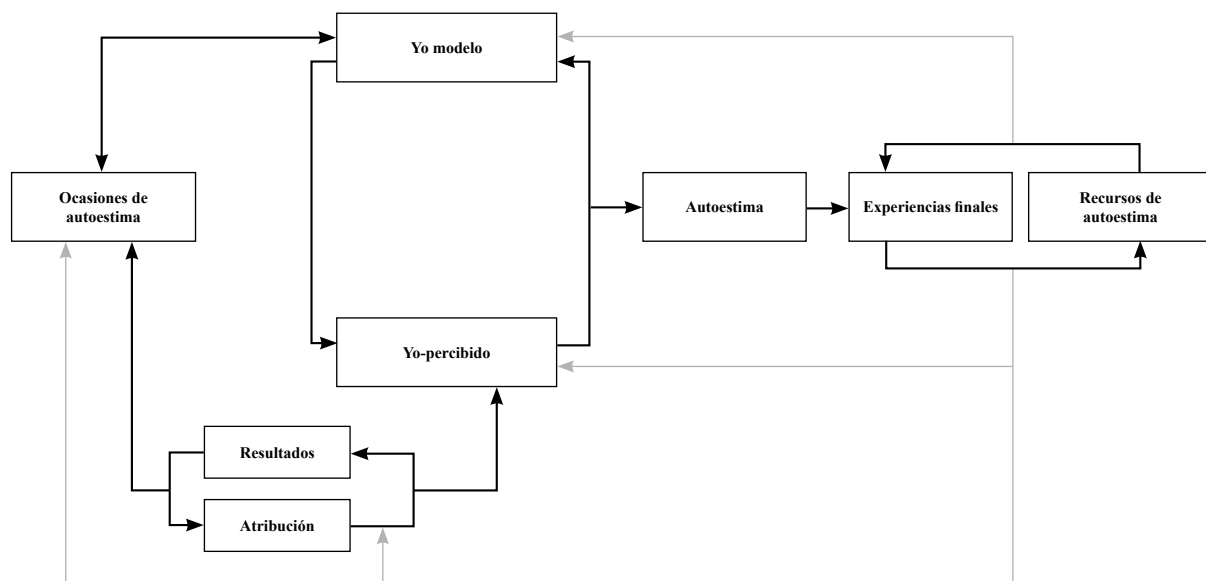
A su vez, la baja autoestima está relacionada con diversas psicopatologías, afectando a todos los segmentos de edad en la población: niños (Wanders et al., 2008), adolescentes (Taylor y Montgomery, 2007) y adultos (Steiger et al., 2015). Presenta

comorbilidad con el trastorno dismórfico (Kuck et al., 2021), los trastornos de la conducta alimentaria (Chang 2020; Shiina et al., 2005), cuadros de depresión (Steiger et al., 2015) y ansiedad (Pyszczyński et al., 2004), trastornos de personalidad (Jacob et al., 2010) e incluso algunas psicosis (Hall y Tarrier, 2003). Razón por la que se han multiplicado igualmente diferentes propuestas para su tratamiento desde variados enfoques teóricos (Duro, 2021b, 2021c).

El modelo que nos ocupa (Duro, 2021c) comprende seis componentes principales: ocasiones de autoestima, Yo-modelo, Yo-percibido, autoestima, experiencias finales y recursos de autoestima, y otro par de componentes relativos a cómo se solventen las ocasiones de autoestima, resultados y atribución (véase Figura 1). Sus postulados básicos afirman que: (i) la autoestima resulta de la comparación entre las representaciones del Yo-modelo y del Yo-percibido, de modo que a mayor semejanza entre ambas, aquella se elevará, y a mayor desemejanza, se reducirá; y (ii) justo esta diferencia entre el Yo-modelo y el Yo-percibido se irá actualizando en cada ciclo de autoestima individual y manteniéndose en el tiempo a través del conjunto de sucesivos ciclos.

Cada ciclo de autoestima, considerado por separado, comprende estas fases sucesivas, claramente diferenciadas: (i) a la persona se le presentan ciertas situaciones de cuya resolución depende su autoestima, son sus particulares ocasiones de autoestima, (ii) en tales ocasiones se activan en su mente dos representaciones: la del yo que funciona como criterio para que la persona se evalúe a sí misma, su Yo-modelo, y la del yo que refleja cómo la persona se conceptúa de hecho a sí misma, su Yo-percibido, (iii) durante cada ocasión de autoestima la mente compara automáticamente ambas representaciones del yo, generándose su Yoes-divergencia, y (iv) según sea el valor resultante de tal comparación, así será la autoestima, de conformidad con el primer supuesto del modelo, y, a raíz de lo anterior, (iv) la autoestima resultante producirá un

Figura 1
Modelo de Actualización y Mantenimiento de la Autoestima: Ciclo de Autoestima en Curso. Componentes del Modelo Teórico



Notas. Líneas gruesas: secuencia de efectos intraciclo. Líneas delgadas: efectos interciclos.

conjunto de consecuencias positivas o negativas a la persona, las experiencias finales. Estas experiencias se articulan con los recursos que la persona tiene para mantener o recuperar su autoestima, sus recursos de autoestima, influyendo en cómo afrontará los próximos ciclos de autoestima. Un ejemplo práctico de la secuencia del modelo sería el siguiente: una mujer se dispone a desayunar (una ocasión de autoestima para ella), evoca cómo le gustaría que fuese su aspecto físico (Yo-modelo) y se percata de que tiene unos kilos de más (Yo-percibido). Tal discrepancia entre su Yo-modelo y su Yo-percibido (Yoes-divergencia) la hace sentirse mal consigo misma (autoestima), entrándole tristeza (experiencias finales). Para mejorar su autoestima, ahorrará dinero para acudir a un buen nutricionista (recursos de autoestima).

El modelo considera que se producen varios efectos recíprocos: (i) del Yo-modelo y del Yo-percibido con las ocasiones de autoestima, (ii) entre ambas representaciones del yo, (iii) entre los resultados y su atribución, y (iv) entre las experiencias finales y los recursos de autoestima.

Debido a la estructura secuencial que siguen los componentes del modelo, cada uno de ellos tiene sus propios antecedentes y consecuentes (véase Figura 1). Estos pueden clasificarse como proximales, mediales o distales, según su proximidad relativa al componente en cuestión. Por ejemplo, para el componente autoestima, Yo-modelo y Yo-percibido serían sus antecedentes proximales, mientras que las interacciones de ambos con ocasiones de autoestima serían sus antecedentes mediales. Por otro lado, experiencias finales serían su consecuente proximal dentro del ciclo de autoestima en curso, mientras que Yo-modelo y Yo-percibido pasarían a ser sus consecuentes mediales en ciclos de autoestima subsiguientes.

Genéricamente, nos encontramos ante un modelo de entradas y salidas (Bunge, 2012), con funciones adaptativas en ciclos consecutivos de autoestima. Más específicamente, considerando que la salida de cada ciclo de autoestima actúa como entrada para los ciclos posteriores, se trata de un modelo recursivo (Abelson y Sussman, 1996; Luenberger, 1979). Además, dado que las salidas de los diferentes ciclos afectan la evolución futura de la autoestima como sistema, podemos calificarlo como un modelo de retroalimentación dinámica (Ogata, 2010; Stermán, 2000). Si los efectos de los ciclos sucesivos de autoestima optimizan o corrigen ciertos desajustes, el modelo cumple las funciones de un sistema autoestabilizador (Bunge, 2012).

El presente estudio, de carácter exploratorio y basado en una muestra de tamaño medio, examina la validez preliminar del modelo propuesto y plantea las siguientes hipótesis:

Hipótesis de tipo A (asociaciones teóricas entre los componentes del modelo):

- H1. Yoes-divergencia se asocia negativamente con resultados, autoestima, experiencias finales y recursos de autoestima.
- H2. Autoestima se asocia positivamente con experiencias finales y recursos de autoestima.
- H3. Ocasiones de autoestima se asocian negativamente con resultados, atribución y recursos de autoestima.
- H4. Resultados se asocian positivamente con atribución.

Hipótesis de tipo B (predicción de cada componente a partir de sus antecedentes teóricos):

- H5. La interacción entre experiencias finales y recursos de autoestima predice negativamente ocasiones de autoestima.

- H6. Esa misma interacción predice positivamente Yo-modelo.
- H7. Ocasiones de autoestima predice negativamente resultados, mientras que la interacción entre experiencias finales y recursos de autoestima los predice positivamente.
- H8. Resultados predicen positivamente atribución.
- H9. La interacción resultados $\times$ atribución, así como la interacción experiencias finales $\times$ recursos de autoestima, predicen positivamente Yo-percibido.
- H10. Yo-percibido y la interacción resultados $\times$ atribución predicen positivamente autoestima.
- H11. Autoestima y recursos de autoestima predicen positivamente experiencias finales.
- H12. Las interacciones Yo-modelo $\times$ ocasiones de autoestima y Yo-percibido $\times$ ocasiones de autoestima predicen significativamente Yoes-divergencia con diferente signo, y la interacción resultados $\times$ atribución lo predicen negativamente.
- H13. Yoes-divergencia predice negativamente autoestima.
- H14. Yoes-divergencia predice negativamente experiencias finales.

Obtener resultados preliminares es fundamental en las tapas iniciales de la investigación científica, ya que permite la realización de fases sucesivas (Behrens, 1997; Tukey, 1977).

Método

Participantes

Participaron 53 personas (32 mujeres, 60,38 %, y 21 hombres, 39,62 %), con una edad media de 36,23 años ($DT = 14,09$; rango = 18-64 años). Los participantes fueron reclutados de la red social y profesional del autor. Se invitó a 60 personas a participar en el estudio, accediendo el 88 % de ellas. Todos los participantes fueron informados sobre la política de privacidad y aceptaron que sus respuestas fueran tratadas de forma anónima.

Instrumento

Cuestionario de Actualización y Mantenimiento de la Autoestima (CAMA)

Este cuestionario fue diseñado para evaluar los componentes del modelo teórico y se utilizó como instrumento para comprobar las hipótesis del estudio. Se emplearon sus ocho escalas principales, con un total de 37 ítems tras el proceso de depuración psicométrica. Cada escala mide un componente teórico distinto del modelo: ocasiones de autoestima (5 ítems), Yo-modelo (5 ítems), Yo-percibido (4 ítems), resultados (3 ítems), atribución (2 ítems), autoestima (5 ítems), experiencias finales (9 ítems) y recursos de autoestima (4 ítems).

Los ítems se responden mediante una escala Likert de 7 puntos de frecuencia, donde 1 = nunca y 7 = siempre.

En el [Tabla 1](#) se muestra la estructura teórica de los ítems del CAMA y en el [Tabla 2](#), la relación completa de sus ítems ($n = 43$). Las puntuaciones de las escalas del estudio se calcularon alineando previamente los ítems en función del polo positivo de cada constructo, excepto en la escala ocasiones de autoestima, donde se utilizó la suma directa de sus ítems sin inversión previa, ya que esta opción mejoraba la fiabilidad interna y su consistencia con el resto de las escalas.

Descripción del Proceso de Elaboración del Instrumento

De acuerdo con las directrices metodológicas para la construcción de instrumentos propuestas por [Muñiz y Fonseca-Pedrero \(2019\)](#), el desarrollo del CAMA se llevó a cabo mediante un proceso secuencial, estructurado en varias fases:

1. Primer borrador. Se definieron operativamente las ocho escalas del modelo, especificando los indicadores necesarios para la redacción de los ítems (véase [Tabla 1](#)).

Tabla 1
Estructura Teórica de los Ítems del CAMA

Escalas	Cantidad	Ítems		
		Indicador	Número ¹	Sentido ²
Segmentación ³	4	Buena autoestima	3	+
		Ignorancia autoestima	11	-
		Buen autoconcepto	4	+
		Ignorancia autoconcepto	38	-
Yo-modelo	6	Percatación	17	+
		Perfeccionismo ⁴	37	-
		Directriz de conducta	32	+
		Directriz de estrategia	35	-
		Suministro de claves	28	+
		Directriz de objetivos	26	+
Ocasiones de autoestima	5	Ocurrencia	5	+
		Elevación demandas	24	+
		Requerimiento	15	+
		conductas	39	-
		Ámbito de ocasiones Barreras	31	-
Yo-percibido	4	Autoconfianza	8	+
		Autodesconfianza	12	-
		Yo-percibido inicial	19	+
		Yo-percibido final	36	-
Resultados	3	Incumplimiento	14	-
		objetivos	6	+
		Éxito en objetivos	29	+
Atribución	3	Consecución objetivos		
		Autoatribución éxitos	7	+
		Atribución fracasos ⁴	16	+
Autoestima	5	Autoatribución fracasos	27	-
		Inestabilidad	2	-
		Comienzo	30	+
		Brevedad	22	-
		Intensidad	43	+
Experiencias finales	9	Reiteración	9	+
		Rumiación	33	-
		Evitación cognitiva	10	-
		Afrontamiento	41	+
		Inhibición	20	-
		Retirada social	23	+
		Consumos	40	+
		Tristeza y apatía	34	-
		Ansiedad anticipatoria	13	-
Recursos de autoestima	4	Autoeficacia	1	+
		Conocimiento	18	+
		Ausencia	21	-
		Desperdicio	25	-
		Utilización	42	+

Notas. ¹ Número asignado a cada ítem tras aleatorizar su orden de presentación en el CAMA.

² Sentido del ítem con respecto a los postulados del modelo teórico. ³ Escala auxiliar para segmentar la muestra de participantes, no utilizada en este estudio.

Para cada escala, se estableció el número de ítems, su valencia (directos o inversos) y el tipo de oración (afirmativa o negativa). La disposición final se organizó mediante doble aleatorización: primero según las escalas y luego por tipo y valencia de los ítems.

2. Segundo borrador. Se realizó un estudio piloto cualitativo en formato papel con una muestra de 16 participantes de la población objetivo. Sus evaluaciones del contenido y sugerencias permitieron realizar mejoras mediante ajustes léxicos y gramaticales. Por ejemplo, en el ítem 34 se reemplazó el término “apático” por “triste y sin fuerzas para...”.
3. Tercer borrador. Dos especialistas en psicología clínica y evaluación psicométrica revisaron ahora el segundo borrador en un nuevo estudio piloto cualitativo, en formato papel. Sus observaciones permitieron perfeccionar la precisión conceptual y la claridad lingüística del segundo borrador. Por ejemplo, en el ítem 43 se simplificó la expresión “elevada autoestima” por “autoestima”.
4. Cuarto borrador. Se efectuó un último estudio piloto combinado (cuantitativo y cualitativo) en formato telemático, con una muestra de 17 participantes representativos de la población objetivo. Se evaluaron varios aspectos del cuestionario utilizando una escala Likert de 0 a 10 puntos: adecuación del contenido (76,5 % de respuesta positiva), comprensibilidad (64,7 %), extensión de los ítems (62,6 %), claridad de la escala de respuesta (93,9 %), adecuación del tiempo estimado < 15 minutos (84,2 %) y tiempo real de aplicación < 15 minutos (73,7 %). Estos criterios han sido empleados previamente en estudios de validación de instrumentos psicológicos ([Ehrenbrusthoff et al., 2018](#)). A partir de estos resultados y de las nuevas observaciones recibidas, se acortaron los ítems más extensos, se clarificaron formulaciones ambiguas y se ajustaron algunos ítems inversos con estructura negativa para mejorar la comprensión del instrumento y llegar a su versión final.

Análisis Preliminar de la Consistencia Interna del Instrumento

La consistencia interna del CAMA fue evaluada mediante los coeficientes α de Cronbach, tanto para el CAMA total como para cada una de sus ocho escalas. Los resultados se presentan en la [Tabla 3](#). El valor global de fiabilidad final para el CAMA (37 ítems) fue $\alpha = 0,92$, lo que indica una consistencia interna excelente ([DeVellis, 2016](#); [George y Mallery, 2016](#); [Nunnally y Bernstein, 1994](#)). Las escalas individuales mostraron coeficientes finales que oscilaron entre $\alpha = 0,62$ y $\alpha = 0,82$, con una media de $\alpha = 0,74$, lo cual resulta aceptable para instrumentos en fase preliminar.

Previamente, y con el fin de mejorar la consistencia interna de dos escalas específicas (Yo-modelo y resultados), se realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) mediante el método de componentes principales sin rotación (véase [Tabla 4](#)). Los resultados revelaron cargas factoriales débiles o inconsistentes en los ítems 37 (Yo-modelo) y 16 (resultados). En consecuencia, ambos ítems fueron eliminados. Esta depuración permitió que la fiabilidad de Yo-modelo alcanzara $\alpha = 0,72$ y la de resultados, un $\alpha = 0,62$. Por otro lado, si se hubiese optado por descartar el ítem 35, el valor alfa habría descendido hasta 0,50.

Tabla 2

Relación Completa de los Ítems del CAMA

1. Superaré sin incidentes las futuras ocasiones que puedan comprometer mi autoestima.
2. Cualquier cosa puede perturbar mi autoestima.
3. En general, me tengo mucha estima y aprecio a mí mismo/a¹.
4. Tengo un favorable autoconcepto o idea de mí mismo/a¹.
5. Se me presentan situaciones que ponen en juego mi autoestima.
6. Mis ocasiones de autoestima se resuelven bien porque en ellas consigo mis objetivos personales.
7. Si mis ocasiones de autoestima han finalizado bien, me atribuyo el éxito a mí mismo/a.
8. Por mis éxitos en ocasiones de autoestima precedentes me percibo a mí mismo/a con confianza ante nuevos retos.
9. Cada día experimento reiterados momentos de autoestima.
10. Evito pensar o recordar aquellos incidentes en donde mi autoestima resultó herida.
11. Desconozco con exactitud cuál es la autoestima y aprecio que me tengo de mí mismo/a¹.
12. Por mis fracasos en ocasiones de autoestima precedentes me percibo incapaz de afrontar bien nuevos desafíos.
13. Me angustia la posibilidad de experimentar nuevos incidentes de baja autoestima.
14. No logro mis objetivos personales en aquellas ocasiones que implican mi autoestima.
15. Atravieso por situaciones que requieren que dé en ellas una respuesta efectiva para preservar mi autoestima.
16. Si mis ocasiones de autoestima han finalizado mal, atribuyo el fracaso a factores externos².
17. Ante ocasiones de autoestima, tengo presente mi idea de cómo me gustaría o debería ser.
18. He sabido e identificado qué medios debería emplear para mantener o recuperar mi autoestima.
19. Al entrar en nuevas ocasiones de autoestima me percibo capaz de estar a la altura de cómo me gustaría o debería ser.
20. Me quedo cortado/a durante los incidentes que vulneran mi autoestima.
21. He carecido de los medios que me hicieron falta para mantener o restablecer la autoestima.
22. Mi autoestima me dura muy poco.
23. Afrontaré sin incidentes las futuras interacciones sociales que puedan amenazar mi autoestima.
24. Hay situaciones que me plantean demandas que debo satisfacer ineludiblemente para proteger mi autoestima.
25. He desaprovechado los medios que tuve a mi alcance para mantener o recobrar mi autoestima.
26. Mi idea de cómo me gustaría o debería ser me indica cómo lograr mis objetivos en cada ocasión de autoestima.
27. Si mis ocasiones de autoestima han finalizado mal, me atribuyo este fracaso a mí mismo/a.
28. Mi idea de cómo me gustaría o debería ser me proporciona criterios para evaluar el resultado de mis ocasiones de autoestima.
29. Consigo los objetivos personales que deseaba lograr en mis ocasiones de autoestima.
30. Al levantarme por la mañana me siento con autoestima.
31. Hay situaciones que obstaculizan el que realice allí la conducta más conveniente para mi autoestima.
32. Mi idea de cómo me gustaría o debería ser me sugiere qué conducta sería más conveniente en cada ocasión de autoestima.
33. Le doy muchas vueltas en la cabeza a los incidentes en donde mi autoestima resultó dañada.
34. Estoy triste y sin fuerzas para hacer las cosas a causa de incidentes con mi autoestima.
35. Mi idea de cómo me gustaría o debería ser me pone en duda sobre qué estrategia seguir en cada ocasión de autoestima.
36. Al salir de mis ocasiones de autoestima percibo que he estado por debajo de cómo me gustaría o debería haber sido.
37. Mi idea de cómo me gustaría o debería ser es demasiado perfeccionista y exigente³.
38. Ignoro cuál es exactamente el autoconcepto o idea que tengo de mí mismo/a¹.
39. Hay muchas situaciones que amenazan mi autoestima.
40. Estoy libre de malos hábitos de consumo (comida, alcohol, drogas ...) debido a la ausencia de incidentes de autoestima.
41. Afrontaré sin incidentes las próximas ocasiones en donde se ponga a prueba mi autoestima.
42. Me han servido de mucho los medios que utilicé para mantener o recobrar mi autoestima.
43. Mi autoestima es muy intensa.

Notas. No se utilizan en el presente estudio los siguientes 6 ítems: ¹ Escala de Segmentación: 4 ítems (números 3, 4, 11 y 38) ² Escala Atribución: 1 ítem (número 16). ³ Escala Yo-modelo 1 ítem (número 37).

Tabla 3

Coefficientes α de Cronbach del CAMA y de sus Escalas Antes y Después de la Depuración de Ítems

Total/Escala	Número de ítems	α (final)	α (inicial)
CAMA (total)	37	,92	,91
Ocasiones de autoestima	5	,68	—
Yo-modelo	5	,72	,52
Yo-percibido	4	,79	—
Resultados	3	,82	—
Atribución	2	,62	,59
Autoestima	5	,82	—
Experiencias finales	9	,78	—
Recursos de autoestima	4	,69	—

Notas. Se eliminaron dos ítems tras los análisis factoriales exploratorios: el ítem 37 (Yo-Modelo) y el ítem 16 (Atribución). Los valores de fiabilidad final reflejan la estructura revisada con 37 ítems.

Tabla 4

Análisis Factorial Exploratorio de las Escalas Yo-Modelo y Atribución del CAMA: Matrices de Componentes Principales sin Rotación

		Componente				
Escala		1	2	3	4	5
Yo-modelo	Ítem 17	-,68	-,44	-,16	-,04	,44
	Ítem 37	,37	,53	-,75	-,05	,17
	Ítem 32	-,76	,16	-,23	,14	-,46
	Ítem 35	-,31	,79	,43	-,20	,15
	Ítem 28	-,82	-,10	-,17	-,40	-,11
	Ítem 26	-,80	,26	,02	,37	,20
Atribución	Ítem 7	,75	,43			
	Ítem 16	,62	,21			
	Ítem 27	,84	-,54			

Notas. Se presentan sólo las escalas Yo-modelo y Atribución, ya que fueron objeto de revisión tras los AFE. Se eliminaron los ítems 37 (Yo-modelo) y 16 (Atribución) para mejorar su consistencia interna.

Análisis Preliminar de la Validez del Instrumento

De acuerdo con la clasificación propuesta por Magnusson (1977), se han considerado distintos tipos de validez en esta fase preliminar. En relación con la validez de contenido y de constructo, se procuró que los ítems de cada escala del CAMA constituyeran una muestra representativa del componente teórico que pretenden medir, conforme a los indicadores definidos en la estructura teórica del instrumento (véase Tabla 1).

Para valorar la validez convergente del CAMA, se emplearon dos instrumentos estandarizados y ampliamente utilizados en el ámbito de la psicología de la autoestima:

- **Robson Self-Concept Questionnaire (RSCQ)**. Técnica de autoinforme compuesta por 30 ítems, formulados en sentido directo e inverso, que se responden mediante una escala Likert de 8 puntos (de 0 = “desacuerdo completo” a 7 = “acuerdo completo”). Su fiabilidad se ha cifrado entre $\alpha = 0,80$ y $\alpha = 0,97$ (Ghaderi, 2005; Robson, 1989a, 1989b).

- **State Self-Esteem Scale (SSES)**. Escala desarrollada por Heatherton y Polivy (1991), que evalúa el nivel actual de autoestima a través de 20 ítems distribuidos en tres dimensiones: competencia, habilidades sociales y apariencia física. Se responde mediante una escala Likert de 5 puntos (de 1 = “nada en absoluto” a 5 = “extremadamente”). Su fiabilidad oscila entre $\alpha = 0,85$ y $\alpha = 0,92$ (Heatherton y Polivy, 1991; Lamarche y Murray, 2014).

Los análisis de correlación bivariada entre el CAMA y estos instrumentos arrojaron coeficientes elevados: $r = 0,84$ ($p < ,001$) con el RSCQ, $r = 0,78$ ($p < ,001$) con la puntuación total de la SSES, y $r = 0,73$ ($p < ,001$) en su escala de competencia; $r = 0,67$ ($p < ,001$), en habilidades sociales y $r = 0,70$ ($p < ,001$) en apariencia física. Estas pruebas se utilizaron como criterios externos para evaluar la convergencia del contenido global del CAMA. Los resultados indican, de forma preliminar, una alta validez convergente, al evidenciar una notable consistencia con medidas externas bien consolidadas.

Procedimiento

Se trata de un diseño transversal con el objetivo de explorar las asociaciones entre variables. Los participantes completaron los tres instrumentos de medida en un única sesión.

Análisis de Datos

Los datos se analizaron utilizando PSPP, *software* de análisis estadístico de código abierto, y Statistics Kingdom, una plataforma en línea para pruebas y cálculos estadísticos.

Resultados

Estadísticos Descriptivos

La Tabla 5 presenta los estadísticos descriptivos y los resultados de ajuste a la normalidad correspondientes a las escalas del CAMA y a la variable Yoes-divergencia.

Según la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S) para una muestra, todas las escalas presentan distribuciones compatibles con la normalidad. Resultados similares se obtienen mediante la prueba de Shapiro-Wilk (S-W), con la única excepción de la escala Yo-percibido.

No obstante, los valores de asimetría ($A = ,25$) y curtosis ($C = -1,10$) de esta escala indican una distribución aproximadamente simétrica y cercana a la normalidad (Ghasemi y Zahediasl, 2012; Norman y Streiner, 2014). Aunque la prueba K-S es adecuada para detectar desviaciones relevantes en muestras de tamaño medio (Conover, 1999), diversos autores señalan que la prueba S-W ofrece mayor sensibilidad ante desviaciones sutiles en muestras moderadas (Chakravarti et al., 1967; Razali y Wah, 2011; Royston, 1982, 1995; Yap y Sim, 2011).

En cuanto a la variable Yoes-divergencia (ver Tabla 5), esta se obtuvo mediante la diferencia aritmética entre las puntuaciones de las escalas Yo-modelo (minuyendo) y Yo-percibido (sustraendo). El uso de este tipo de medidas diferenciales está ampliamente documentado en la investigación psicológica, especialmente en el análisis de discrepancias y disonancias (Eagly y Wood, 2012; Locke, 1969).

Tabla 5*Estadísticos Descriptivos y Ajuste a la Normalidad de las Escalas del CAMA*

Escalas/Variables	M	DT	Min.	Máx.	K-S Z	P (K-S)	S-W W	P (S-W)
Ocasiones de autoestima	18,42	3,83	11	29	,86	,446	,97	,163
Yo-modelo	22,38	4,68	13	34	,52	,948	,98	,457
Yo-percibido	17,26	4,68	9	25	1,15	,126	,93	,006**
Resultados	13,25	3,73	6	21	,78	,574	,97	,233
Atribución	7,45	2,37	3	13	,88	,422	,97	,224
Autoestima	20,34	5,45	8	30	,51	,959	,98	,384
Experiencias finales	38,66	8,97	23	58	,63	,824	,96	,115
Recursos de autoestima	17,17	4,33	8	26	,64	,806	,98	,552
Yoes-divergencia (variable) ¹	5,11	5,14	-12	16	,85	,460	,96	,089

Notas. K-S: prueba de Kolmogórov-Smirnov (bilateral). S-W: prueba de Shapiro-Wilk. Yoes-divergencia: variable calculada como la diferencia entre Yo-modelo y Yo-percibido¹.

* $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Tabla 6*Coefficientes de Correlación Bivariada Entre las Escalas del CAMA y la Variable Yoes-Divergencia*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Ocasiones de autoestima	1,000								
2. Yo-modelo	-,114	1,000							
3. Yo-percibido	-,542***	,398**	1,000						
4. Resultados	-,549***	,381**	,813***	1,000					
5. Atribución	-,435**	,226	,632***	,578***	1,000				
6. Autoestima	-,659***	,408**	,827***	,836***	,692***	1,000			
7. Experiencias finales	-,618***	,259+	,828***	,861***	,586***	,846***	1,000		
8. Recursos de autoestima	-,664***	,331*	,788***	,785***	,610***	,773***	,825***	1,000	
9. Yoes-divergencia	,390**	,549***	-,549***	-,393**	-,370**	-,382**	-,519***	-,417**	1,000

Notas. Correlaciones bivariadas de Pearson. + $p < ,10$. * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

Relaciones Vivariadas Entre las Escalas del Modelo

Se llevó a cabo un análisis de correlaciones bivariadas entre las escalas del CAMA y la variable Yoes-divergencia (véase [Tabla 6](#)). En línea con las hipótesis del modelo, Yoes-divergencia se asoció negativamente con resultados, autoestima, experiencias finales y recursos de autoestima. Autoestima mostró correlaciones positivas con experiencias finales y recursos de autoestima. Ocasiones de autoestima presentó asociaciones negativas con resultados, atribución y recursos de autoestima. Por su parte, resultados se correlacionó positivamente con atribución. Estas relaciones reflejan conexiones coherentes entre componentes del modelo teórico. Los coeficientes de correlación obtenidos fueron de magnitud moderada a alta, según los criterios de [Cohen \(1977\)](#), con la excepción de la relación entre recursos de autoestima y Yo-modelo, que fue baja. Además, aunque Yo-modelo no mostró correlaciones significativas con ocasiones de autoestima ni con experiencias finales, en este último caso la asociación se aproximó a la significación ($p < ,10$).

Análisis de Regresión Lineal Múltiple Jerárquica (RMJ)

Para los análisis de regresión lineal múltiple jerárquica (RMJ), se empleó un procedimiento estructurado en dos modelos: el Modelo 1,

que incluye los antecedentes proximales de la variable dependiente (VD), y el Modelo 2, que incorpora sus antecedentes mediales y/o distales. Este enfoque permite evaluar la fuerza y dirección de la relación entre la VD y sus predictores inmediatos, y verificar si dicha relación persiste al añadir predictores más alejados dentro de la secuencia teórica.

- Se realizaron dos series complementarias de análisis:
- Una primera utilizando únicamente las escalas del CAMA. Una segunda que añade la variable Yoes-divergencia, dada su relevancia teórica como posible mediadora.
- Debido a que algunas correlaciones entre predictores fueron elevadas, se examinó la presencia de colinealidad mediante los factores de inflación de la varianza (VIF). Las decisiones metodológicas se guiaron por la relevancia teórica de las interacciones y por los siguientes criterios técnicos:
- Se excluyeron los términos principales de las interacciones experiencias finales $\times$ recursos de autoestima y resultados $\times$ atribución, conservando únicamente la interacción, dado que sus VIF fueron superiores a 12,50, lo que indica colinealidad severa.

Se mantuvieron tanto los términos principales como la interacción Yo-modelo $\times$ Yo-percibido, ya que sus VIF fueron inferiores a 2,5, lo que descarta problemas de colinealidad, y porque esta interacción posee un interés teórico central.

Este enfoque sigue las recomendaciones de Cronbach y Snow (1977) y Aiken y West (1991), quienes proponen incluir únicamente la interacción cuando su valor teórico es superior al de sus componentes individuales. Asimismo, se consideraron los umbrales propuestos por James et al. (2013) ($VIF > 5$ como indicativo de riesgo) y por O'Brien (2007) ($VIF > 10$ como claramente problemático), así como las directrices de Kutner et al. (2004) y Montgomery et al. (2012).

Relación de Ocasiones de Autoestima y Yo-Modelo con sus Antecedentes

Según el modelo teórico (véase Figura 1), el componente ocasiones de autoestima inicia el ciclo individual de autoestima, por lo que no cuenta con antecedentes internos dentro del mismo ciclo, aunque sí puede verse influido por componentes de ciclos anteriores.

Se realizaron dos RMJ (véase Tabla 7). En el primer análisis, los Modelos 1 y 2 muestran que el término de interacción experiencias finales $\times$ recursos de autoestima predice negativamente ocasiones de autoestima, con significación estadística. En el Modelo 2, autoestima presenta también una pendiente negativa, aunque con significación marginal ($p < ,10$). Este modelo explica un 48 % de la varianza total, siendo la interacción el predictor con mayor peso.

En el segundo análisis, ninguno de los modelos (3 y 4) muestra una relación significativa entre ocasiones de autoestima y Yo-modelo. No obstante, el Modelo 4 indica que la interacción experiencias finales $\times$ recursos de autoestima predice significativamente Yo-modelo, con una relación positiva.

Relación de Resultados, Atribución y Yo-Percibido con sus Antecedentes

El ciclo teórico continúa con los componentes resultados, atribución y Yo-percibido. Para analizar esta relación, se realizaron tres RMJ (véase Tabla 8).

En el primer análisis, los Modelos 1 y 2 respaldan la hipótesis de que resultados puede explicarse desde dos fuentes distintas. El Modelo 1 muestra una asociación negativa significativa con ocasiones de autoestima. Sin embargo, al introducir la interacción experiencias finales $\times$ recursos de autoestima en el Modelo 2, este predictor asume la única relación significativa. Este segundo modelo explica el 70 % de la varianza de resultados.

En el segundo análisis, los Modelos 3 y 4 confirman una asociación positiva entre resultados y resultados. Aunque la inclusión de ocasiones de autoestima en el Modelo 4 no mejora significativamente la capacidad predictiva, se observa un ligero incremento en la varianza explicada (35 %).

En el tercer análisis, los Modelos 5 y 6 muestran que Yo-percibido se asocia positivamente con la interacción resultados $\times$ atribución; además, en el Modelo 6 también lo hace con la interacción experiencias finales $\times$ recursos de autoestima. Este modelo final explica el 75 % de la varianza de Yo-percibido, siendo la última interacción mencionada el predictor con mayor peso explicativo.

Relación de Autoestima y Experiencias Finales con sus Antecedentes

Los componentes autoestima y experiencias finales constituyen el cierre del ciclo de autoestima (véase Figura 1). Para analizarlos, se llevaron a cabo dos RMJ, utilizando citados componentes como variables dependientes (véase Tabla 9).

En el primer análisis, el Modelo 1 confirma una asociación significativa entre Yo-percibido y autoestima. Aunque la interacción Yo-modelo $\times$ Yo-percibido no alcanza significación estadística, su pendiente negativa es coherente con lo esperado teóricamente. En el Modelo 2, la asociación positiva de Yo-percibido es sólo marginal, pero se observa una relación significativa con la interacción resultados $\times$ atribución. Este modelo explica un 77 % de la varianza de autoestima.

En el segundo análisis, tanto autoestima como recursos de autoestima muestran asociaciones significativas con experiencias

Tabla 7
Modelos de Regresión Jerárquica Para Ocasiones de Autoestima y Yo-Modelo Como Variables Dependientes

Modelo	R^2	B	Error típico	β	t	p
Variable dependiente: Ocasiones de autoestima						
1 (constante)	,44	23,91	,95	,00	25,27	,000***
EF $\times$ RA		-,01	,00	-,67	-6,39	,000***
2 (constante)	,48	26,44	1,65	,00	16,06	,000***
EF $\times$ RA		,00	,00	-,39	-2,12	,039*
Autoestima		-,24	,13	-,34	-1,86	,069*
Variable dependiente: Yo-modelo						
3 (constante)	,01	24,94	3,20	,00	7,81	,000***
Ocasiones de autoestima		-,14	,17	-,11	-,82	,416
4 (constante)	,10	15,08	5,47	,00	2,76	,008**
Ocasiones de autoestima		,18	,22	,15	,82	,414
EF $\times$ RA		,01	,00	,39	2,18	,034*

Notas. EF $\times$ RA = Experiencias finales $\times$ Recursos de autoestima. ANOVA por modelo: Modelo 1: $F(1, 51) = 40,89, p < ,000$. Modelo 2: $F(2, 50) = 23,15, p < ,000$. Modelo 3: $F(1, 51) = 0,67, p = ,416$. Modelo 4: $F(2, 50) = 2,75, p = ,074$.

* $p < ,10$. * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

Tabla 8*Modelos de Regresión Jerárquica Para Resultados, Atribución y Yo-Percibido Como Variables Dependientes*

Modelo		R^2	B	Error típico	Error típico	t	p
Variable dependiente: Resultados							
1	(constante)	,30	23,08	2,14	,00	10,78	,000***
	Ocasiones de autoestima		-,53	,11	-,55	-4,69	,000***
2	(constante)	,70	6,10	2,50	,00	2,44	,018*
	Ocasiones de autoestima		,02	,10	,02	,18	,860
	EF $\times$ RA		,01	,00	,85	8,22	,000***
Variable dependiente: Atribución							
3	(constante)	,33	2,59	1,00	,00	2,59	,012*
	Resultados		,37	,07	,58	5,06	,000***
4	(constante)	,35	5,28	2,39	,00	2,21	,032*
	Resultados		,31	,09	,49	3,57	,001**
	Ocasiones de autoestima		-,10	,08	-,17	-1,24	,222
Variable dependiente: Yo-percibido							
5	(constante)	,65	14,51	2,82	,00	5,15	,000***
	R $\times$ A		,06	,01	,71	7,22	,000***
	Ocasiones de autoestima		-,19	,12	-,16	-1,62	,112
6	(constante)	,75	7,53	2,92	,00	2,58	,013*
	R $\times$ A		,03	,01	,33	2,65	,011*
	Ocasiones de autoestima		,04	,12	,03	,36	,721
	EF $\times$ RA		,01	,00	,60	4,30	,000***

Notas. EF $\times$ RA = Experiencias finales $\times$ Recursos de autoestima; R $\times$ A = Resultados $\times$ Atribución. ANOVA por modelo: Modelo 1: $F(1, 51) = 22,00, p < ,000$. Modelo 2: $F(2, 50) = 59,14, p < ,000$. Modelo 3: $F(1, 51) = 25,63, p < ,000$. Modelo 4: $F(2, 50) = 13,71, p < ,000$. Modelo 5: $F(2, 50) = 47,29, p < ,000$. Modelo 6: $F(3, 49) = 48,75, p < ,000$.

+ $p < ,10$. * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

Tabla 9*Modelos de Regresión Jerárquica Para Autoestima y Experiencias Finales Como Variables Dependientes*

Modelo		R^2	B	Error típico	β	t	p
Variable dependiente: Autoestima							
1	(constante)	,70	-8,81	8,22	,00	-1,07	,289
	Yo-modelo		,60	,37	,51	1,61	,113
	Yo-percibido		1,50	,44	1,29	3,43	,001**
	YM $\times$ YP		-,03	,02	-,78	-1,37	,177
2	(constante)	,77	-1,17	7,51	,00	-,16	,877
	Yo-modelo		,37	,33	,32	1,11	,271
	Yo-percibido		,81	,43	,69	1,90	,064+
	YM $\times$ YP		-,01	,02	-,41	-,80	,427
	R $\times$ A		,04	,01	,45	3,88	,000***
Variable dependiente: Experiencias finales							
3	(constante)	,79	6,19	2,46	,00	2,51	,015*
	Autoestima		,85	,17	,52	5,04	,000***
	Recursos de autoestima		,88	,21	,43	4,16	,000***
4	(constante)	,82	12,01	10,95	,00	1,10	,278
	Autoestima		,69	,20	,42	3,48	,001**
	Recursos de autoestima		,69	,22	,33	3,06	,004**
	Yo-modelo		-,37	,50	-,19	-,73	,467
	Yo-percibido		,38	,66	,20	,57	,572
	YM $\times$ YP		,01	,03	,11	,25	,807

Notas. YM $\times$ YP = Yo-Modelo $\times$ Yo-percibido. R $\times$ A = Resultados $\times$ Atribución. ANOVA: Modelo 1: $F(3, 49) = 38,74, p < ,000$. Modelo 2: $F(4, 48) = 41,14, p < ,000$. Modelo 3: $F(2, 50) = 93,15, p < ,000$. Modelo 4: $F(5, 47) = 42,40, p < ,000$.

+ $p < ,10$. * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

finales, en los Modelos 3 y 4. Según el modelo teórico, autoestima actúa dentro del mismo ciclo (efecto intracíclico), mientras que recursos de autoestima contribuye al mantenimiento entre ciclos (efecto supracíclico). La inclusión de la interacción entre ambos yoes en estos dos modelos no resulta significativa.

Análisis de la Variable Yoes-Divergencia

La variable Yoes-divergencia constituye un supuesto central del modelo teórico, al reflejar la diferencia entre Yo-modelo y Yo-percibido. Dado que ambos componentes están correlacionados, su diferencia requiere un análisis cuidadoso para evitar colinealidad y redundancia explicativa.

Para ello, se realizaron RMJ, utilizando como predictores únicamente las interacciones entre Yo-modelo $\times$ ocasiones de autoestima y Yo-percibido $\times$ ocasiones de autoestima. Esta elección metodológica se justifica por tres razones: (i) los predictores directos (Yo-modelo y Yo-percibido) forman parte del cálculo de la VD, (ii) las interacciones consideradas constituyen antecedentes mediales plausibles según el modelo teórico (véase Figura 2) y (iii) los términos individuales y sus combinaciones presentaban colinealidad elevada ($VIF > 16$), lo que hacía necesario un enfoque más controlado. Se llevaron a cabo dos series de RMJ: una con las puntuaciones escalares originales y otra utilizando las puntuaciones residuales entre Yo-modelo y Yo-percibido, con el objetivo de reducir su interdependencia y su cercanía estructural con la VD.

Relación de Yoes-Divergencia con sus Antecedentes

Se realizaron dos RMJ consecutivos, tomando como VD la puntuación de Yoes-divergencia. En los Modelos 1 y 2 se emplearon las puntuaciones escalares de Yo-modelo y Yo-percibido en su interacción con ocasiones de autoestima. Ambos modelos respaldan

la hipótesis de una asociación significativa de estas interacciones con la VD: positiva para Yo-modelo $\times$ ocasiones de autoestima y negativa para Yo-percibido $\times$ ocasiones de autoestima.

Ambos Modelos 1 y 2 explican el 93 % de la varianza de Yoes-divergencia prevaleciendo como predictor la primera interacción (véase Tabla 10).

Posteriormente, se repitió el análisis (Modelos 3 y 4) utilizando las puntuaciones residuales entre Yo-modelo y Yo-percibido para minimizar el solapamiento entre estos componentes, dada su alta correlación, y evitar posibles distorsiones en la estimación. Los resultados fueron similares, aunque en el Modelo 4 se observó un efecto significativo negativo en la interacción resultados $\times$ atribución, en línea con las predicciones del modelo teórico. Cabe señalar que los errores estándar en los modelos con puntuaciones residuales fueron más bajos, lo que indica una mayor precisión en la estimación.

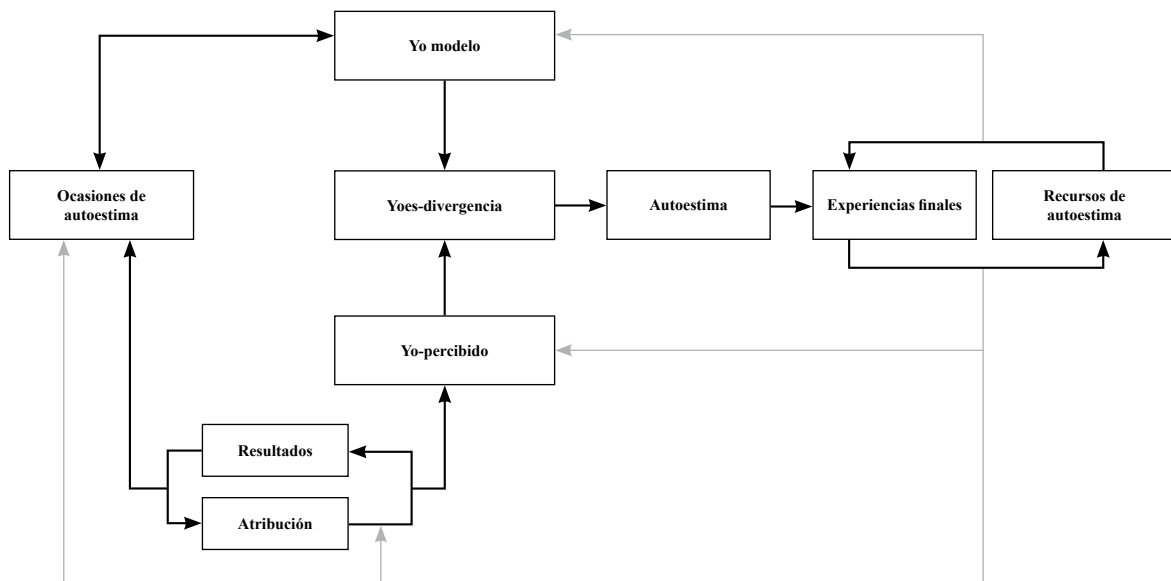
Relación de Yoes-Divergencia con sus Consecuentes

Se realizaron dos RMJ con las variables autoestima y experiencias finales como dependientes (véase Tabla 11). En el primer análisis, los Modelos 1 y 2 respaldan la hipótesis de una asociación negativa entre Yoes-divergencia y autoestima: a mayor discrepancia entre Yo-modelo y Yo-percibido, menor nivel de autoestima. El Modelo 2 revela además una contribución significativa de la interacción Yo-modelo $\times$ ocasiones de autoestima, mientras que la interacción Yo-percibido $\times$ ocasiones de autoestima muestra una significatividad marginal. Este modelo explica el 77 % de la varianza de autoestima, con Yoes-divergencia como segundo predictor en orden de relevancia.

Por su parte, el Modelo 3 incorpora la interacción resultados $\times$ atribución, cuya relación positiva con la VD resulta significativa

Figura 2

Modelo de Actualización y Mantenimiento de la Autoestima: Ciclo de Autoestima en Curso. Componentes del Modelo Teórico y Yoes-Divergencia



Notas. Líneas Gruesas: Secuencia de Efectos Intracíclico. Líneas Delgadas: Efectos Interciclos. Componentes del Modelo Teórico: Cuadros con Fondo Gris. Variable Calculada Yoes-Divergencia: Cuadro con Fondo Blanco.

Tabla 10
Modelos de Regresión Jerárquica con Yoes-Divergencia Como Variable Dependiente

Modelo	R^2	B	Error típico	β	t	p
1 (constante)	,93	2,01	,90	,00	2,23	,030*
YM $\times$ OA ¹		,05	,00	1,04	25,15	,000***
YP $\times$ OA ¹		-,05	,00	-,74	-18,00	,000***
2 (constante)	93	1,94	,93	,00	2,08	,042*
YM $\times$ OA ¹		,05	,00	1,04	22,94	,000***
YP $\times$ OA ¹		-,05	,00	-,75	-15,29	,000***
R $\times$ A		,00	,00	,01	,32	,752
3 (constante)	,95	4,71	,16	,00	29,56	,000***
YM $\times$ OA ²		,04	,00	,58	17,03	,000***
YP $\times$ OA ²		-,04	,00	-,59	-17,42	,000***
4 (constante)	,96	6,31	,46	,00	13,78	,000***
YM $\times$ OA ²		,04	,00	,63	18,60	,000***
YP $\times$ OA ²		-,03	,00	-,46	-9,94	,000***
R $\times$ A		-,01	,00	-,16	-3,68	,001**

Notas. YM $\times$ OA = Yo-modelo $\times$ Ocasiones de autoestima; YP $\times$ OA = Yo-percibido $\times$ Ocasiones de autoestima; R $\times$ A = Resultados $\times$ Atribución. Yo-modelo y Yo-percibido se expresan como puntuaciones escalares¹. Yo-modelo y Yo-percibido se expresan como puntuaciones residuales². ANOVA: Modelo 1: $F(2, 51) = 344,50, p < ,000$. Modelo 2: $F(3, 50) = 225,57, p < ,000$. Modelo 3: $F(2, 51) = 491,58, p < ,000$. Modelo 4: $F(3, 50) = 414,33, p < ,000$.

* $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

Tabla 11
Modelos de Regresión Jerárquica Para Autoestima y Experiencias Finales Como Variables Dependientes

Modelo	R^2	B	Error típico	β	t	p
Variable dependiente: Autoestima.						
1 (constante)	,15	22,41	,99	,00	22,65	,000***
Yoes-divergencia		-,41	,14	-,38	-2,96	,005**
2 (constante)	,69	24,88	1,86	,00	13,39	,000***
Yoes-divergencia		-,86	,38	-,81	-2,25	,029*
YM $\times$ OA ¹		,06	,02	,93	4,11	,000***
YP $\times$ OA ¹		,03	,02	,39	1,71	,094 ⁺
3 (constante)	,77	16,25	2,67	,00	6,07	,000***
Yoes-divergencia		-,15	,38	-,14	-,40	,692
YM $\times$ OA ¹		,02	,02	,36	1,50	,140
YP $\times$ OA ¹		,03	,01	,39	1,94	,059 ⁺
R $\times$ A		,05	,01	,49	4,06	,000***
Variable dependiente: Experiencias finales						
4 (constante)	,79	6,19	2,46	,00	2,51	,015*
Autoestima		,85	,17	,52	5,04	,000***
Recursos de autoestima		,88	,21	,43	4,16	,000***
5 (constante)	,81	10,52	2,88	,00	3,66	,001**
Autoestima		,81	,16	,49	5,01	,000***
Recursos de autoestima		,77	,21	,37	3,76	,000***
Yoes-divergencia		-,31	,12	-,18	-2,58	,013*

Notas. YM $\times$ OA = Yo-modelo $\times$ Ocasiones de autoestima; YP $\times$ OA = Yo-percibido $\times$ Ocasiones de autoestima; R $\times$ A = Resultados $\times$ Atribución. Yo-modelo y Yo-percibido se expresan como puntuaciones residuales¹. ANOVA: Modelo 1: $F(1, 52) = 8,73, p = ,005$. Modelo 2: $F(3, 50) = 36,26, p < ,000$. Modelo 3: $F(4, 49) = 39,88, p < ,000$. Modelo 4: $F(2, 51) = 93,15, p < ,000$. Modelo 5: $F(3, 50) = 71,31, p < ,000$.

⁺ $p < ,10$. * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

y coherente con el modelo teórico. Sin embargo, en este último modelo desaparecen las significaciones anteriores.

En el segundo análisis, tomando experiencias finales como VD, ambos modelos (4 y 5) respaldan la asociación positiva con autoestima y recursos de autoestima. El Modelo 5 identifica una relación negativa significativa entre Yoes-divergencia y experiencias finales, lo que sugiere que una mayor discrepancia entre ambos yoes repercute negativamente en la experiencia subjetiva que cierra el ciclo de autoestima. En este análisis, autoestima constituye el predictor más influyente. Los Modelos 4 y 5 explican el 79 % y el 81 % de la varianza, respectivamente.

Discusión

Los resultados obtenidos respaldan de forma global la validez preliminar del modelo de actualización y mantenimiento de la autoestima. En particular, todas las hipótesis de tipo A, referidas a las asociaciones teóricamente esperadas entre componentes, fueron confirmadas. Asimismo, las hipótesis de tipo B, que se refieren a la predicción de cada componente a partir de sus antecedentes inmediatos, también fueron ampliamente respaldadas, salvo en el caso de Yo-modelo, cuya predicción no alcanzó significación.

Las correlaciones mostraron patrones coherentes con las predicciones del modelo. Autoestima se asoció negativamente con su antecedente proximal —la divergencia entre Yo-modelo y Yo-percibido— y positivamente con su consecuente —experiencias finales—. Además, se observaron asociaciones negativas entre Yoes-divergencia y resultados, autoestima, experiencias finales y recursos de autoestima; y correlaciones positivas entre autoestima, experiencias finales y recursos, así como entre resultados y atribución. Este patrón global de relaciones respalda la coherencia interna del modelo.

Los análisis de regresión múltiple jerárquica (RMJ) confirmaron que la mayoría de los componentes pueden predecirse significativamente a partir de sus antecedentes inmediatos, con varianzas explicadas que oscilan entre el 10 % y el 96 %, destacando los valores más altos en autoestima, experiencias finales y Yoes-divergencia. La inclusión de esta última variable como predictor elevó sustancialmente la varianza explicada en autoestima (hasta un 77 %) y en experiencias finales (hasta un 81 %).

Los efectos de interacción, especialmente entre experiencias finales y recursos de autoestima, desempeñan un papel central en el modelo, al incidir sobre ocasiones de autoestima, Yo-modelo y resultados. Además, la interacción entre resultados y atribución mostró efectos consistentes en la elevación de Yo-percibido y autoestima, mientras que una alta divergencia de yoes se asoció con menores niveles de autoestima y experiencias negativas de cierre.

En conjunto, los hallazgos respaldan el supuesto central del modelo: la autoestima no constituye un atributo fijo o independiente, sino el resultado de un proceso dinámico y relacional, determinado por la distancia entre el Yo-modelo y el Yo-percibido. Este proceso se retroalimenta cíclicamente a partir de las demandas situacionales, los recursos personales y las experiencias obtenidas, configurando dos posibles trayectorias:

- Circuito virtuoso: la actuación reduce la divergencia, incrementa la autoestima y favorece experiencias positivas.

- Circuito vicioso: la divergencia aumenta, la autoestima disminuye y se acumulan experiencias negativas.

Aunque el diseño transversal impide establecer inferencias causales, los datos permiten esbozar una secuencia funcional: las ocasiones de autoestima activan el Yo-modelo y el Yo-percibido, cuya discrepancia origina un desajuste que afecta a la autoestima, la cual a su vez determina la cualidad de las experiencias finales. Estas experiencias, junto con los recursos personales, retroalimentan el sistema, configurando el punto de partida del siguiente ciclo.

Por ejemplo, en un circuito virtuoso, una persona que actúa de manera coherente con su Yo-modelo en el trabajo puede lograr éxitos y obtener reconocimiento social. Esto fortalece el alineamiento de los dos yoes, incrementando su autoestima y disposición para afrontar nuevos retos.

Los hallazgos también refuerzan la concepción *relacional* de la autoestima. Esta no debe entenderse como un contenido interno estable, sino como una diferencia funcional entre dos configuraciones del yo. Tal planteamiento, con importantes implicaciones teóricas, ontológicas y clínicas, permite diseñar intervenciones centradas en reducir la divergencia de yoes, clarificando metas personales y facilitando una futura acción coherente con el Yo-modelo (Duro, 2022).

Este estudio aporta una primera validación del instrumento CAMA, que ha mostrado niveles satisfactorios de fiabilidad y validez preliminar. Sin embargo, presenta algunas limitaciones: tamaño muestral moderado, fiabilidad mejorable en ciertas escalas (especialmente ocasiones de autoestima), posible sesgo por autoinforme, y la imposibilidad de establecer causalidad por el diseño transversal.

Futuras investigaciones deberían abordar el análisis del CAMA tanto a nivel molar —mediante la factorización de sus escalas— como a nivel molecular —a través del estudio detallado de los ítems—. También sería necesario validar el instrumento con muestras más amplias y representativas, y contrastar el modelo completo mediante análisis de trayectoria (*path-analysis*) y diseños experimentales. Finalmente, resultaría pertinente evaluar el estado teórico del modelo utilizando criterios metacientíficos como los propuestos por Bunge (2000), tal como ya se ha hecho en evaluaciones teóricas previas (Duro, 2025).

Agradecimientos

Agradezco al profesor Alejandro de la Torre (UCM) por su orientación y apoyo en la preparación de los estudios piloto; a Lucía Díaz (UCM), por desarrollar el formato telemático del último estudio piloto; y a María del Carmen López, por su colaboración en la construcción del CAMA y su ayuda en la captación de participantes para este estudio.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Abelson, H., y Sussman, G. J. (1996). *Structure and interpretation of computer programs*. MIT Press.
- Aiken, L. S., y West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.
- Behrens, J. T. (1997). Principles and procedures of exploratory data analysis. *Psychological Methods*, 2(2), 131–160.
- Boulton, M. J., y Macaulay, P. J. R. (2023). Does authentic self-esteem buffer the negative effects of bullying victimization on social anxiety and classroom concentration? *British Journal of Educational Psychology*, 93, 500–512. <https://doi.org/10.1111/bjep.12573>
- Bridge, L., Smith, P., y Rimes, K. A. (2019). Sexual orientation differences in the self-esteem of men and women: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(4), 433–446. <https://doi.org/10.1037/sgd0000342>
- Bunge, M. (2012). *Ontología II. Un mundo de Sistemas*. Editorial Gedisa.
- Bunge, M. (2000). *La investigación científica*. Siglo XXI Editores, Barcelona.
- Chakravarti, L., Laha, R. G., y Roy, J. (1967). *Handbook of methods of applied statistics* (Vol. 1). New York, NY, Wiley.
- Chang, O. (2020). The stakes of self-worth: Examining contingencies of self-worth to clarify the association between global self-esteem and eating disturbances in college women. *Journal of Clinical Psychology*, 76(12), 2283–2295. <https://doi.org/10.1002/jclp.23006>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Academic Press.
- Conover, W. J. (1999). *Practical Nonparametric Statistics* (3rd ed.). Wiley.
- Cronbach, L. J., y Snow, R. E. (1977). *Aptitudes and instructional methods: A handbook for research on interactions*. New York: Irvington.
- Dapp, L. C., Krauss, S., y Orth, U. (2023). Testing the bottom-up and top-down models of self-esteem: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 124(5), 1111–1131. <https://doi.org/10.1037/pspp0000444>
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale Development: Theory and Applications* (4th ed.). SAGE Publications.
- Duro, A. (2025). Examination of the theoretical stage of Wells and Matthews' model of emotional self-regulation: Methodological aspects. *Metatheoria*, 15(2), 17–37. <https://doi.org/10.48160/18532330me15.2>
- Duro, A. (2023). Re-Print: Self-Esteem: Update and maintenance. A theoretical model with therapy applications (english version). *Psychology and Mental Health Care*, 7(5), 1–12. <https://doi.org/10.31579/2637-8892/236>
- Duro, A. (2022). Therapy for low self-esteem: Structure of treatment and development of an instrument for evaluation (CILS-E) and therapeutic guide from the model of updating and maintenance of self-esteem. *Mental Health & Human Resilience International Journal*, 6(2), 1–13. <https://doi.org/10.23880/mhrij-16000185>
- Duro, A. (2021a). Autoestima: actualización y mantenimiento. Un modelo teórico con aplicaciones en terapia. *Clínica Contemporánea*, 12(3), Artículo e23, 1–20. <https://doi.org/10.5093/cc2021a16>
- Duro, A. (2021b). (versión en español) Revisión de terapias para la baja autoestima: Perfil clínico y mecanismos de acción. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 143–164. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.476>
- Duro, A. (2021c). (version en inglés) Therapies for low self-esteem review: Clinical profile and action mechanisms. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 1–20. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.476>
- Eagly, A. H., y Wood, W. (2012). Social role theory. En P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, y E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (Vol. 2, (458–476). Sage Publications.
- Ehrenbrusthoff, K., Ryan, C. G., Grüneberg, C., Wand, B. M., and Martin, D. J. (2018). The translation, validity, and reliability of the German version of the fremantle back awareness questionnaire. *PLoS One* 13:e0205244. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205244>
- George, D., y Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23 step by step: A simple guide and reference* (14th ed.). Routledge.
- Ghaderi, A. (2005). Psychometric properties of the Self-Concept Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 139–146. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.2.139>
- Ghasemi, A., y Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Hall, P. L., y Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioral treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 317–332. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00013-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00013-X)
- Harris, M. A., y Orth, U. (2020). The link between self-esteem and social relationships: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology: Personality Processes and Individual Differences*, 119(6), 1459–1477. <https://doi.org/10.1037/pspp0000265>
- Heatherton, T. F., y Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 895–910. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.6.895>
- Huang, C. (2010). Mean-level change in self-esteem from childhood through adulthood: Meta-analysis of longitudinal studies. *Review of General Psychology*, 14(3), 251–260. <https://doi.org/10.1037/a0020543>
- Jacob, G. A., Gabriel, S., Roepke, S., Stoffers, J. M., Lieb, K., y Lammers, C-H. (2010). Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: A pilot study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(3), 373–387. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.3.373>
- James, G., Witten, D., Hastie, T., y Tibshirani, R. (2013). *An introduction to statistical learning: With applications in R*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7138-7>
- Kästner, D., Löwe, B., y Gumz, A. (2019). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa—A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 101–116. <https://doi.org/10.1002/eat.22975>
- Kuck, N., Cafitz, L., Bürkner, P. C., Hoppen, L., Wilhelm, S., y Buhlmann, U. (2021). Body dysmorphic disorder and self-esteem: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21, Article 310. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03185-3>
- Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., Neter, J., y Li, W. (2004). *Applied Linear Statistical Models* (5th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Lamarche, V. M., y Murray, S. L. (2014). Depression and relationship quality: The negative evaluation of positive elements of a romantic relationship. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(2), 108–136.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309–336.
- Luenberger, D. G. (1979). *Introduction to dynamic systems: Theory, models, and applications*. John Wiley & Sons.
- Magnusson, D. (1977). *Teoría de los test*. Editorial Trillas, Méjico.
- Maxwell, A., y Bachkirova, T. (2010). Applying psychological theories of self-esteem in coaching practice. *International Coaching Psychology Review*, 5(1), March 16–26.
- Moloud, R., Saeed, Y., Mahmonir, H., y Rasool G.A. (2022). Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: interventional study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 299. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03918-y>

- Montgomery, D. C., Peck, E. A., y Vining, G. G. (2012). *Introduction to linear regression analysis* (5th ed.). Hoboken, NJ, Wiley.
- Muñiz, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Norman, G. R., y Streiner, D. L. (2014). *Biostatistics: The bare essentials*. People's Medical Publishing House-USA, Shelton, Connecticut.
- Nunnally, J. C., y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- O'Brien, R. M. (2007). A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors. *Quality & Quantity*, 41(5), 673-690. <https://doi.org/10.1007/s11135-006-9018-6>
- Ogata, K. (2010). *Modern control engineering*. Prentice Hall.
- Orth, U., Erol, R. Y., y Luciano, E. C., (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 144(10), 1045-1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, Sh., Arndt, J., y Schimel, J. (2004). Converging toward an integrated theory of self-esteem: Reply to Crocker and Nuer (2004), Ryan and Deci (2004), and Leary (2004). *Psychological Bulletin*, 130(3), 483-488. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.483>
- Razali, N. M., y Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors, and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-33.
- Robson, P.J. (1989a). Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychological Medicine* 19(2), 513-518.
- Robson, P. J. (1989b). Self-esteem – A psychiatric view. *The British Journal of Psychiatry*, 153(1), 6-15.
- Royston, P. (1982). An extension of Shapiro and Wilk's W test for normality to large samples. *Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics)*, 31(2), 115-124.
- Royston, P. (1995). Remark AS R94: A remark on algorithm AS 181: The W test for normality. *Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics)*, 44(4), 547-551.
- Ryeng, M. S., Kroger, J., y Martinussen, M. (2013). Identity status and self-esteem: A meta-analysis. *An International Journal of Theory and Research*, 13(3), 201-213. <https://doi.org/10.1080/15283488.2013.799431>
- Shiina, A., Nakazato, M., Mitsumori, M., Koizumi, H., Shimizu, E., Fujisake, M., y Iyo, M. (2005). An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: Combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(6), 690-696. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01438.x>
- Steiger, A. E., Fend, H. A., y Allemann, M. (2015). Testing the vulnerability and scar models of self-esteem and depressive symptoms from adolescence to middle adulthood and across generations. *Developmental Psychology*, 51(2), 236-247. <https://doi.org/10.1037/a0038478>
- Sterman, J. D. (2000). *Business dynamics: Systems thinking and modeling for a complex world*. McGraw Hill.
- Szinay, D., Tombor, I., Garnett, C., Boyt, N., y West, R. (2019) Associations between self-esteem and smoking and excessive alcohol consumption in the UK: A cross-sectional study using the BBC UK lab database. *Addict Behaviors Reports*, 10, 100229. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100229>
- Taylor, T. L., y Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 29, 823-839. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.01.010>
- Tukey, J. W. (1977). *Exploratory Data Analysis*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Wanders, F., Serra, M., y de Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 180-189. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.180>
- Yap, B. W., y Sim, C. H. (2011). Comparisons of various types of normality tests. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 81(12), 2141-2155.
- Zuckerman, M., Li, Ch., y Hall, J. A. (2016). When men and women differ in self-esteem when they don't: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 64, 34-51. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.007>

Article

Psychological Effects of a Training in Serenity and Mindful Awareness (Mindfulness-based Mental Balance Program) in Inexperienced Meditators

Isaac Carmona-Rincón^{1,2}, Azucena García-Palacios^{3,4} & Santiago Segovia Vázquez^{5,6}

¹Valencian International University (VIU) (Spain)

²Kindful, Psicología y Mindfulness (Spain)

³Department of Basic and Clinical Psychology and Psychobiology. Universitat Jaume I (Spain)

⁴CIBER of Physiopathology of Obesity and Nutrition CIBERObn, CB06/03 Instituto de Salud Carlos III (Spain)

⁵Department of Psychobiology. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (Spain)

⁶Elea, Instituto Psicoeducativo Integral (Spain)

ARTICLE INFO

Received: 05/08/2024
Accepted: 28/12/2025

Keywords:

Mindfulness
Meditation
Psychological flexibility
Human suffering
Well-being
Personal growth

ABSTRACT

Background: The Mindfulness-based Mental Balance (MBMB) is an original and Spanish Mindfulness-based program developed in the Faculty of Psychology of the Spanish National University of Distance Education (UNED) as consequence of the teaching of mindfulness-based meditation for 13 years (1999-2012) in a weekly workshop during the academic course. The mindfulness-based interventions have traditionally focused on reducing symptoms associated with stress or clinical conditions. However, the original aim of meditation has a soteriological sense focused on the development of human potential and the reduction of suffering. The MBMB program is closed to this original sense of meditation and focuses its aim into de human growth or development context. **Methods:** The present study was performed to assess the effects of level 1 of MBMB on the improvement of variables related to psychological flexibility and the reduction of human suffering. A multiple baseline across subjects design was followed, with episodic measurements in the pre- and post-training phases, and ecological measures. **Findings:** At the end of the training, significant improvements were found in mindfulness and life satisfaction scores. Likewise, cognitive fusion, state-anxiety, stress, and neuroticism scores decreased. **Conclusions:** The results of the study show evidence of the preliminary efficacy of MBMB to promoting psychological flexibility and well-being.

Efectos Psicológicos de un Entrenamiento en Serenidad y Consciencia Mindful (Programa de Bienestar Psicológico Basado en Mindfulness) en Meditadores Noveles

RESUMEN

Antecedentes: El programa de Bienestar Psicológico Basado en Mindfulness (MBMB) es un programa original y español, de entrenamiento en Mindfulness, desarrollado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), como consecuencia de la enseñanza de la meditación basada en mindfulness, durante 13 años (1999-2012), en talleres semanales de un curso académico de duración. Las intervenciones basadas en

Palabras clave:

Mindfulness
Meditación
Flexibilidad psicológica
Sufrimiento humano
Bienestar
Crecimiento personal

mindfulness se han centrado tradicionalmente en la reducción de síntomas asociados al estrés o condiciones clínicas. Sin embargo, el objetivo original de la meditación tiene un sentido soteriológico, centrado en el desarrollo del potencial humano y la reducción del sufrimiento. El programa MBMB se adhiere a este sentido original de la meditación, y centra su objetivo en el contexto del crecimiento o desarrollo humano. El presente estudio evaluó los efectos del nivel 1 de MBMB en la mejora de las variables relacionadas con la flexibilidad psicológica y la reducción del sufrimiento humano. **Método:** Se siguió un diseño de línea base múltiple entre sujetos, con mediciones episódicas en las fases pre y post entrenamiento, y medidas ecológicas a lo largo de todo el entrenamiento. **Resultados:** Al finalizar el programa, se encontraron mejoras significativas en las puntuaciones de mindfulness y satisfacción vital. Asimismo, disminuyeron las puntuaciones de fusión cognitiva, ansiedad-estado, estrés y neuroticismo. **Conclusiones:** Los hallazgos muestran evidencia de la eficacia preliminar de MBMB para promover la flexibilidad y el bienestar psicológicos.

Introduction

Mindfulness, or better, mindfulness-based meditation (Segovia, 2017), has been understood differently depending on the historical moment and context of its use, however its function and purpose within psychospiritual growth is clear: to eliminate the causal root of suffering through inducing meaningful and lasting changes in cognition, emotion, and behavior (van Vugt et al., 2019). Likewise, exercising of mindfulness-based meditation correctly requires both, the development of an ethical and virtuous discipline and the wisdom necessary to understand the roots of suffering (Purser & Milillo, 2014). In other words, mindfulness-based meditation is part of the Buddhist Noble Eightfold Path, and it is in this context that mindfulness has full meaning and, probably, offers to the meditator all its potential benefits (Segovia, 2019). However, training programs such as Mindfulness-based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1982, 2017) and analogues are relatively distant from this original meaning, which has led to controversy in the scientific community and clinical practice (van Dam et al., 2018; Thupten, 2019). Mindfulness is not only a tool to improve attention or reduce stress, but essentially a path of personal development (Segovia, 2017), which gives rise to a way of relating to our internal and external context from serenity, patience, intelligence, commitment, collaboration, kindness, and compassion (Anālayo, 2020).

The Mindfulness-based Mental Balance (MBMB) program (Segovia, 2017) is an original and Spanish training resulting from the teaching of mindfulness-based meditation carried out by its author at the Faculty of Psychology of the Spanish National University of Distance Education (UNED) during the period 1999-2012. MBMB bringing mindfulness-based meditation back to its original meaning –but Westernized– and making sure that the practice is consolidated and developed with a logical progression inspired by the fundamental Buddhist texts and empirical experience. To this purpose, the MBMB is structured into three levels of training: (1) development of serenity and pointing to the state of mindful awareness (natural state of consciousness); (2) stabilization of mindful awareness in daily life, and emotional and motivational self-regulation; (3) choiceless awareness, state of presence and cognitive restructuring (development of the wisdom of impermanence, emptiness, and non-duality of all phenomena). As the MBSR (Kabat-Zinn, 1990) and the Mindful Self-Compassion (MSC) (Germer & Neff, 2019) programs, the MBMB includes serenity and compassionate practices, but also includes emotional autoregulation, choiceless or simply sitting, as well as wisdom practices.

We have previously tested the effects of a training of MBMB in expert meditators, finding significant improvements in mindfulness, self-compassion, agreeableness (personality), life satisfaction (subjective well-being), cognitive fusion and perceived stress (Carmona-Rincón, 2021). The present study is focused on the MBMB Level 1, which offers a didactic methodology to serenade the mind and to point out the mindful awareness, that is, to recognize what in Eastern traditions is called the Great Mind, Original Mind or Witness Consciousness (Segovia, 2017). The starting point is based on the instructions contained in the Satipatthana Sutta and the Anapanasati Sutta (Solé-Leris & Vélez de Cea, 1999). Thus, in the first instance the practitioner pays attention to the breath, with the back erect, etc., while exercising *sati* (mindfulness itself) (Segovia, 2019); that is, he or she becomes aware of the distraction and remembers to return with equanimity to the attentional support (the breath). The drawback of the traditional methodology is that it requires a very long time of practice until the mental agitation ceases and may be that the practitioner realizes the natural or mindful state of consciousness. MBMB Level 1 is, however, structured in different stages specifically designed to facilitate, relatively quickly, the decrease and eventual extinction of mind wandering and to be able, then, to point out the mindful awareness and invite the practitioner to recognize it (initiation). From this state the practitioner will be able to establish a new style of relating to his or her internal and external context. The aim of the study was to assess the effects of a training in MBMB Level 1 on different psychological variables in inexperienced subjects. Our hypothesis was that training would produce improvements in mindfulness scores and life satisfaction. In contrast, scores on neuroticism, cognitive fusion, perceived stress, and anxiety (state and trait) should be reduced.

Method

Design

A multiple baseline across subjects design was used for this study (Barlow et al., 2009). This type of design allows us to demonstrate the effects of training on the dependent variables in each participant (individual level) and is recommended when we wish to test novel interventions before they are implemented on a larger scale in randomized controlled trials. Following Kratochwill et al. (2010), three experimental conditions were established: condition 1 (C1), 8-day baseline; condition 2 (C2), 10-day baseline; and condition 3 (C3), 12-day baseline. This type of design allowed

observation of variable scores over several days, both at the beginning and at the end of the study. Also, detailed measurements were obtained throughout the training (up to 76 measurements per subject). The participants were randomly assigned to each condition, and although twelve subjects initially collaborated, three of them dropped out of the study, so the final sample was nine participants. Thus, C1 was composed of two subjects, C2 of four and C3 of three.

Participants

The sample consisted of nine participants of Spanish nationality, six women and three men, aged between 35 and 55 years ($M = 41.08$; $SD = 6.58$). The subjects were students enrolled in MBMB Level 1, with no previous experience in meditation, who decided to participate voluntarily in the study. As this was a course aimed at the general population and held in a private clinic, the only inclusion criterion was to accept the invitation to commit to a regular meditation practice of at least fifty minutes per week between sessions, as well as to complete the high volume of measurements required by the design.

Procedure

The study was approved by the Deontological Commission of the Faculty of Human and Social Sciences of the Universitat Jaume I of Castellón (Spain). Before starting the training, the nature and purpose of the trial were explained to the group of students. Afterwards, their voluntary participation was requested, and those subjects who agreed to participate signed the informed consent form and completed the questionnaires to establish the baseline.

Two types of assessments were conducted: i) a traditional episodic assessment with full scales (see description of measures), both at baseline and at the end of training; and ii) an ecological momentary assessment with a reduced protocol (see description of measures) throughout the study. With respect to this assessment, participants completed self-report measures daily during baseline and twice weekly during the training phase.

Randomization and Blinding

The random sequence was generated by an online application (randomizer.org), used by an independent assessor blinded to the study. Afterwards, the assignment to each experimental condition was communicated to the principal researcher, who designated a code to each participant to conceal his or her identity. This researcher was also in charge of requesting the different measures from the participants during the study. For their part, both the participants and the instructor were blinded to the design and the assigned experimental condition.

Program

The training was the standardized protocol of the MBMB Level 1 program (Segovia, 2017). Briefly, the training is conducted in 12 stages. In the first, the practitioner focuses attention on the breath and trains in cognitive defusion and equanimity based on the attitude of not resisting but not surrendering to thoughts (No R-No R rule), refocusing attention to the breath with equanimity. Thus, mental wandering is defusion just at the time the practitioner is aware

of what he is thinking. In the second stage, to prevent intrusive thoughts, the practitioner introduces a labeling as “in” and “out” while breathing and maintains the cultivation of cognitive defusion based on the No R-No R attitude. The third and fourth stages are aimed at further enhancing vagal activity and concentration by bringing attention to the exhalation and counting exhalations. During the fifth and sixth, the practitioner maintains attention on the exhalation, preventing intrusion of thoughts and wandering with the *AH* mantra while exhaling, and discovering the Still Point (natural moment of apnea between the end of the exhalation and the spontaneous beginning of the inhalation). In the seventh stage, the practitioner is invited to realize that in the moment of the still point, the mind is naturally calm, silent, still. In this way the mantra *AH* is associated with the stillness of the mind (classic conditioning that helps to calm down in everyday life). The next three stages are oriented to generate a loop of serenity that allows the practitioner to attend to the breath with the mind in silence, without digression. Finally, in the last three stages, the initiation is performed, pointing out the mindful awareness (serene, awake and equanimous consciousness) and inviting the practitioner to recognize it and rest in it.

Participants received 38 hours of instruction, weekly one-hour group sessions for 38 weeks. In addition, subjects were invited to make a commitment to practice at least fifty minutes per week between sessions.

Instructor

The program was conducted by a physician, with extensive meditative experience and certified as an instructor of the MBMB program.

Measurements

In the study, episodic and momentary ecological assessment were taken. The episodic assessment was aimed at measuring changes at the group level, and the momentary ecological assessment was taken to explore individual changes in the participants.

Episodic Assessment

The episodic assessment was performed twice, i.e., in pre and post-training. Full version of the scales was used, completed with paper and pencil at the training site. The measures used were as follows:

Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006) Spanish version of Cebolla et al. (2012). It is a questionnaire composed of 39 items which evaluate five facets of mindfulness: 1) observe, 2) describe, 3) act with awareness, 4) non-judging of inner experience, and 5) non-reactivity of inner experience. The items are answered on a five-point Likert scale (from 1 = *never or very rarely true* to 5 = *very often or always true*). A high score indicates a greater capacity to remain aware of the here and now (39 – 195). The Spanish validation has shown adequate reliability values (with a Cronbach's alpha of .88 for the global scale), convergent and divergent validity.

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003), Spanish version of Soler et al. (2012). It consists of a 15-item unifactorial self-report scale that assesses the disposition

of individuals to be attentive and aware of the present moment daily. Its response format is Likert-type, six-point, where the subject indicates the degree of frequency with which each of the statements takes place (1 = *almost always*; 6 = *almost never*). The higher the score obtained, the greater the dispositional ability to be fully conscious (15 – 90). The Spanish validation has shown adequate values of validity (convergent and divergent) and reliability (Cronbach's alpha of .897 and stability coefficient of .823).

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014) Spanish version of Romero-Moreno et al. (2014). It is a unidimensional questionnaire that assesses cognitive fusion, *i.e.*, the extent to which the subject's behavior is hindered by his or her thinking. It is composed of 7 seven-point Likert-type scale items (from 1 = *never* to 7 = *always*). The sum total of the responses indicates the level of cognitive fusion, the more positive the index the lower the score (7 – 49). The Spanish version of this instrument has a Cronbach's Alpha of .87, as well as adequate criterion and construct validity.

Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985), Spanish version of Núñez et al. (2010). It is a 5-item single-factor scale that assesses subjective well-being. It is answered with a seven-point Likert scale (from 1 = *totally disagree* to 7 = *totally agree*). The higher the score, the higher the life satisfaction index (5 – 35). The Spanish adaptation has a Cronbach's alpha of .85 and a stability coefficient of .69.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1970), Spanish version of Guillén-Riquelme & Buéla-Casal (2011). The STAI consists of two scales, assessing anxiety as a state (STAI-E) and as a trait (STAI-R). Each scale has 20 four-point Likert-type items (from 0 = *not at all* to 3 = *very much*). Anxiety, in both cases, is higher the higher the score obtained (0 – 60). The scale has a Cronbach's alpha of .90 in the case of the STAI-R and .94 in the case of the STAI-E.

Perceived Stress Scale (PSS; Cohen et al., 1983). Adapted to Spanish by Remor (2006), the PSS assesses perceived stress through a single-factor scale of 14 5-point Likert-type items (from 0 = *never* to 4 = *very often*). The higher the score obtained, the higher the perceived level of stress (0 – 56). The Cronbach's alpha of this version is .81, with a stability coefficient of .73.

Neuroticism Scale of the "NEO Personality Inventory Revised" (NEO-PI-R; Costa et al., 1995), Spanish version by Cordero et al. (2008). The NEO-PI-R inventory consists of 240 items, 48 of which measure neuroticism. The response format is a five-point Likert-type (from 1 = *strongly disagree* to 5 = *strongly agree*). Its correction returns a profile of typical scaled scores (25 – 75). The Cronbach's alpha of the neuroticism factor is .87.

Ecological Momentary Assessment

Ecological momentary assessment took place daily throughout the establishment of the baseline. Throughout the training, these measurements were performed twice a week, following the recommendations of Kratochwill et al. (2010). An *ad hoc* questionnaire was designed for this evaluation. Specifically, from the instruments used for the episodic assessment, the item that most saturated in each variable was selected (*i.e.*, one item in the case of unidimensional instruments, and one item for each factor in the case of multidimensional instruments). The selected items include

measures of the five facets of mindfulness (observe, describe, act with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity inner experience), state-anxiety, life satisfaction and stress. In all cases, the measurement scale of the original instrument was used.

On the other hand, and to reduce the burden of daily measurements, the trait constructs (trait-anxiety, cognitive fusion and neuroticism) were not included in this assessment, as no significant changes can be expected in the short time. Finally, the assessment process was performed by sending a personalized Google Questionnaires link to each participant's smartphone.

Data Analysis

Changes in the study variables were investigated at both the individual and group level. At the individual level, we use the nonoverlap of all pairs (NAP) index (Parker & Vannest, 2009) an index of data overlap between phases in single-case research, is demonstrated and field tested with 200 published AB contrasts. NAP is a novel application of an established effect size known in various forms as Area Under the Curve (AUC). The recommended cutoff points for interpreting effect sizes obtained using the NAPs are as follows: < .65 (small effect), .66 – .92 (moderate effect) and > .93 (large effect). Also, NAP scores below .50 are considered as "deterioration", indicating that the subject has experienced a deterioration in the score of the variable analyzed. The NAP index was calculated for all variables for which repeated measures were taken (both at baseline and training): observing, describing, acting, non-judging and non-reacting, anxiety (state), life satisfaction and stress. Higher values in the NAP indices reflect changes in the expected direction (including anxiety and stress, whose values were inverted for correct analysis).

For the calculation of pre- and post-training changes at the group level, the data were analyzed using the IBM SPSS Statistics 25 statistical package. Changes between levels were also analyzed to determine the evolution of changes over time, as well as to deduce the effects of each level. Due to the sample size, the nonparametric Wilcoxon t-test for related samples (bilateral) was applied. The confidence level was 95%. The effect size and statistical power were calculated using the G*Power 3.1 program. The effect size (Cohen's d_z) was interpreted qualitatively according to the standardization indicated in Cohen (1988), *i.e.*, small for scores of .20, medium for .50, and large for .80 or higher. The power of the test was considered sufficiently powerful with values at or above .80.

Results

Retention

The study began with the participation of twelve subjects. However, during the study three of them dropped out for reasons unrelated to the training. Thus, the final sample consisted of nine participants.

Changes at the Individual Level

Table 1 shows the NAP indices. As can be seen, training produced small changes ($.50 \leq \text{NAP} \leq .65$) in 29 measures, and moderate ($.66 \leq \text{NAP} \leq .92$) in 34. Also, deterioration indices were found in 9 measures ($\text{NAP} < .50$).

Table 1*Calculation of NAP Indices Comparing Baselines and Training Effects*

Dependent Variable	ID	NAP	NAP Interpretation	Z	p	85% IC	90% IC
Observe	1	.65	Small	4.76	.00	.43	.87
	2	.61	Small	4.50	.00	.39	.84
	3	.83	Moderate	3.77	.00	.63	1.00
	4	.83	Moderate	3.78	.00	.63	1.00
	5	.62	Small	1.51	.00	.42	.82
	6	.43	Deterioration	-0.76	.00	-.64	.24
	7	.79	Moderate	3.81	.00	.61	.98
	8	.80	Moderate	4.16	.00	.62	.99
	9	.85	Moderate	4.07	.00	.66	1.00
Describe	1	.35	Deterioration	-2.63	.01	-.14	.59
	2	.50	Small	0.00	1.00	-.49	.49
	3	.76	Moderate	0.00	.34	.56	.97
	4	.72	Moderate	2.65	.00	.51	.92
	5	.58	Small	4.77	.00	.38	.79
	6	.70	Moderate	2.38	.00	.50	.90
	7	.73	Moderate	3.12	.00	.54	.92
	8	.50	Small	4.42	.00	.31	.69
	9	.65	Small	2.14	.00	.46	.84
Act with awareness	1	.43	Deterioration	-0.84	.00	-.74	.24
	2	.54	Small	3.95	.00	.31	.76
	3	.71	Moderate	2.65	.01	.50	.91
	4	.56	Small	4.56	.00	.39	.76
	5	.58	Small	4.77	.00	.38	.79
	6	.47	Deterioration	3.82	.00	-.54	.34
	7	.68	Moderate	2.42	.00	.50	.87
	8	.58	Small	1.10	.00	.40	.77
	9	.80	Moderate	3.80	.00	.62	.99
Non-judging of inner experience	1	.77	Moderate	2.94	.00	.55	.99
	2	.78	Moderate	3.15	.00	.55	1.00
	3	.80	Moderate	3.77	.00	.60	1.00
	4	.53	Small	4.31	.00	.33	.73
	5	.75	Moderate	3.06	.00	.55	.95
	6	.75	Moderate	3.02	.00	.55	.95
	7	.63	Small	1.73	.00	.44	.81
	8	.43	Deterioration	-0.95	.00	.25	.62
	9	.70	Moderate	2.77	.00	.51	.88
Non-reacting of inner experience	1	.29	Deterioration	-2.52	.03	-1.00	-.26
	2	.69	Moderate	2.10	.00	.47	.91
	3	.78	Moderate	3.40	.00	.58	.98
	4	.50	Small	0.00	1.00	.30	.70
	5	.75	Moderate	3.17	.00	.55	.95
	6	.68	Moderate	2.27	.00	.48	.88
	7	.52	Small	4.65	.00	.34	.71
	8	.28	Deterioration	-3.00	.01	.10	.47
	9	.81	Moderate	4.16	.00	.62	.99

Table 1
Calculation of NAP Indices Comparing Baselines and Training Effects (Continued)

Dependent Variable	ID	NAP	NAP Interpretation	Z	p	85% IC	90% IC
State-Anxiety	1	.82	Moderate	3.36	.00	.60	.99
	2	.52	Small	0.16	.00	.29	.74
	3	.77	Moderate	3.40	.00	.57	.97
	4	.50	Small	4.06	.00	.30	.70
	5	.58	Small	4.74	.00	.38	.78
	6	.58	Small	4.72	.00	.38	.78
	7	.55	Small	4.88	.00	.37	.74
	8	.50	Small	4.42	.00	.31	.69
	9	.77	Moderate	3.46	.00	.59	.96
Life satisfaction	1	.50	Small	3.68	.00	.28	.73
	2	.81	Moderate	3.36	.00	.59	1.00
	3	.50	Small	4.07	.00	.30	.70
	4	.71	Moderate	2.65	.00	.51	.92
	5	.50	Small	4.07	.00	.30	.70
	6	.56	Small	4.56	.00	.36	.76
	7	.83	Moderate	4.16	.00	.64	.00
	8	.53	Small	4.68	.00	.34	.72
	9	.15	Deterioration	-4.16	.19	-.04	.33
Stress	1	.88	Moderate	3.36	.00	.66	1.00
	2	.75	Moderate	2.94	.00	.53	.97
	3	.79	Moderate	3.78	.00	.59	.99
	4	.56	Small	4.54	.00	.36	.76
	5	.59	Small	4.81	.00	.39	.79
	6	.68	Moderate	2.27	.02	.49	.89
	7	.64	Small	1.82	.00	.45	.83
	8	.49	Deterioration	-0.09	.93	-.42	.38
	9	.89	Moderate	4.16	.00	.71	1.00

Focusing on the specific changes, the mindfulness “observe” skill experienced small changes in 3 participants, moderate changes in 5, and deterioration in 1. In “describe”, there was deterioration in 1 subject, small improvements in 4, and a moderate change in 4 others. In “act with awareness”, there was deterioration in one participant’s score, improving slightly in 5 and moderately in 5. In the subscale “non-judging of inner experience”, small changes were found in 2 individuals, deterioration in 1, and moderate improvement in 6. “non-reactivity of inner experience” showed small changes in 2 participants, deterioration in 2, and moderate improvement in 5.

With respect to state-anxiety, improvements were moderate in 3 participants and small in the remaining 6. Additionally, the decrease in stress was small in 3 participants and moderate in 5,

although 1 subject experienced a worsening of his score. Finally, life satisfaction deteriorated in one person, and had a small change in 5 subjects, as well as moderate in the remaining 3.

Changes at the Group Level

Comparing the pre- and post-intervention mean scores of the nine subjects, significant increases were observed in mindfulness (FFMQ and MAAS), and life satisfaction (SWLS). Also, there were reductions in cognitive fusion (CFQ), state-anxiety (STAI-S), perceived stress (PSS) and the “neuroticism” factor (NEO-PI-R). In trait-anxiety (STAI-T), although not significantly, there was a trend towards improvement (Table 2). Table 3 details the pre- and post-training scores of all participants.

Table 2
Pre - Post Changes in all Measures

Measure	Pre-test		Post-test		Z	p	Effect Size	ρ	Statistical Power
	M	SD	M	SD			Cohen's d_z		(1- β)
FFMQ	122.78	16.31	146.56	12.71	-2.67	.01	1.20	.74	.86
Observe	25.00	5.59	29.33	3.78	-2.32	.02	.69	.41	.42
Describe	26.22	4.74	30.56	3.09	-2.32	.02	.80	.45	.53
Act with awareness	25.44	8.22	32.00	4.30	-2.06	.04	.78	.18	.52
Non-judging of inner experience	20.78	2.59	23.44	1.59	-1.79	.07	1.34	-.08	.93
Non-reacting of inner experience	25.33	8.00	31.22	5.83	-2.44	.02	.64	.64	.37
MAAS	54.56	14.28	67.56	10.24	-2.31	.02	.76	.44	.49
CFQ	25.67	7.21	20.22	7.00	-2.08	.04	.51	.79	.25
NEUROTICISM	59.00	8.09	51.22	7.12	-2.67	.01	.75	.71	.49
STAI-S	24.44	11.85	14.89	8.98	-2.67	.01	.74	.90	.47
STAI-T	24.11	10.37	21.78	9.83	-0.89	.37	.22	.77	.09
PSS	26.78	9.99	22.11	7.34	-2.24	.03	.35	.83	.15
SWLS	21.67	6.00	25.56	3.05	-2.39	.02	.60	.77	.33

Abbreviations: FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; MAAS, Mindfulness Attention Awareness Scale; CFQ, Cognitive Fusion Questionnaire; STAI-S, State-Trait Anxiety Inventory (State); STAI-T, State-Trait Anxiety Inventory (Trait); PSS, Perceived Stress Scale; SWLS, Satisfaction With Life Scale.

Table 3
Pre-Post Changes Experienced by Participants on Each Measure

Measure	Fase	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
FFMQ	Pre	117	138	95	135	118	131	126	143	102
	Post	123	167	139	155	145	143	156	152	139
Observe	Pre	20	26	18	20	31	27	31	32	20
	Post	22	32	27	33	33	27	32	31	27
Describe	Pre	31	29	24	16	27	30	23	30	26
	Post	30	32	32	25	26	34	31	33	32
Act with awareness	Pre	29	38	16	34	25	29	22	24	12
	Post	26	40	31	36	30	28	35	31	31
Non-judging	Pre	17	21	19	26	21	20	19	23	21
	Post	21	24	24	21	24	23	26	24	24
Non-reacting	Pre	20	24	18	39	14	25	31	34	23
	Post	24	39	25	40	32	31	32	33	25
MAAS	Pre	56	82	41	72	45	54	44	56	41
	Post	51	85	62	74	67	64	79	64	62
CFQ	Pre	27	21	35	14	28	26	21	22	37
	Post	29	7	26	19	24	20	13	18	26
Neuroticism	Pre	60	47	71	57	68	58	51	53	66
	Post	49	40	66	47	54	56	50	49	50
STAI-E	Pre	42	9	41	15	20	31	15	18	29
	Post	35	3	19	12	13	13	11	9	19
STAI-R	Pre	27	11	41	16	32	24	15	16	35
	Post	34	5	32	21	17	25	13	17	32
PSS	Pre	29	12	44	22	31	26	21	18	38
	Post	22	12	33	16	22	24	15	22	33
SWLS	Pre	25	28	15	20	27	11	27	27	18
	Post	27	26	24	22	30	21	29	27	24

Abbreviations: see Table 2.

Discussion

The aim of this study was to assess the effects of mindfulness training following the Level 1 curriculum of the Mindfulness-based Mental Balance® (MBMB) program in people with no previous meditation experience.

With respect to the group episodic assessment, training produced significant changes in most of the dependent variables, with generalized small to medium effect sizes. It is worth highlighting that the change in the global mindfulness score (FFMQ) ($d_z = 1.20$), as well as in the describing and not reacting skills had large effect sizes ($d_z = .80$ and $d_z = 1.34$, respectively). Similarly, the change in the mindful acting score quantitatively approached a large effect size ($d_z = .78$).

Taking the effect sizes as a reference, we can hypothesize that the systematized practice of MBMB Level 1 enhances in the first instance the capacity to maintain a balanced emotional tone (equanimity), requiring a little more time to consolidate concentration (observe). This assumption is in line with Creswell et al. (2014), who found that novice practitioners made greater efforts than experts to stay focused on the object of attention, which implied a certain degree of stress. Another evidence that could support the above hypothesis is the effect size shown by the MAAS scale (focused on the observational aspect of mindfulness). In this sense, the change was medium ($d_z = .76$).

If it is true that MBMB Level 1 strengthens emotional regulation, we would expect improvement in the variables neuroticism, anxiety and perceived stress. Regarding neuroticism, significant changes were found in our study, with a medium effect size ($d_z = .75$). However, as this variable is a personality trait, the changes experienced may not be sustained over time. This is most likely to be transitory at this point in the training, requiring more time for the change to consolidate in the long term.

The findings in anxiety indicate a significant change with medium effect size in its anxiety-state scale ($d_z = .74$), but not in the trait scale (consistent with a temporal change in neuroticism).

($d_z = .22$). This change in state-anxiety can be interpreted as an indicator of a lower activity of the Default Mode Network (Saviola et al., 2020), with a consequent lower irruption of thoughts. Likewise, levels of perceived stress also decreased significantly, although with a small effect size ($d_z = .35$). This smaller change in stress could be linked to the effect size experienced by the subscale “non-reactivity of inner experience” of mindfulness, like to the evidence found by Ede et al. (2020).

These data support the hypothesis we advanced earlier, reinforcing the idea that MBMB Level 1 promotes equanimity in the first instance, and to a lesser extent concentration. On the other hand, this points to the fact that this meditative system effectively fulfills its design intention, that is, to increase parasympathetic tone (vagal brake) to subsequently observe the contents of consciousness in relative mental quiet.

Finally, in relation to anxiety, the effect sizes we have found in our study are higher than those shown by MBSR and MBCT (Goyal et al., 2014), both at two months ($d = .38$) and at six months ($d = .22$). This means that MBMB could be more effective in reducing anxiety than the usual MBIs, something that should be analyzed in future studies.

The Relational Frame Theory (RMT) (Hayes et al., 2001) considers that humans suffer from literally believing the content of thoughts and feelings. This psychological process, called cognitive fusion, leads to behavioral regulation based on inflexible verbal rules, rather than by direct experience. The opposite process is defusion, which consists of weakening the control that such verbal rules exert over behavior, making the individual's behavioral repertoire more flexible by enabling regulation by contingencies (Hayes et al., 2012).

We found significant improvements in cognitive fusion, with medium effect size ($d_z = .51$). This measure is positively related to the level of neuroticism, such that, as indicated by TMR, people with a high level of cognitive fusion are more susceptible to distressing emotions (Huang et al., 2021). Much of the benefits found in levels of cognitive fusion are due to the systematic use of subvocal labels, for example, during inhalation and exhalation, noticing external distractions, or becoming aware of thought irruption. These resources are especially effective for noticing, moment by moment, what emerges in the field of consciousness throughout the meditation, leading to a progressive weakening of the identification with the “self-as-concept” (García-Campayo, 2020). Another key to facilitate cognitive defusion is the pointing out of the mindful state of awareness and its subsequent stabilization, so that the practitioner ends up identifying with the consciousness and not with its contents. This identification also leads to a consequent progressive deconstruction of the self. These improvements are consistent with the postulates of RFT, which predicts an indirect weakening of the conceptual self by using mindfulness and acceptance processes (Hayes et al., 2012).

Another episodic assessment in which significant changes were found was life satisfaction, with a medium effect size ($d_z = .60$). This improvement is probably due to the symbiosis of all the positive results described above. Thus, after MBMB Level 1, participants would have increased the frequency in which they are in a mindful state of awareness, with a consequent reduction in suffering and increase in subjective well-being.

It is important to note that the individual-level results derived from the NAP indices and the episodic pre–post comparisons

capture different dimensions of change and, therefore, should not be interpreted as interchangeable. While pre–post analyses reflect differences between two aggregated time points, the NAP index evaluates the degree of non-overlap between baseline and intervention phases across all repeated observations, making it particularly sensitive to intra-individual variability and non-monotonic change trajectories. Consequently, some participants may show pre–post improvements while still presenting low NAP values due to partial overlap between phases or fluctuating patterns during training, rather than reflecting a true deterioration.

Accordingly, the individual improvements observed across participants are broadly consistent with the group-level findings, although the magnitude of change at the individual level, as indexed by NAP, ranged from small to moderate. This pattern reflects heterogeneity in individual change trajectories rather than uniform or strictly linear improvement, underscoring the value of combining episodic group-level analyses with intensive idiographic approaches to obtain a more nuanced and ecologically valid understanding of the effects of mindfulness training, particularly during early stages of practice and among novice practitioners.

Conclusions

Synthesizing the findings found at the individual and group levels of analysis, this study shows that the Mindfulness-based Mental Balance® program produced significant and moderate improvements in the variables studied. Specifically, it increased the quality and life satisfaction of the individuals, in addition to producing some changes in personality. Similarly, and based on the effects on mindfulness, cognitive fusion, anxiety and perceived stress, MBMB can be considered a training that promotes psychological flexibility and the consequent reduction of suffering. This study also expands the scientific literature on the specific benefits offered by mindfulness meditation based exclusively on breathing, something infrequent in trials conducted with other mindfulness programs, where miscellaneous meditative practices are performed, which makes it difficult to discern the unique effects of each one of them.

This study has some limitations. Firstly, the sample size makes it difficult to generalize the results if they are considered in isolation. For this reason, future research should include replication studies with larger samples, particularly randomized controlled trials, in order to increase statistical power and generalizability. On the other hand, the measures used were exclusively self-report. In future studies, efforts should be made to use complementary measures, in addition to carrying out short- and medium-term follow-up evaluations.

In our opinion, a line of work to follow, both in the case of MBMB and in new generation mindfulness-based programs, should be its evaluation in a soteriological context that pursues the promotion of psychological or eudaimonic well-being, where mindfulness practice is likely to offer its full potential, bringing deeper benefits to practitioners.

Funding

This work did not receive specific funding from public sector agencies, commercial or non-governmental organizations.

Conflict of Interest Statement

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

References

- Anālayo, B. (2020). Attention and mindfulness. *Mindfulness*, 11(5), 1131-1138. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01286-5>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barlow, D. H., Nock, M., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior for change*. Pearson.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Carmona Rincón, I. (2021, mayo). *Mindfulness-based mental balance en meditadores experimentados: Un estudio controlado de línea base múltiple* [Comunicación presentada en congreso]. IV congreso internacional de inteligencia emocional y bienestar, Zaragoza, España.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cordero, A., Pamos, A., & Seisdedos, N. (2008). *Inventario de personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R)*. TEA Ediciones.
- Costa Jr, P., McCrae, R., & Kay, G. (1995). Persons, places, and personality: Career assessment using the revised NEO personality inventory. *Journal of Career Assessment*, 3(2), 123-139. <https://doi.org/10.1177/106907279500300202>
- Creswell, J. D., Pacilio, L. E., Lindsay, E. K., & Brown, K. W. (2014). Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.02.007>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Ede, D. E., Walter, F. A., & Hughes, J. W. (2020). Exploring how trait mindfulness relates to perceived stress and cardiovascular reactivity. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(4), 415-425. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09871-y>
- García-Campayo, J. (2020). *Vacuidad y No-Dualidad [Vacuity and Non-Duality]*. Kairós.
- Germer, C., & Neff, K. (2019). *Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals*. Guilford Press.
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 311(3), 357-368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI) [Psychometric update and differential functioning of items in the State Trait Anxiety Inventory (STAI)]. *Psicothema*, 23(3), 510-515. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3687191>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, S. C. H. D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press.
- Huang, J., Ding, S., Xiong, S., & Liu, Z. (2021). The mediating effects of diabetes distress, anxiety, and cognitive fusion on the association between neuroticism and fear of hypoglycemia in patients with type 2 diabetes. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 697051. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.697051>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. Random House.
- Kabat-Zinn, J. (2017). Too early to tell: the potential impact and challenges—ethical and otherwise—inherent in the mainstreaming of dharma in an increasingly dystopian world. *Mindfulness*, 8(5), 1125-1135. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0758-2>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). *Single-case designs technical documentation*. Retrieved from What Works Clearinghouse Website: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED510743.pdf>
- Núñez, J., Martín-Albo, J., & Domínguez, E. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en sujetos practicantes de actividad física [Psychometric properties of the satisfaction with life satisfaction scale in subjects practicing physical activity]. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(2), 291-304. <https://ddd.uab.cat/record/62562>
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Purser, R. E., & Milillo, J. (2014). Mindfulness revisited: A buddhist-based conceptualization. *Journal of Management Inquiry*, 24(1), 3-24. <https://doi.org/10.1177/1056492614532315>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a european spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the spanish version of the “Cognitive Fusion Questionnaire”. *Behavioral Psychology*, 22(1), 117-132. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/fusion-cognitiva-en-el-cuidado-familiar-de-personas-con-demencia-propiedades-psicometricas-de-la-version-espanola-del-cuestionario-de-fusion-cognitiva/>

- Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., & De Pisapia, N. (2020). Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Scientific Reports*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68008-z>
- Segovia, S. (2017). *Mindfulness: Un camino de desarrollo personal*. Desclee de Brouwer
- Segovia, S. (2019). Psicobiología de mindfulness. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*. 4(1), 58-68. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.126>
- Solé-Leris, A., & Vélez de Cea, A. (1999). *Majjhima Nikaya. Los sermones medios del Buda [Majjhima Nikaya. Middle sermons of the Buddha]*. Kairós.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, S., Álvarez, E., & Pérez, V. (2012). Psychometric proprieties of spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 19-26. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/75/ENG/14-75-ENG-19-26-466350.pdf>
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the state trait anxiety inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Thupten, J. (2019). The question of mindfulness' connection with ethics and compassion. *Current Opinion in Psychology*, 28, 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.016>
- van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36–61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- van Vugt, M. K., Moye, A., Pollock, J., Johnson, B., Bonn-Miller, M. O., Gyatso, K., Thakchoe, J., Phuntsok, L., Norbu, N., Tenzin, L., Lodroe, T., Lobsang, J., Gyaltzen, J., Khechok, J., Gyaltzen, T., & Fresco, D. M. (2019). Tibetan buddhist monastic debate: Psychological and neuroscientific analysis of a reasoning-based analytical meditation practice. *Progress in Brain Research*, 244, 233-253. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2018.10.018>

Artículo

Masculinidades Compasivas: La Incorporación de la Compasión y la Autocompasión en la Salud Mental Masculina

Sebastián Urrea 

Universidad Autónoma de Chile (Chile)

INFORMACIÓN

Recibido: 09/08/2025

Aceptado: 19/01/2026

Palabras clave:

Masculinidad

Salud mental masculina

Compasión

Autocompasión

RESUMEN

Este artículo propone un modelo conceptual de masculinidades compasivas, articulando hallazgos empíricos y desarrollos teóricos provenientes de la psicología clínica, la intervención comunitaria y los estudios de género. A partir de una revisión crítica y argumentativa, se analiza cómo la masculinidad hegemónica—caracterizada por la represión emocional, la autosuficiencia y la competitividad—afecta negativamente la salud mental de los hombres y refuerza estructuras de desigualdad. En respuesta, se plantea la autocompasión como una herramienta terapéutica y política para promover una transformación subjetiva y relacional que favorezca nuevas formas de ser hombre, más empáticas, equitativas y corresponsables.

El artículo integra aportes de la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el mindfulness en su dimensión ética, destacando su potencial para reconfigurar narrativas identitarias masculinas. Se subraya la relevancia de implementar estas estrategias en espacios clínicos, educativos y comunitarios, enfatizando el riesgo de instrumentalización neoliberal de la compasión si no se vincula con una crítica estructural. En conjunto, se ofrece una propuesta teórico-aplicada que permite trabajar la autocompasión masculina desde una perspectiva interseccional, decolonial y feminista, orientada a la justicia social.

Compassionate Masculinities: Reflections on Compassion and Self-Compassion in Men's Mental Health

ABSTRACT

This article presents a conceptual framework for compassionate masculinities, drawing on empirical findings and theoretical developments from clinical psychology, community intervention, and gender studies. Through a critical and constructive literature review, it examines how hegemonic masculinity—marked by emotional suppression, self-sufficiency, and competitiveness—negatively impacts men's mental health while sustaining gender inequalities. In response, self-compassion is proposed as a therapeutic and political resource for fostering personal and relational transformation, enabling men to engage in more empathetic, equitable, and co-responsible ways of being.

The article integrates insights from Compassion Focused Therapy (CFT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and ethically grounded mindfulness, highlighting their potential to reconfigure masculine identity narratives. It emphasizes the relevance of implementing these strategies in clinical, educational, and community settings, while cautioning against their neoliberal co-optation when divorced from structural critique. The paper offers a theoretically grounded and applied proposal to cultivate male self-compassion from an intersectional, decolonial, and feminist lens aimed at advancing social justice.

Keywords:

Masculinity

Men's mental health

Compassion

Self-compassion

Introducción

El concepto de masculinidad, históricamente asociado a ideales de fortaleza, racionalidad y competitividad (Connell, 1995), ha sido revisado críticamente desde el feminismo y las ciencias sociales, evidenciando sus costos en salud mental y relaciones de género.

En el siglo XX, este modelo fue cuestionado de forma decisiva por el movimiento feminista y las ciencias sociales críticas. Estos activismos y marcos teóricos evidenciaron cómo el modelo hegemónico, además de sostener relaciones jerárquicas de género, limitaba el desarrollo emocional masculino y la capacidad de los hombres de establecer vínculos equitativos y auténticos (Kirby et al., 2024).

Las transformaciones sociales impulsadas por los feminismos y los movimientos LGBTIQ+ han intensificado estas tensiones, demandando masculinidades más empáticas, equitativas y cuidadosas, así como la revisión crítica de los privilegios masculinos (Connell y Messerschmidt, 2005; O'Neill, 2015). Este proceso genera conflictos emocionales e identitarios en muchos hombres al intentar conciliar expectativas tradicionales con nuevas exigencias sociales (Seidler et al., 2016; Giazitzoglu, 2020).

Este artículo propone un modelo conceptual de masculinidades compasivas a partir de una revisión narrativa crítica con propósito integrador (Grant y Booth, 2009), articulando hallazgos empíricos y desarrollos teóricos provenientes de la psicología clínica, la intervención comunitaria y los estudios de género.

En América Latina existe una amplia trayectoria de estudios de masculinidades (Poo y Vizcarra, 2020; Baer, 2004; Pollert, 2024; Vázquez-Parra et al., 2024; Martínez-Guzmán y Medina-Cárdenas, 2024). Sin embargo, las vivencias de “ser hombre” siguen estando poco problematizadas en la práctica social, pese a las altas cifras de violencia (Wiederkehr et al., 2022). Esta paradoja obedece, en parte, a la invisibilización de las problemáticas de salud mental de los hombres, a la escasez de discursos y representaciones que promuevan masculinidades positivas y no violentas (Aguayo, 2022; Aravena et al., 2018).

Frente a este escenario, este artículo propone un marco conceptual integrado para la transformación identitaria masculina basado en la compasión y la autocompasión. Mediante la integración de estrategias de intervención cognitivo-conductual contextual, se busca facilitar cambios conductuales y emocionales. El objetivo final es reconstruir narrativas identitarias desde la humanidad compartida, la equidad y el bienestar personal y colectivo, cuestionando así la masculinidad hegemónica y su impacto individual y social.

La propuesta apunta a desarrollar enfoques integrales y compasivos para abordar las masculinidades en la investigación y la práctica, destacando la autocompasión como una herramienta clave para superar las limitaciones de los modelos tradicionales.

De Masculinidad a Masculinidades: Una Evolución Conceptual y Práctica

El concepto de masculinidad ha transitado desde una noción homogénea y estática hacia un enfoque plural que reconoce la diversidad de experiencias de ser hombre. Inicialmente considerada universal, la masculinidad se definía por roles rígidamente ligados al poder, la fuerza y la autoridad. Fueron las teorías feministas y de género las que impulsaron de manera decisiva la comprensión de las masculinidades en plural.

Raewyn Connell (1995) consolidó este cambio paradigmático al proponer una jerarquía de masculinidades —hegemónicas, subordinadas, cómplices y marginalizadas—, cuya configuración está influida por la clase, la raza, la orientación sexual y el contexto cultural. El feminismo fue fundamental para evidenciar la construcción social de las identidades de género y la necesidad de analizar la masculinidad dentro de estructuras de poder más amplias (O'Neill, 2015).

Desde la segunda ola del feminismo, los estudios de género han señalado que los privilegios masculinos y las normas de género refuerzan jerarquías sociales. La noción de *masculinidad hegemónica* permitió demostrar cómo ciertas expresiones masculinas se imponen culturalmente sobre otras, generando exclusión y desigualdad tanto entre los hombres como hacia otros géneros.

Según Connell (1987, 1995), la masculinidad hegemónica es la forma culturalmente exaltada y dominante en un contexto específico (Messerschmidt, 2019). Esta configuración legitima la dominación masculina sobre las mujeres y otras masculinidades subalternas, y se asocia a la competitividad, el rechazo a la vulnerabilidad, la autosuficiencia emocional, la agresividad y la necesidad de control (Connell, 1987), valores que se ven reforzados por la ideología neoliberal (Forbes, 2022).

Es crucial comprender que la masculinidad es relacional, plural y fluida. Coexisten múltiples configuraciones, y una puede predominar sobre otras, pudiendo ser reemplazada según el espacio y el tiempo (Connell y Messerschmidt, 2005). Lo que es hegemónico en un contexto puede no serlo en otro, y los hombres suelen alinearse con la forma predominante en su entorno (Giazitzoglu, 2020). Esta variación se observa, por ejemplo, al contrastar masculinidades asociadas al trabajo manual con aquellas de sectores profesionales y tecnológicos, cuyas reconfiguraciones se han intensificado tras la pandemia de COVID-19 (Orman et al., 2024).

Frente a este panorama, la teoría de la *masculinidad inclusiva* de Eric Anderson (2009) plantea que, con la reducción de la homofobia, han emergido masculinidades más flexibles e inclusivas. Sin embargo, O'Neill (2015) advierte que este enfoque puede minimizar las dinámicas de poder persistentes y la reproducción de las desigualdades de género, una crítica análoga a la dirigida a la perspectiva postfeminista que, al neutralizar las demandas feministas (McRobbie, 2009), invisibiliza las desigualdades estructurales.

Dentro del propio feminismo se han generado críticas internas relevantes, como el cuestionamiento a la esencialización de “la mujer” como único sujeto del movimiento, lo que homogeniza experiencias, excluye diferencias interseccionales y reproduce el binarismo de género (Nijensohn, 2019). Esta postura dificulta reconocer la agencia de otros sujetos en la búsqueda de la equidad, incluidos los hombres que buscan transformar sus masculinidades.

Si bien algunas corrientes feministas rechazan visibilizar a los hombres como agentes de cambio para no desviar el foco de la lucha central, otras sostienen que, desde una postura consciente y crítica, los hombres pueden participar en la deconstrucción de las estructuras patriarcales sin buscar protagonismo (Fabbri, 2016; Vergara-Duveaux, 2018; Mardones-Leiva, 2019). En esta línea, Malena Nijensohn (2019) propone una articulación feminista amplia que incluya la diversidad y las identidades trans, manteniendo la coherencia política para evitar la fragmentación del movimiento.

Actualmente, los enfoques teórico-prácticos sobre masculinidades adoptan una perspectiva interseccional para analizar sus transformaciones, lo que incluye el estudio de masculinidades no hegemónicas, los costos emocionales del privilegio y la deconstrucción de estereotipos, así como su impacto en la salud integral (O'Neill, 2015). Desde esta mirada, se impulsan iniciativas educativas, terapéuticas y comunitarias que buscan sensibilizar a los hombres, fomentar la autocompasión y promover masculinidades inclusivas y corresponsables, contribuyendo así a reducir desigualdades y mejorar la calidad de vida (Kirby et al., 2024).

En América Latina, donde las masculinidades hegemónicas están profundamente arraigadas, países como Brasil y México presentan elevados niveles de mortalidad masculina relacionados con conductas violentas y autolesivas (de Keijzer et al., 2022).

Investigaciones recientes demuestran que los hombres que perciben su masculinidad como amenazada son más propensos a exhibir comportamientos agresivos, participar en actos de agresión física (Vincent et al., 2025) y a eludir la responsabilidad por sus acciones (Haselhuhn y Ormiston, 2024). Este fenómeno, conocido como “masculinidad precaria”, postula que la masculinidad es un estatus social que debe ser constantemente demostrado y defendido, a menudo a través de la violencia (Bosson et al., 2009).

La sociedad valida y reproduce estas prácticas de género desde la socialización temprana, donde se induce a los niños a adherir a normas que valoran la fuerza, la dominancia y la supresión de la vulnerabilidad (Connell y Messerschmidt, 2005). Este aprendizaje social se ve reforzado por los medios de comunicación, que frecuentemente glorifican la violencia como un atributo masculino deseable (Gerbner et al., 2002), y por la impunidad social y legal frente a estos actos, lo que transmite el mensaje implícito de que tales comportamientos son tolerables o incluso esperables (Vincent et al., 2025).

Masculinidades Hegemónicas y su Impacto en la Salud Mental Masculina

Las normas de género tradicionales, además de sostener las estructuras de poder patriarcal, impactan negativamente en la salud mental de los hombres (Affleck et al., 2018). Quienes adhieren a mandatos masculinos tradicionales enfrentan una mayor propensión a la depresión, la ansiedad, el estrés, el aislamiento emocional, la autoexigencia desmedida (Aguayo, 2022) y comportamientos de riesgo (Haselhuhn y Ormiston, 2024; Zielke et al., 2023). Este malestar responde a la presión constante por ajustarse a expectativas de éxito, control y al rol de proveedor (Connell, 1987, 1995; Messerschmidt, 2019; Forbes, 2022).

La necesidad de demostrar superioridad genera frustración e insatisfacción, mientras que la rigidez de estos mandatos limita la exploración y expresión de identidades masculinas más auténticas. La autosuficiencia emocional y el rechazo a la vulnerabilidad fomentan el aislamiento y dificultan la construcción de vínculos saludables y redes de apoyo, lo que puede derivar en desesperanza, depresión y estrategias de afrontamiento disfuncionales (Seidler et al., 2016; Giazitzoglu, 2020; Nayak y Bonner-Thompson, 2022).

Estas normas limitan la capacidad de los hombres para regular sus emociones de manera adaptativa. Desde la infancia, se les induce a evitar la vulnerabilidad, lo que genera dificultades en la identificación y el procesamiento emocional (Levant, 2011). Este patrón se conoce como “alexitimia masculina”, un déficit en

la regulación emocional que se asocia con una menor búsqueda de ayuda profesional y una mayor predisposición a recurrir a la agresión y al abuso de sustancias (Seidler et al., 2016).

Una de las consecuencias más críticas es el suicidio. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) reporta que sigue siendo una de las principales causas de muerte a nivel global, especialmente entre los 15 y 29 años. En 2021, fue la tercera causa de muerte en este grupo etario, con aproximadamente 727.000 personas fallecidas por esta causa anualmente, de las cuales el 73% ocurrió en países de ingresos bajos y medianos. Para los hombres jóvenes en América, los determinantes clave incluyen el desempleo, el consumo de alcohol y sustancias, y la falta de apoyo social. Se trata de un grave problema de salud pública que requiere intervenciones basadas en evidencia, multisectoriales e integrales.

A pesar de que durante décadas se ha resaltado la importancia de contar con servicios de salud mental pertinentes y efectivos para hombres (Horwitz, 1977; Pollack, 2005; Shepherd et al., 2023), ellos muestran una notable reticencia a buscar ayuda psicológica (Seidler et al., 2016; Steinfeldt et al., 2009). Esta barrera se atribuye principalmente a una socialización que fomenta la agresividad, autosuficiencia, estoicismo y la represión emocional (Good y Robertson, 2010; Yousaf et al., 2015; McGrane et al., 2020), generando ambivalencia hacia la terapia, un espacio que requiere vulnerabilidad y exploración emocional (Seidler et al., 2016). Algunos autores también atribuyen la baja participación masculina en terapia a la escasez de servicios específicos y a la predominancia de terapeutas mujeres en la profesión (Kiselica y Englar-Carlson, 2010; Morgan et al., 2022; White y Tod, 2022).

La masculinidad hegemónica suele percibir las prácticas de bienestar como una debilidad, lo que lleva a muchos hombres a prescindir de estos espacios para evitar la vergüenza y la pérdida de estatus social frente a sus pares (Addis y Cohane, 2005; Haselhuhn y Ormiston, 2024; French, 2021). Además, algunos hombres experimentan dificultades para establecer relaciones terapéuticas efectivas (Johnson et al., 2012; Seidler et al., 2021), lo que refuerza la evitación de estos servicios (Shepherd et al., 2023).

En conjunto, estas características evidencian la necesidad urgente de repensar las masculinidades tradicionales y desarrollar estrategias psicoterapéuticas que promuevan masculinidades más flexibles y saludables, permitiendo la integración de la vulnerabilidad y el cuidado en las identidades masculinas. Las normas sociales masculinas no solo perpetúan desigualdades de género, sino que también imponen una carga emocional significativa que puede conducir al agotamiento y la desconexión emocional (Malesic, 2022). En este contexto, la autocompasión se erige como un componente clave para mitigar estos efectos, ya que permite a los hombres reconocer sus dificultades sin recurrir a la autocrítica extrema (Kirby et al., 2024).

Masculinidad y Procesos Psicoterapéuticos

Desde una perspectiva cognitivo-conductual contextual, las problemáticas asociadas a la masculinidad tradicional pueden abordarse mediante estrategias como la reestructuración cognitiva, la exposición gradual a la vulnerabilidad emocional en contextos grupales seguros (Kirby et al., 2024; Hadley y Novitch, 2021) y la práctica de la compasión, entendida como la sensibilidad ante el sufrimiento propio y ajeno, junto con la motivación para aliviarlo (Gilbert, 2014; Scarantino, 2024).

La evidencia reciente indica que los hombres que cultivan la compasión experimentan menores niveles de estrés y evitación emocional, así como un mayor bienestar emocional y relaciones interpersonales más saludables (Kirby et al., 2024). Por su parte, la autocompasión permite que los hombres reconozcan y enfrenten sus dificultades con una actitud amable y comprensiva, lo que mitiga la autocritica extrema. Este enfoque favorece la toma de conciencia sobre las limitaciones, los miedos y los patrones de comportamiento que contribuyen a su malestar, constituyendo el primer paso hacia la transformación personal. Al identificar las áreas que requieren cuidado y aceptar las vulnerabilidades, es posible trabajar en ellas de manera constructiva (Gilbert, 2014; Germer y Neff, 2019).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) proporciona un marco teórico particularmente útil para trabajar con hombres en la reconstrucción de su identidad de género (Ming et al., 2024). Este modelo plantea que la rigidez de la identidad masculina genera sufrimiento al impedir que los hombres vivan de acuerdo con sus valores personales auténticos (Hayes, 2012; A-Tjak et al., 2015; Ferreira et al., 2022; Levin et al., 2024). Por lo tanto, esta estrategia promueve, mediante el entrenamiento de la flexibilidad psicológica, que los hombres identifiquen cómo sus creencias rígidas sobre la masculinidad afectan su bienestar y, en consecuencia, se comprometan con la construcción de relaciones más equitativas y saludables (Ming et al., 2024).

En este sentido, el estudio de Zielke et al. (2023) describe 85 intervenciones exitosas realizadas en América, las cuales, mediante metodologías participativas y culturalmente relevantes para fortalecer el impacto subjetivo del proceso, fomentaron la reflexión crítica, la expresión emocional y modelos alternativos de masculinidad basados en el cuidado, el respeto y la equidad. Sus hallazgos evidencian la importancia de incorporar este enfoque en espacios educativos, especialmente desde edades tempranas y en articulación con el personal docente y las familias.

Quienes firman el estudio recomiendan, además, diseñar intervenciones de mediano y largo plazo que incluyan mecanismos de evaluación rigurosos y alianzas comunitarias, con el fin de favorecer la sostenibilidad y la pertinencia cultural de los programas. Es crucial considerar que las intervenciones más efectivas promueven la transformación a múltiples niveles: relacional, simbólico, material, afectivo, comunitario y cognitivo-conductual, siendo este último central para los objetivos de prevención.

Método

Este estudio consiste en una revisión narrativa crítica con enfoque interpretativo (Greenhalgh et al., 2018; Grant y Booth, 2009), orientada a la construcción de una propuesta conceptual integrada sobre masculinidades compasivas. Su objetivo fue sintetizar y analizar críticamente la literatura para articular un marco aplicable a contextos psicoterapéuticos y socioeducativos, priorizando la densidad teórica y el potencial transformador de los textos.

Criterios de Selección y Proceso de Búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó entre enero y septiembre de 2025 en las bases de datos Scopus, Web of Science, PubMed y SciELO, considerando publicaciones entre 2003 y 2024. Se utilizó una combinación de descriptores en español e inglés:

(Masculinidad OR masculinities) AND (salud mental masculina OR men's mental health) AND (compasión OR autocompasión OR compassion OR self-compassion) AND (CFT OR ACT).

La búsqueda se ejecutó en los campos de título, resumen y palabras clave de cada base de datos.

Criterios de Inclusión/Exclusión

Pertinencia temática. Abordar la intersección entre masculinidad, salud mental y compasión/autocompasión.

Relevancia teórica o empírica. Textos fundacionales o con contribuciones significativas a la discusión.

Tipo de fuente. Artículos en revistas indexadas (Q1/Q2), libros y capítulos de editoriales académicas de prestigio.

Enfoque. Se privilegiaron perspectivas críticas, feministas, interseccionales o decoloniales.

Proceso de Selección y Cribado

Dada la naturaleza integradora y teórico-constructiva de esta revisión, se adoptó un muestreo intencionado (Patton, 2014) con el objetivo de alcanzar saturación teórica, más que exhaustividad cuantitativa. El proceso de selección fue iterativo y reflexivo, tal como corresponde a las revisiones narrativas críticas que priorizan la profundidad conceptual y la construcción teórica (Greenhalgh et al., 2018).

La búsqueda inicial en las bases de datos mencionadas arrojó aproximadamente entre 180 y 200 registros. Tras eliminar duplicados y realizar una lectura preliminar de títulos y resúmenes, se descartaron aquellos trabajos que:

No abordaban de manera directa la intersección entre masculinidad, salud mental y compasión/autocompasión.

Carecían de enfoque teórico-crítico o clínico relevante para los objetivos del estudio.

Correspondían a contextos o poblaciones alejadas del marco cultural y conceptual de interés.

De este modo, se seleccionaron 65 textos para lectura completa, los cuales fueron evaluados en profundidad en función de su aporte a los ejes conceptuales emergentes. Tras este análisis detallado, y mediante un proceso de triangulación teórica, se conformó el corpus final de 28 textos que ofrecían la mayor densidad conceptual y permitieron alcanzar la saturación teórica necesaria para la construcción del marco propuesto.

Estrategia de Análisis

El análisis se realizó mediante un análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2006). Este proceso iterativo permitió identificar, organizar e interpretar patrones significativos en los datos textuales, con un enfoque crítico y constructivo. A través de este método, emergieron cuatro núcleos conceptuales que estructuran el artículo:

- Los efectos de la masculinidad hegemónica en la salud mental masculina.
- El rol de la compasión y la autocompasión en la regulación emocional y en la construcción de nuevas masculinidades.
- La integración de estas nociones en modelos psicoterapéuticos y comunitarios.
- Bases para una propuesta teórico-práctica de intervención.

Fundamentación de la Problemática

Desde la psicología social y la teoría del rango social, los hombres que perciben amenazado su estatus suelen resistirse a mostrar compasión hacia sí mismos y hacia los demás (Kirby et al., 2024; Gilbert, 2015; Riebel et al., 2023). En contraste, las intervenciones que fundamentan la identidad masculina en la autocompasión aumentan la disposición a adoptar nuevas masculinidades y disminuyen la agresividad ante situaciones que desafían dicha identidad (Haselhuhn y Ormiston, 2024; Zielke et al., 2023; Kirby et al., 2024; Gilbert, 2014). En esencia, un enfoque compasivo mejora la salud mental de los hombres y promueve relaciones más equitativas y corresponsables (Gilbert, 2015).

Valores budistas como la “impermanencia del yo” y la “compasión universal” (o *metta*) ofrecen un marco ético para desafiar las normas de género tradicionales y fomentar masculinidades más compasivas (Forbes, 2022; Mosqueiro et al., 2024). La compasión, entendida como la capacidad de reconocer el sufrimiento y la motivación para aliviarlo, permite analizar críticamente las desigualdades y los privilegios estructurales, transformando dinámicas colectivas e individuales desde una perspectiva empática (Gilbert, 2015; Zielke et al., 2023).

Esta mirada compasiva ayuda a develar cómo las normas de género afectan de manera desigual a mujeres y hombres, generando opresión, violencia y limitaciones para todos (Zielke et al., 2023). Así, se evidencian tanto los costos emocionales y sociales que los hombres enfrentan al ajustarse al mandato hegemónico, como el impacto de este mandato en las mujeres y otras identidades marginadas (Gilbert, 2015; Zielke et al., 2023). En contextos educativos, la compasión facilita diálogos sensibles que permiten reflexionar sobre los privilegios masculinos sin apelar a la culpa o la vergüenza, promoviendo la autocompasión y la corresponsabilidad (Zielke et al., 2023). De este modo, se contribuye a cambios genuinos y sostenibles que promueven relaciones de género equitativas, considerando las intersecciones de género, clase, raza y otras variables sociales.

Es crucial diferenciar este enfoque de aplicaciones superficiales del mindfulness. Aunque esta práctica ha ganado popularidad, ha sido criticada por desvincularse de sus raíces budistas y convertirse en una herramienta individualista para el éxito personal, fenómeno denominado “McMindfulness” (Purser, 2019). Esta crítica se extiende a algunos programas de masculinidad y mindfulness que, en su intento por promover estilos saludables, pueden acabar reforzando normas neoliberales al enfocarse en la competitividad y el éxito individual (Forbes, 2022; Mosqueiro et al., 2024). En estos casos, la vulnerabilidad se presenta a menudo como una estrategia para optimizar el rendimiento y reforzar la identidad masculina, en lugar de cuestionar las estructuras de poder que perpetúan las desigualdades de género (Lomas et al., 2018; Smallen, 2019).

Para evitar esta cooptación, es esencial que los programas de autocompasión integren los valores budistas originales (Purser, 2019; Forbes, 2022; Mosqueiro et al., 2024) junto con marcos éticos decoloniales y feministas, priorizando la justicia social sobre el mero ajuste individual a las normas hegemónicas (Gilbert, 2015; Nijensohn, 2019). Desde esta perspectiva auténtica, el mindfulness ayuda a los hombres a liberarse de la necesidad de demostrar constantemente su masculinidad, reduciendo la ansiedad y el estrés (Loy, 2013; Zielke et al., 2023). La compasión universal promueve la empatía y

la conciencia de la interdependencia, favoreciendo la comprensión de las dinámicas que perpetúan el sufrimiento personal y social.

Este proceso de autorreflexión compasiva genera cambios significativos en el diálogo interno y en la relación con los demás, fomentando interacciones más equitativas, saludables y no violentas (Kirby et al., 2024; Gilbert, 2014, 2015; Zielke et al., 2023; Flanagan y Clough, 2024; Mosqueiro et al., 2024), a la vez que aumenta la resiliencia ante el estrés y la depresión (Singha, 2024; Zielke et al., 2023).

En síntesis, la compasión, anclada en una perspectiva budista y crítica, es una pieza clave para construir entendimientos profundos, promover una empatía transformadora y fomentar acciones orientadas a una transformación social verdaderamente justa.

Autocompasión: Definición y Procesos Psicológicos Implicados

Desde la psicología, la autocompasión es conceptualizada como una actitud saludable hacia uno mismo frente al sufrimiento, el fracaso o la percepción de insuficiencia (Neff, 2011). Según el modelo de Kristin Neff (2011), este constructo se compone de tres elementos interrelacionados que interactúan dinámicamente:

Amabilidad hacia uno mismo: Implica tratarse con cuidado y comprensión en momentos de dificultad, en lugar de recurrir a la autocritica o la autoexigencia severa. Este componente desafía directamente los juicios internalizados que amplifican el malestar.

Humanidad compartida: Se refiere a la capacidad de entender que el sufrimiento y la imperfección son parte inherente de la experiencia humana universal. Esta perspectiva contrarresta los sentimientos de aislamiento e inadecuación.

Mindfulness (Atención plena): Consiste en la capacidad de observar las emociones dolorosas con equilibrio y aceptación, sin evitarlas ni caer en una sobreidentificación con ellas (Singha, 2024; Gilbert, 2015).

La incorporación de la autocompasión en intervenciones terapéuticas se asocia con una mejora del bienestar subjetivo, la reducción de la reactividad emocional, la ansiedad, la depresión y el estrés, así como el fortalecimiento de la resiliencia emocional, la autoestima y la satisfacción vital (Gilbert, 2014). Además, promueve una actitud más flexible y amable ante los desafíos, facilita el crecimiento personal y favorece la construcción de conexiones auténticas con los demás.

Los hallazgos neurocognitivos respaldan estos beneficios. Las prácticas de autocompasión parecen disminuir la actividad de la amígdala, una estructura clave en la respuesta al estrés, mientras fortalecen las regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional, como la corteza prefrontal (Singha, 2024; Gilbert, 2015). A nivel conductual, fomentan un diálogo interno más positivo, reducen la evitación experiencial y pueden prevenir el desarrollo de trastornos internalizantes como la ansiedad y la depresión (Singha, 2024; Gilbert, 2015). En su conjunto, este enfoque integrador no solo alivia el sufrimiento, sino que promueve un bienestar más duradero y relaciones más sanas, tanto con uno mismo como con el entorno (Singha, 2024; Zielke et al., 2023).

Dada su eficacia, la autocompasión se ha integrado de manera fundamental en marcos terapéuticos como la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) (Gilbert, 2014, 2015), cuyo objetivo es desarrollar un sistema interno de cuidado y tranquilidad, y en

la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), donde resulta particularmente útil para abordar problemáticas vinculadas a la autoexigencia patológica, la vergüenza y la autocrítica excesiva (Singha, 2024; Gilbert, 2014).

Definiciones Operativas y Mecanismos del Modelo

Para garantizar la claridad conceptual y la coherencia interna del marco propuesto, se definen a continuación los constructos nucleares y la lógica de cambio que fundamentan el modelo de masculinidades compasivas.

Definición Operativa de “Masculinidades Compasivas”

El término *masculinidades compasivas* designa, en este trabajo, una configuración identitaria masculina que se fundamenta en la práctica consciente y deliberada de la compasión (hacia otros) y la autocompasión (hacia uno mismo). Se caracteriza operativamente por: (a) la capacidad de reconocer el sufrimiento propio y ajeno sin evitación o juicio; (b) la motivación activa para aliviar dicho sufrimiento; (c) la sustitución de la autocrítica severa y la vergüenza por un diálogo interno amable y comprensivo; y (d) la aceptación de la vulnerabilidad como un aspecto inherente de la experiencia humana compartida. Su objetivo último es fomentar relaciones interpersonales más equitativas, corresponsables y saludables, así como un compromiso activo con la justicia social y la deconstrucción de privilegios.

Población-Objetivo y Contexto de Aplicación

El marco conceptual posee un alcance teórico amplio, aunque la propuesta de intervención aquí esbozada se diseña inicialmente para hombres adultos en contextos urbanos occidentalizados, donde predominan modelos hegemónicos mediados por valores liberales, individualistas y patriarcales. Esta delimitación constituye un punto de partida, no una limitación definitiva. Para su implementación ética en otros contextos (rurales, indígenas, afrodescendientes, etc.), se requiere un análisis interseccional y una adaptación cultural rigurosa que considere la intersección del género con clase, etnia, sexualidad, edad y cosmovisiones locales. Así, el modelo se ofrece como una plantilla conceptual y metodológica para ser crítica y colaborativamente co-construida en cada comunidad específica.

Mecanismos de Cambio Psicológico Priorizados

El modelo integrado propuesto articula tres mecanismos de cambio interdependientes, derivados de la síntesis entre la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):

Reducción de la autocrítica y la vergüenza ligadas al género: A través de prácticas de autocompasión (CFT), se busca calmar el sistema de autocrítica y de amenaza, que se activa ante la percepción de no cumplir con los mandatos de la masculinidad hegemónica (ej., “no ser suficientemente fuerte”, “mostrar debilidad”).

Incremento de la flexibilidad psicológica: Mediante estrategias de ACT, se promueve la defusión cognitiva (distancia de los pensamientos rígidos sobre la masculinidad) y la acción comprometida con valores personales auténticos. Estos valores se definen aquí como direcciones

vitales elegidas libremente, que reflejan lo que es profundamente importante para la persona en términos de bienestar, conexión y contribución, en contraste con los mandatos internalizados y a menudo rígidos de la masculinidad tradicional (como la autosuficiencia extrema, el control emocional o el éxito competitivo a toda costa).

Reconstrucción narrativa identitaria: Se facilita la creación de nuevas narrativas sobre sí mismo, que incorporen la interdependencia, la humanidad compartida y la posibilidad de una identidad masculina plural y en constante devenir, alejada de ideales monolíticos.

Aclaración Terminológica: El Proceso de Cambio y sus Dificultades

En coherencia con un enfoque no patologizante, este modelo evita la metáfora clínica de “recaída”, que podría implicar un estado de enfermedad o fracaso. En su lugar, se conceptualiza que el proceso de transformación identitaria es no lineal y puede incluir dificultades en el sostenimiento de las nuevas prácticas o la reactivación temporal de patrones cognitivo-conductuales hegemónicos internalizados. Estos momentos no se interpretan como regresiones, sino como oportunidades para ejercitar la autocompasión, analizar los desencadenantes contextuales y reforzar la flexibilidad psicológica, integrando la experiencia como parte del aprendizaje.

Con estos fundamentos teóricos y empíricos establecidos, se procede a delinear con mayor precisión el modelo de intervención propuesto. A continuación, se presentan las definiciones operativas clave y la lógica de cambio que lo sustentan.

Una Propuesta Hacia las Masculinidades Compasivas

Masculinidad compasiva es una configuración identitaria masculina que se fundamenta en la práctica consciente de la compasión y la autocompasión. Se caracteriza por la capacidad de reconocer y aliviar el sufrimiento —propio y ajeno—, sustituir la autocrítica severa por un diálogo interno amable, y aceptar la vulnerabilidad como parte de la experiencia humana. Surge de la integración de marcos como la CFT y la ACT desde una perspectiva crítica, con el objetivo final de fomentar relaciones equitativas y un compromiso activo con la justicia social.

Teniendo en cuenta el potencial de los principios de la compasión para abordar las problemáticas individuales y sociales asociadas a los mandatos masculinos tradicionales, este artículo propone el desarrollo de una intervención grupal dirigida a hombres. El objetivo central es facilitar la apertura emocional, la reconstrucción de narrativas identitarias y el desarrollo de un rol masculino basado en la humanidad compartida y el bienestar personal y colectivo.

El marco de trabajo se sustenta en la terapia cognitivo-conductual contextual, con un énfasis particular en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), por su capacidad para transformar los patrones disfuncionales asociados a la masculinidad tradicional y su énfasis en el contexto social como configurador de la identidad.

La propuesta busca que los hombres desarrollen nuevas formas de relacionarse consigo mismos y con los demás, fundamentadas en la amabilidad, el sentido de humanidad compartida y la regulación emocional adaptativa (Kirby et al., 2024). Esto se articula a través de un proceso gradual que integra instancias individuales y comunitarias, y que se estructura en cuatro fases secuenciales:

Fase 1: Exploración y Apertura Emocional

El objetivo de esta fase inicial es la creación de un espacio seguro que facilite la expresión emocional sin temor a la estigmatización. Los participantes identifican y analizan las creencias limitantes internalizadas sobre la masculinidad. Para ello, se incorporan prácticas de *mindfulness* y regulación emocional destinadas a reducir la evitación experiencial y promover una mayor aceptación y reconocimiento de las propias emociones.

Fase 2: Deconstrucción y Reconfiguración de Narrativas

Una vez establecido un espacio de confianza, se inicia un análisis crítico de los costos individuales y colectivos del modelo hegemónico de masculinidad. Se examinan las implicancias de estas normas en la salud mental, las relaciones interpersonales y la perpetuación de dinámicas de poder desiguales. A partir de este análisis, se fomenta el desarrollo de nuevas narrativas identitarias basadas en valores personales auténticos, que permitan una experiencia de masculinidad más flexible y saludable. En esta fase se introducen explícitamente modelos alternativos de masculinidad que enfatizan la equidad, la interdependencia y la compasión.

Fase 3: Desarrollo de Estrategias de Compasión y Autocompasión

Esta fase incorpora los principios y técnicas de la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) para abordar la relación que los hombres tienen consigo mismos y con su entorno. Se trabaja en la generación de un diálogo interno compasivo que reemplace la autocritica excesiva, promoviendo prácticas de autoafirmación y regulación emocional adaptativa (Singha, 2024). Asimismo, se abordan de manera directa experiencias de vergüenza y autocritica, comunes en quienes transitan procesos de cuestionamiento de la masculinidad tradicional.

Fase 4: Masculinidad Compasiva y Acción Comunitaria

La intervención culmina con la puesta en práctica de compromisos personales y colectivos orientados a consolidar una masculinidad compasiva. Los participantes diseñan estrategias concretas para implementar en su vida cotidiana, asegurando la sostenibilidad del cambio a largo plazo. Se enfatiza la creación de redes de apoyo mutuo que permitan sostener los aprendizajes y seguir avanzando en el proceso de transformación. Como cierre, se promueve una reflexión final sobre el impacto de la intervención, evaluando los cambios percibidos a nivel individual y grupal.

En su conjunto, este proceso de cuatro fases busca generar espacios de contención y reflexión que permitan cuestionar críticamente las creencias tradicionales sobre la masculinidad, promoviendo un cambio sostenible a nivel individual y colectivo hacia identidades masculinas basadas en la compasión.

Implicaciones Clínicas y Sociales

La implementación del modelo de masculinidades compasivas implica consideraciones clínicas y sociales específicas. Clínicamente, la efectividad de estas intervenciones depende de la capacidad del terapeuta para integrar marcos teóricos sólidos —como las leyes del

aprendizaje, la regulación emocional y la psicología contextual— con sensibilidad cultural que resuene con las experiencias vividas por los hombres (Papazian, 2024; Liddell et al., 2017; Ming et al., 2024; Zielke et al., 2023; Williams y Mohammed, 2013). Más allá de la técnica, el profesional debe encarnar una postura autocompasiva que modele la posibilidad de cuestionar los mandatos de género sin juicio, creando un espacio donde la vulnerabilidad deje de percibirse como falla (Gilbert, 2014).

Metodológicamente, es crucial distinguir estas intervenciones preventivas y promotoras de salud de los programas dirigidos a hombres que han ejercido violencia de género. Aunque ambos abordan el constructo de masculinidad, el enfoque compasivo aquí propuesto reconoce que la masculinidad hegemónica impacta la subjetividad de *todos* los hombres, generando un espectro de malestar desde la insatisfacción silenciosa hasta la crisis identitaria, y no puede atribuirse únicamente a grupos patologizados (Gilbert, 2014). Se trata de crear espacios legítimos de salud mental que permitan a los hombres renegociar su posición social desde autocuidado y crítica constructiva.

Desde una perspectiva metodológica experta, el trabajo terapéutico encuentra su límite en las estructuras sociales que refuerzan diariamente los mandatos tradicionales (Zielke et al., 2023). La transformación genuina requiere alianzas con sistemas educativos, laborales y comunitarios. La inclusión curricular de educación emocional, la implementación de políticas corporativas que favorezcan corresponsabilidad parental, y la creación de campañas mediáticas que visibilicen la diversidad de experiencias masculinas, son estrategias estructurales indispensables para consolidar masculinidades más equitativas y saludables a escala social.

Metodológicamente, es imperativo que este marco trascienda una aplicación universalista. La implementación debe interrogar críticamente las normas de género específicas de cada contexto cultural y cómo se intersectan con otras categorías de opresión y privilegio, como la raza, la clase, la sexualidad y la colonialidad (Crenshaw, 1991; Lugones, 2008). Por ejemplo, para un hombre indígena en contexto de marginalización histórica, la ‘autosuficiencia’ hegemónica puede tener significado, costo emocional y función social radicalmente distintos que para un hombre blanco de clase media urbana.

Clínicamente, las intervenciones deben co-construirse con las comunidades, validando saberes locales sobre el cuidado, la resiliencia y la masculinidad, y cuestionando activamente cómo el patriarcado se entrelaza con el racismo, el colonialismo y el capitalismo en la producción del sufrimiento psíquico y social (Rivera-Cusicanqui, 2010). Solo así se evitará que la ‘compasión’ se convierta en nuevo dispositivo de asimilación a normas occidentales, y podrá convertirse en herramienta genuina para la justicia social y la sanación comunitaria.

Discusión

La revisión teórica y argumentativa realizada valida la propuesta de que la compasión y la autocompasión constituyen ejes centrales para una transformación identitaria masculina efectiva. Los hallazgos consolidan que estas prácticas no son antagónicas a la fortaleza, sino que son fundamentales para facilitar cambios conductuales y emocionales profundos en los hombres (Gilbert, 2014; Kirby et al., 2024). La integración de marcos como

la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) demuestra ser particularmente eficaz, ya que no solo promueve la autocompasión, sino que también fomenta la responsabilidad afectiva y social, adaptando el cambio a las características contextuales de cada individuo (Ming et al., 2024; Gilbert, 2014; Zielke et al., 2023).

El éxito de estas intervenciones depende críticamente de la creación de espacios seguros y de contención que permitan a los hombres cuestionar la masculinidad hegemónica y analizar su impacto (Zielke et al., 2023). En estos espacios, es posible enfrentar las resistencias internas—como la autocrítica severa, el miedo a la compasión y la vergüenza por no ajustarse a los estándares tradicionales (Gilbert, 2014, 2015; Singha, 2024)—así como las barreras sociales. Estrategias específicas, como la práctica de *mindfulness* para reducir la evitación experiencial (Lomas et al., 2018; Levant y Wong, 2017) y el uso de narrativas que vinculen la autocompasión con valores tradicionales como la resiliencia (White y Epston, 1990), han demostrado ser eficaces para fomentar la participación y la apertura emocional inicial (Hayes, 2004).

Superada esta fase inicial, el proceso avanza hacia una reestructuración profunda de las narrativas identitarias (McAdams, 2018). Introducir modelos alternativos de masculinidad basados en la equidad, la interdependencia y la compasión—apoyados por referentes positivos (Wong et al., 2017)—y emplear técnicas de CFT y ACT para generar un diálogo interno compasivo (Singha, 2024; Tirsch et al., 2014), permite a los hombres reconfigurar su identidad con mayor flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2012). La evaluación continua del impacto a nivel individual y grupal es crucial para consolidar estos cambios y evitar que sean meramente temporales (Luoma et al., 2019; Lomas et al., 2018).

Es imperativo que estos programas eviten la cooptación neoliberal o individualista. La compasión debe promoverse como un motor para la justicia social y la equidad de género, no como una herramienta para optimizar el rendimiento dentro del mismo sistema patriarcal (Gilbert, 2014, 2015; Zielke et al., 2023). Esto implica, como señala Pease (2019), equilibrar la tensión entre abordar el sufrimiento masculino y evitar reforzar los privilegios patriarcales, posible mediante protocolos que vinculen la autocompasión con un análisis crítico del poder y la responsabilidad social.

En conclusión, esta discusión subraya que la perspectiva de las masculinidades compasivas representa un punto de inflexión. Reconoce la compleja posición de los hombres que, de manera simultánea, pueden experimentar los costos de una estructura opresiva, ser cómplices en su reproducción y actuar como potenciales agentes de cambio. La propuesta aquí esbozada no solo responde a una necesidad clínica urgente, sino que constituye una oportunidad ética y política para generar transformaciones colectivas en las relaciones de género, siempre que se mantenga un compromiso inquebrantable con la crítica estructural y la justicia social.

Conclusiones

Este artículo ha desarrollado el marco de masculinidades compasivas como una posición ético-clínica que aborda el sufrimiento psíquico masculino desde una doble perspectiva: el malestar individual y su entrelazamiento con mandatos sociales hegemónicos. La evidencia revisada indica que estos mandatos, aunque otorgan privilegios estructurales, generan costos emocionales profundos—

aislamiento, alexitimia funcional, autoexigencia patológica y agresión o retraimiento como respuestas a la vulnerabilidad. Frente a ello, la psicoterapia con hombres debe trascender lo meramente sintomático para traducir el malestar en crítica consciente, evitando tanto la patologización reduccionista como la justificación de privilegios.

La principal aportación del modelo es su capacidad para articular herramientas clínicas de tercera ola (CFT y ACT)—eficaces para modular la autocrítica, la vergüenza y la evitación—con marcos críticos feministas y decoloniales. Esta integración habilita un proceso terapéutico bifocal: hacia dentro, acogiendo el dolor con una amabilidad radical; hacia fuera, desentrañando su conexión con dinámicas sociales opresivas. Así, la compasión se convierte en un puente entre el alivio subjetivo y la responsabilidad relacional.

Clínicamente, esto exige un replanteamiento del encuadre terapéutico, donde la exploración de la identidad de género sea un eje explícito, utilizando psicoeducación activa, lenguaje resonante y manejo especializado de resistencias ligadas al estatus. El formato grupal se revela como contexto privilegiado, operando como microcosmos relacional para ensayar interacciones basadas en la mutualidad.

El enfoque demanda, además, una formación profesional rigurosa que incluya no solo competencia técnica en CFT y ACT, sino también una reflexión crítica personal del terapeuta sobre género y poder, junto con supervisión especializada para navegar riesgos contratransferenciales como la colusión con narrativas de victimización o la confrontación estigmatizante.

Investigativamente, se urge a desplazar el foco desde los síntomas hacia los procesos de cambio identitario y relacional, empleando metodologías cualitativas y narrativas. Es igualmente crucial documentar y adaptar críticamente intervenciones grupales en diversos contextos socioculturales, evitando universalismos.

En síntesis, las masculinidades compasivas proponen una psicoterapia valiente e integradora que sostiene la paradoja de aliviar el dolor desde posiciones de privilegio, con la convicción de que hacerlo de manera profunda y sistémica es un paso indispensable para desarmar dinámicas patriarcales. Su éxito se medirá por su capacidad para generar reconciliaciones internas que promuevan paces relacionales más equitativas, reafirmando la psicoterapia como espacio de transformación social desde la intimidad clínica.

Conflicto de Interés

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Agradecimiento

Agradecemos a las comunidades y actores sociales que, desde diversas trincheras, han contribuido a visibilizar la compleja relación entre masculinidad y salud mental, un campo aún en desarrollo, pero urgente de abordar.

Declaración de Autoría

El autor asumió la responsabilidad de todas las etapas del trabajo, incluyendo la conceptualización, metodología, investigación, depuración de datos, análisis formal, redacción del borrador original y redacción, revisión y edición del manuscrito.

Referencias

- Addis, M., y Cohane, G. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6). <https://doi.org/10.1002/jclp.20099>
- Affleck, W., Carmichael, V., y Whitley, R. (2018). Men's mental health: Social determinants and implications for services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9). <https://doi.org/10.1177/0706743718762388>
- Aguayo, F. (2022). La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos. *Salud Colectiva*, 18, 581-589. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3942>
- Anderson, E. (2009). *Inclusive masculinity: The changing nature of masculinities*. Routledge.
- Aravena, J., Gajardo, J., y Saguez, R. (2018). Mental health in older men in Chile: A reality to be prioritized. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(121). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.121>
- A-Tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smits, J., y Emmelkamp, P. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Baer, J. (2004). Changing men and masculinities in Latin America. *Journal of the History of Sexuality*, 13(1), 102-104. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/changing-men-masculinities-latin-america/docview/222647395/se-2>
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bosson, J. K., Vandello, J. A., Burnaford, R. M., Weaver, J. R., y Wasti, S. A. (2009). Precarious manhood and displays of physical aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(5), 623-634. <https://doi.org/10.1177/0146167208331161>
- Connell, R. (1987). *Gender and power*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. University of California Press.
- Connell, R., y Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- de Keijzer, B., Cuellar, A., Valenzuela-Mayorga, A., Hommes, C., Caffé, S., Mendoza, F., Cayetano, C., y Vega, E. (2022). Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(93). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
- Fabbri, L. (2016). Colectivos de hombres y feminismos. Aportes, tensiones y desafíos desde (y para) la praxis. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 22. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.16.a>
- Ferreira, M., Mariano, L., de Rezende, J., Caramelli, P., y Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
- Flanagan, B., y Clough, K. (Eds.). (2024). *The Routledge handbook of research methods in spirituality and contemplative studies*. Routledge. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781003341598>
- Forbes, D. (2022). Neoliberal hegemonic masculinity and McMindfulness: The need for Buddhist values and principles in mindful masculinity programs. *Religions*, 13(6), 544. <https://doi.org/10.3390/rel13060544>
- French, D. (2021). The new right's strange and dangerous cult of toughness. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/12/the-new-rights-strange-and-dangerous-cult-of-toughness/620861/>
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., Signorielli, N., y Shanahan, J. (2002). Growing up with television: Cultivation processes. In J. Bryant y D. Zillmann (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (2nd ed., pp. 43-67). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Germer, C., y Neff, K. (2019). *Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals*. Guilford Press.
- Giazitzoglu, A. (2020). This sporting life: The intersection of hegemonic masculinities, space and emotions among rugby players. *Gender, Work and Organization*, 27(1), 67-81. <https://doi.org/10.1111/gwao.12345>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2015). Affiliative and prosocial motives and emotions in mental health. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(4), 381-389. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/pgilbert>
- Good, G., y Robertson, J. (2010). To accept a pilot? Addressing men's ambivalence and altering their expectancies about therapy. *Psychotherapy*, 47(3), 306-315. <https://doi.org/10.1037/a0021162>
- Grant, M. J., y Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information y Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., y Shaw, S. (2018). Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: Empirical application of the NASSS framework. *BMC Medicine*, 16, 66. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1050-6>
- Hadley, G., y Novitch, M. (2021). CBT and CFT for chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 25(5), 35. <https://doi.org/10.1007/s11916-021-00948-1>
- Haselhuhn, M., y Ormiston, M. (2024). Fragility and forgiveness: Masculinity concerns affect men's willingness to forgive. *Journal of Experimental Social Psychology*, 114, 104626. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2024.104626>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Horwitz, A. (1977). The pathways into psychiatric treatment: Some differences between men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(2), 169-178.
- Johnson, J., Oliffe, J., Kelly, M., Galdas, P., y Ogradniczuk, J. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health and Illness*, 34(3), 345-361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01372.x>
- Kirby, J., Day, J., y Gilbert, P. (2024). Social rank and compassion: How insecure striving, social safeness and fears of compassion mediate the relationship between masculinity, depression and anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(2), 339-353. <https://doi.org/10.1111/papt.12520>
- Kiselica, M., y Englar-Carlson, M. (2010). Identifying, affirming, and building upon male strengths: The positive psychology/positive

- masculinity model of psychotherapy with boys and men. *Psychotherapy*, 47(3), 276–287. <https://doi.org/10.1037/a0021159>
- Levant, R. (2011). Research in the psychology of men and masculinity using the gender role strain paradigm as a framework. *American Psychologist*, 66(8), 765–776. <https://doi.org/10.1037/a0025034>
- Levant, R., y Wong, Y. J. (2017). *The psychology of men and masculinities*. American Psychological Association.
- Levin, M., Krafft, J., y Twohig, M. (2024). An overview of research on acceptance and commitment therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 47(2), 419–431. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
- Liddell, A., Allan, S., y Goss, K. (2017). Therapist competencies necessary for the delivery of compassion-focused therapy: A Delphi study. *Psychology and Psychotherapy*, 90(2), 156–176. <https://doi.org/10.1111/papt.12105>
- Lomas, T., Garraway, E., Stanton, C., y Ivztan, I. (2018). Masculinity in the midst of mindfulness: Exploring the gendered experiences of at-risk adolescent boys. *Men and Masculinities*, 23(1), 127–149. <https://doi.org/10.1177/1097184X18756709>
- Loy, D. (2013). Transcendence or immanence? Balancing heaven and earth. *Huffington Post*. https://www.huffpost.com/entry/transcendence-or-immanence-balancing-heaven-and-earth_b_3166015
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, 9, 73–102. <https://doi.org/10.25058/20112742.340>
- Luoma, J., Hayes, S., y Walser, R. (2019). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists* (2nd ed.). New Harbinger.
- Malesic, J. (2022). We need to talk about male burnout. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/01/04/opinion/burnout-men-signs.html>
- Mardones-Leiva, K. (2019). ¿Deconstrucción o destrucción de los hombres y la masculinidad? Discursos de reordenamientos de género. *Debate Feminista*, 58, 98–122. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2019.58.05>
- Martínez-Guzmán, A., y Medina-Cárdenas, O. (2024). Dispositivos de intervención sobre masculinidades y salud mental en México: Una exploración discursiva psicosocial. *Psicoperspectivas*, 23(2), 1–14. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol23-issue2-fulltext-3205>
- McAdams, D. (2018). Narrative identity: What is it and how does it work? In J. Specht (Ed.), *Personality development across the lifespan*. Academic Press.
- McGrane, A., Bird, N., Arten, C., y O'Sullivan, K. (2020). All my problems go away for 90 Min": How football and psychotherapy improves young men's mental health. *American Journal of Men's Health*, 14(5). <https://doi.org/10.1177/1557988320959992>
- McRobbie, A. (2009). *The aftermath of feminism: Gender, culture and social change*. Sage.
- Messerschmidt, J. (2019). The salience of "hegemonic masculinity". *Men and Masculinities*, 22(1), 85–91. <https://doi.org/10.1177/1097184X18805557>
- Ming, S., Stewart, I., y McElwee, J. (2024). Integrating Relational Frame Theory (RFT) and Verbal Behavior (VB) in Early Intervention. *Psychological Record*, 74(4), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s40732-024-00591-3>
- Morgan, P., Stanfield, M., y Durtschi, J. (2022). There may be a problem, but I'm not going because...: Examining classes of men and their rationales for not seeking mental health treatment. *Journal of Mental Health*, 31(2). <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922639>
- Mosqueiro, B., Moreira-Almeida, A., Moffic, H. S., y Jeste, D. (2024). Spirituality: Relationship with Religion, Health, Wisdom, and Positive Psychiatry. In H. S. Moffic et al. (Eds.), *Eastern Religions, Spirituality, and Psychiatry*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-56744-5_7
- Nayak, A., y Bonner-Thompson, C. (2022). Sexualities and Social Justice: Young People and the Doing of Gender and Sexual Equalities in a Former Ship-Building Community. *Antipode*, 54(4), 1228–1250. <https://doi.org/10.1111/anti.12835>
- Neff, K. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. HarperCollins.
- Nijensohn, M. (2019). *La razón feminista: Políticas de la calle, pluralismo y articulación*. Cuarenta Ríos.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Informe mundial sobre prevención del suicidio 2025: Creando esperanza a través de la acción*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091234>
- Orman, E., McGuirk, P., y Warren, A. (2024). Emergent time-spaces of working from home: Lessons from pandemic geographies. *Geographical Research*, 62(1). <https://doi.org/10.1111/1745-5871.12602>
- O'Neill, R. (2015). Whither critical masculinity studies? Notes on inclusive masculinity theory, postfeminism, and sexual politics. *Men and Masculinities*, 18(1), 100–120. <https://doi.org/10.1177/1097184X14553056>
- Papazian, J. (2024). *Writing skills for behavior analysts. Writing (and communicating) as a human*. Routledge.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage publications.
- Pease, B. (2019). Fostering ethical professional practice with men in the context of gender transformation. In B. Pease, A. Vreugdenhil, y S. Stanford (Eds.), *Critical ethics of care in social work* (pp. 123–136). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315399188>
- Pollack, M. (2005). Comorbid anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(SUPPL. 8).
- Pollert, K. (2024). *The white peacock – A masculinity study*. Indiana State University. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/em-white-peacock-masculinity-study/docview/3142806932/se-2>
- Poo, A., y Vizcarra, M. (2020). Cambios en los significados de la masculinidad en hombres del sur de Chile. *Interdisciplinaria*, 37(2), 195–209. <https://doi.org/10.16888/interd.2020.37.2.12>
- Purser, R. (2019). *McMindfulness: How mindfulness became the new capitalist spirituality*. Repeater Books.
- Riebel, M., Rohmer, O., Charles, E., Lefebvre, F., Weibel, S., y Weiner, L. (2023). Compassion-Focused Therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, 24(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07393-y>
- Rivera-Cusicanqui, S. (2010). *Un Mundo Ch'ixi es Posible. Ensayos desde un Presente en Crisis*.
- Scarantino, A. (2024). *Emotion theory: The routledge comprehensive guide. Volume I: History, contemporary theories, and key elements*. Routledge.
- Seidler, Z., Dawes, A., Rice, S., Oliffe, J., y Dhillon, H. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- Seidler, Z., Wilson, M., Trail, K., Rice, S., Kealy, D., Ogrodniczuk, J., y Oliffe, J. (2021). Challenges working with men: Australian therapists' perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12). <https://doi.org/10.1002/jclp.23257>

- Shepherd, G., Astbury, E., Cooper, A., Dobrzynska, W., Goddard, E., Murphy, H., y Whitley, A. (2023). The challenges preventing men from seeking counselling or psychotherapy. *Mental Health & Prevention*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200287>
- Singha, R. (2024). Fostering Mindfulness and Compassion: Strategies, Benefits, and Challenges. In S. Watson (Ed.), *Applications of service learning in higher education* (pp. 45–64). IGI Global Scientific Publishing. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-2133-1.ch004>
- Smallen, D. (2019). Mindful masculinity: Positive psychology, Mindfulness and gender. *Feminist Review*, 122(1), 134–150. <https://doi.org/10.1177/0141778919849638>
- Steinfeldt, J., Steinfeldt, M., England, B., Speight, Q. (2009). Gender role conflict and stigma toward help-seeking among college football players. *Psychology of Men and Masculinity*, 10(4), 261–272. <https://doi.org/10.1037/a0017223>
- Tirch, D., Schoendorff, B., y Silberstein, L. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion*. New Harbinger.
- Vázquez-Parra, J., Arroyo, M., Marco, C., y Rodríguez-Navia, A. (2024). Positive masculinities and complex thinking: A study of mexican university students. *The International Journal of Diversity in Education*, 24(2), 17-38. <https://doi.org/10.18848/2327-0020/CGP/v24i02/17-38>
- Vergara-Duveaux, A. (2018). Patriarcado y Masculinidades. La deconstrucción como tarea de re-construcción de un orden social otro. *Divulgatio. Perfiles académicos de Posgrado*, 3(07), 80–94. <https://doi.org/10.48160/25913530di07.74>
- Vincent, B., Keenan, K., Pisano, C., Loiacono, A., y DiBlasi, T. (2025). Examining the effect of threatened masculinity on gun violence. *Psychological Reports*, 128(1), 416–428. <https://doi.org/10.1177/00332941231219789>
- White, A. y Tod, M. (2022). The need for a strategy on men's health. *Trends in urology & men's Health*, 13(2), 2-8. <https://doi.org/10.1002/tre.842>
- White, M., y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
- Wiederkehr, K., Mai, C., Cabezas, J. M., Rocha-Jiménez, T., Otzen, T., Montalva, N., Calvo, E., y Castillo-Carniglia, A. (2022). The epidemiology of violent deaths in Chile between 2001 and 2018: Prevalence, trends, and correlates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12791. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912791>
- Williams, D. R., y Mohammed, S. A. (2013). Racism and health I: Pathways and scientific evidence. *The American Behavioral Scientist*, 57(8), 1152–1173. <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>
- Wong, Y., Ho, M., Wang, S., y Miller, I. (2017). Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 64(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/cou0000176>
- Yousaf, O., Popat, A., Hunter, M. (2015). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help-seeking. *Psychology of Men and Masculinity*, 16(2), 234–237. <https://doi.org/10.1037/a0036241>
- Zielke, J., Batram-Zantvoort, S., Razum, O. y Miani, C. (2023). Operationalising masculinities in theories and practices of gender-transformative health interventions: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 22(139), <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01955-x>

Revisión Narrativa

Temporalidad Psicológica en la Formulación de Caso en Psicoterapia

Álvaro Quiñones¹  y Carla Ugarte² 

¹Universidad de Tarapacá, Departamento de Ciencias Sociales, Iquique (Chile)

²Universidad Adolfo Ibáñez, Escuela de Psicología, Centro de Estudios de la Conducta alimentaria, Santiago (Chile)

INFORMACIÓN

Recibido: 24/12/2025
Aceptado: 26/01/2026

Palabras clave:

Temporalidad subjetiva
Tiempo psicológico
Perspectiva temporal
Formulación de caso
Conceptualización de caso
Análisis de caso
Self

RESUMEN

La temporalidad psicológica constituye una dimensión estructural de la experiencia humana y desempeña un rol central en la construcción del significado personal, la identidad y el malestar psicológico. Aunque existe amplia evidencia sobre alteraciones en la vivencia del tiempo en diversas condiciones psicopatológicas, su integración explícita en la formulación de caso en psicoterapia ha sido escasamente desarrollada. El objetivo del presente artículo fue revisar y sintetizar la literatura científica disponible sobre la incorporación de la temporalidad psicológica en la formulación de caso en psicoterapia en población adulta. Para ello, se realizó una revisión narrativa de artículos revisados por pares publicados entre 2005 y 2025, incluyendo estudios en inglés y castellano que abordaran explícitamente la temporalidad psicológica en modelos de formulación de caso o en investigación de procesos psicoterapéuticos. Los resultados permitieron identificar ocho artículos y reconocer dos modelos de formulación de caso que incorporan explícitamente la temporalidad psicológica como eje clínico-organizador: la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico y la Formulación de Caso Evolucionista. En conjunto, los hallazgos sugieren que la temporalidad psicológica constituye una dimensión clínicamente relevante para la formulación de caso en psicoterapia, aunque su presencia explícita en los modelos clínicos continúa siendo limitada.

Psychological Temporality in Case Formulation in Psychotherapy

ABSTRACT

Psychological temporality constitutes a structural dimension of human experience and plays a central role in the construction of personal meaning, identity, and psychological distress. Although there is extensive evidence of alterations in the experience of time across various psychopathological conditions, its explicit integration into case formulation in psychotherapy has been scarcely developed. The aim of this article was to review and synthesize the available scientific literature on the incorporation of psychological temporality into case formulation in adult psychotherapy. To this end, a narrative review of peer-reviewed articles published between 2005 and 2025 was conducted, including studies written in English and Spanish that explicitly addressed psychological temporality within case formulation models or psychotherapy process research. The results allowed the identification of eight articles and the recognition of two case formulation models that explicitly incorporate psychological temporality as a core clinical-organizing dimension: the Reconstruction of Psychological Distress framework and the Evolutionary Case Formulation model. Overall, the findings suggest that psychological temporality represents a clinically relevant dimension for case formulation in psychotherapy, although its explicit presence in clinical models remains limited.

Keywords:

Psychological temporality
Subjective temporality
Psychological time
Temporal perspective
Case formulation
Case conceptualization
Self

Introducción

Los seres humanos “somos tiempos finitos dinámicos y entrelazados narrativamente” insertos en un contexto intercorporal, cultural e intersubjetivo. La temporalidad constituye el trasfondo estructural de la existencia intersubjetiva de los Homo Sapiens, configurando no solo la vivencia del self, sino también los modos en que los individuos otorgan sentido a sus acciones, relaciones y trayectorias vitales. Ahora bien, la temporalidad, al igual que las narrativas (Angus y McLeod, 2004; McAdams y McLean, 2013; Sarbin, 1986) y el self (Brockelman, 1985; Bruner, 2004, 1997; Bruner y Kalmar, 1998), constituye una dimensión ubicua de la experiencia psicológica.

Los procesos humanos se encuentran ineludiblemente entrelazados por el tiempo, contribuyendo a la construcción de historias personales jerarquizadas que definen quiénes somos y cómo comprendemos nuestras dificultades psicológicas. Como tempranamente señaló Brockelman, las acciones humanas no ocurren simplemente en el tiempo, sino que encarnan el movimiento del tiempo mismo, de modo que resulta imposible comprender la conducta fuera del horizonte temporal que la hace posible (Brockelman, 1985). Desde esta perspectiva, la temporalidad no es un mero contexto externo, sino una condición constitutiva de la experiencia, la acción y la autoconciencia.

El interés psicológico por el estudio de la percepción y vivencia del tiempo se remonta a los orígenes de la disciplina científica (James, 1890). Desde una perspectiva histórica, la temporalidad psicológica ha desempeñado un papel fundamental en la psicopatología fenomenológica, particularmente en la comprensión de alteraciones profundas de la experiencia del self. Hoy por hoy, a seguido trayectorias de investigación heterogéneas, complementarias e integrativas. Es así, como la temporalidad psicológica aparece con relevancia explicativa en investigación en psicopatología principalmente en lo que va del siglo XXI, incluyendo población psiquiátrica general (Stolarski et al., 2024), esquizofrenia (Stanghellini et al., 2016), manía (Fuchs, 2014), estrés (Papastamatelou et al., 2015) trastorno por déficit atencional e hiperactividad (Toplak et al., 2003), ansiedad (Bar-Haim et al., 2010), depresión (Åström et al., 2019), trastornos de la conducta alimentaria (García et al., 2017), trastorno de personalidad límite (Serna et al., 2025), trastorno obsesivo compulsivo (Doerr-Zegers, 2018), consumo problemático de alcohol (McKay et al., 2018), trastorno del Juego (Nigro et al., 2022), entre otros.

En el ámbito específico de la psicoterapia, sin embargo, la investigación sobre temporalidad sigue siendo relativamente escasa y dispersa. Destacan, como excepciones relevantes, el énfasis en el momento presente como unidad microtemporal del cambio en el modelo de psicoterapia propuesto por Daniel Stern (Stern, 2004), así como los desarrollos de la Time Perspective Therapy para el tratamiento del estrés postraumático basados en el modelo de Philip Zimbardo (Sword et al., 2014). A ello se suman aportes desde la investigación en procesos psicoterapéuticos en adultos (Quiñones, 2013) y desarrollos recientes en formulación de caso en psicoterapia que incorporan explícitamente la dimensión temporal como eje organizador del proceso clínico (García Haro et al., 2024; Quiñones, 2021, 2024; Quiñones y Ugarte, 2022).

Desde una perspectiva metodológica, es relevante señalar que la temporalidad psicológica ha sido operacionalizada mediante instrumentos con adecuados indicadores psicométricos, lo que ha permitido avanzar en investigación empírica y aplicaciones clínicas. Entre ellos destacan el Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI,

Zimbardo y Boyd, 1999)¹; el Transdiagnostic Assessment of Temporal Experience (TATE, Stanghellini et al., 2022) y The Consideration of Future Consequences scale (CFC-14, Strathman et al., 1994). Estos instrumentos han posibilitado la evaluación sistemática de perfiles temporales y su relación con psicopatología, funcionamiento psicológico y procesos de cambio.

El Self, la memoria y la temporalidad están profundamente entrelazados a lo largo del ciclo vital y generan continuidad y unidad en la experiencia subjetiva de quienes somos a cada momento. En términos de Tulving (1985, 2005) este entrelazamiento se expresa en el “viaje en el tiempo mental” mediante el cual las personas pueden reconstruir su pasado y anticipar futuros posibles. La memoria autobiográfica cumple aquí un rol central, al permitir la interpretación de eventos pasados y la construcción de una historia personal que integra el pasado, el presente y el futuro, constituyendo un indicador clave de la integración de la identidad (Conway, 2005).

Este proceso da lugar a la identidad narrativa o self narrativo, entendida como la forma en que las personas organizan y narran su experiencia vivida y recordada, permitiéndoles abordar cuestiones fundamentales relativas a la coherencia, la unidad, las temáticas, los propósitos vitales, la autocomprensión, la gestión de significados personales, el autoengaño, la autoestima, el sentido de la muerte, etcétera.

Existe una amplia literatura científica de base fundamentada sobre identidad narrativa y bienestar en la historia de la psicología como disciplina científica (Adler et al., 2016; Erikson, 1959, 1968; McAdams y McLean, 2013; Pennebaker, 1997; Pennebaker y Seagal, 1999). De igual manera, existen entrevistas para investigación sobre identidad narrativa, tales como The Life Story Interview (LSI; McAdams, 2008), y The Emerging Life Story Interview (ELSI; Reese et al., 2010).

El self y la temporalidad son inseparables, dado que los seres humanos poseen un sentido encarnado del tiempo² que permite el

¹ Zimbardo y Boyd (1999) promovieron el ideal de “Perfil temporal Balanceado” como óptimo para la salud psicológica individual y el funcionamiento social. Perfil que se define como la capacidad mental para cambiar de manera flexible entre diferentes dimensiones de la temporalidad dependiendo de las condiciones de la situación. Particularmente, la perspectiva del tiempo balanceado plantea la hipótesis de que una perspectiva del tiempo desequilibrada (una que se centró demasiado en una de las dimensiones del tiempo: pasado, presente o futuro) puede comprometer la capacidad de promover el bienestar. En tal sentido, la perspectiva del tiempo balanceado se define como la capacidad mental de cambiar fácilmente entre las dimensiones de la perspectiva del tiempo, dependiendo de las demandas de la tarea, las consideraciones situacionales y los recursos personales (Bonniwell y Zimbardo, 2004). Se sostiene que una persona con un perfil equilibrado posee armonía temporal y funciona de manera óptima dentro de un conjunto flexible de todos los marcos temporales dependiendo de las demandas de una situación, sus valores y necesidades (Stolarski et al., 2015; Zimbardo y Boyd, 2008).

² Véase el amplio debate sobre Body Memory. El concepto de memoria corporal se originó en el campo de la fenomenología y ha sido desarrollado por grupos de investigación. Véase el artículo de Parma et al. (2024), Does Body Memory Exist? A Review of Models, Approaches and Recent Findings Useful for Neurorehabilitation. *Brain Sciences*, 14(6), 542. <https://doi.org/10.3390/brainsci14060542>.

funcionamiento cotidiano tanto en contextos individuales como interpersonales y sociales; a nivel real y digital (ej., redes sociales, juegos en línea). La vida humana a nivel genérico se despliega simultáneamente en múltiples dimensiones temporales, incluyendo el tiempo cronológico compartido con los demás (reloj, calendarios, estaciones) y el tiempo interno subjetivo asociado a distintos niveles de autoconciencia y perfiles temporales individuales. Como sostuvo Brockelman, la autoconciencia implica una relación reflexiva con el tiempo en la que el sujeto se reconoce a sí mismo como una entidad temporal en permanente flujo (Brockelman, 1985).

En distintos niveles de la experiencia humana, el sistema self se organiza a partir de múltiples marcos temporales coexistentes, tanto a nivel individual como colectivo. A nivel personal, estos marcos incluyen ritmos vitales, procesos de envejecimiento y la capacidad de “viajar mentalmente en el tiempo”; mientras que, a nivel intersubjetivo y social, se expresan en estructuras temporales compartidas como horarios, hitos biográficos y secuencias normativas de vida. Esta coexistencia de temporalidades constituye el trasfondo desde el cual se construye el significado personal y se regula la experiencia psicológica.

En este marco, mantener un sentido de continuidad y unidad del self a través del tiempo resulta fundamental para la adaptación psicológica a lo largo del curso vital. Dicho sentido de continuidad se construye esencialmente a través del lenguaje y de la capacidad reflexiva de observarse a uno mismo en el tiempo, lo que se vincula estrechamente con la conciencia auto-noética descrita por Tulving (1985, 2002, 2012). Esta forma de conciencia permite a las personas situarse como agentes en un pasado recordado y en un futuro imaginado, posibilitando procesos como la planificación, la memoria prospectiva y el pensamiento futuro episódico (Melges, 1990).

Desde una perspectiva fenomenológica, esta articulación entre self y temporalidad ha sido tempranamente formulada por Brockelman (1985), quien concibe el self no como una entidad estática, sino como un proceso relacional y temporal, una actividad intencional consciente de sí misma en el flujo del tiempo. En consonancia con esta visión, se ha señalado que la identidad narrativa requiere un trabajo constante de integración temporal para sostener la continuidad fenomenológica del self (Fuchs, 2014).

La evidencia empírica indica que alteraciones en la conciencia auto-noética se asocian a dificultades en la continuidad del self y a problemas en dominios como la planificación, la proyección futura y la regulación del comportamiento (Bar, 2011; Prebble, 2013). En consecuencia, la atención clínica a los procesos temporales se vuelve particularmente relevante para la comprensión del malestar psicológico y para el diseño de trayectorias de intervención personalizadas desde la formulación de caso.

En este contexto, el objetivo del presente artículo es revisar y sintetizar la literatura científica disponible sobre la incorporación explícita de la temporalidad psicológica en la formulación de caso en psicoterapia en población adulta. A partir de una revisión narrativa, se analizan los principales desarrollos teóricos y clínicos que integran la experiencia temporal como un eje organizador del significado personal, del self y del proceso de cambio psicoterapéutico. Finalmente, se discuten las implicancias conceptuales y clínicas de estos aportes para la comprensión del malestar psicológico y el diseño de intervenciones personalizadas.

Formulación de Caso

La formulación de caso en psicoterapia tiene una extensa historia en la psicología y la psiquiatría³. En términos generales, y más allá de las diferencias teóricas entre enfoques clínicos, es posible identificar un conjunto de funciones transversales que cumplen los modelos de formulación de caso en psicoterapia. Estas funciones reflejan el rol de la formulación como herramienta clínica, explicativa y relacional a lo largo del proceso terapéutico:

1. La formulación es una co-construcción basada en una colaboración humana genuina.
2. Establece un puente entre teoría y la práctica de la psicoterapia y ayuda a dar sentido al problema psicológico del paciente (Temas conflictivos).
3. La conceptualización psicológica, en sí, es terapéutica ya que es una forma de comprender, predecir probabilísticamente y normalizar los problemas del paciente.
4. Ofrece una estructura para la psicoterapia y guía la elección de intervenciones posibles.
5. Permite monitorear el proceso desde el inicio hasta el final, incluyendo el seguimiento.
6. Aumenta la eficacia del tratamiento psicológico.
7. Sirve para manejar eventuales dificultades que surjan en la relación terapéutica.
8. Mejora la conexión humana del terapeuta y el paciente; y ello contribuye al resultado exitoso del proceso psicoterapéutico.
9. Permite entender y redirigir a tiempo un proceso psicoterapéutico que esté atascado o fallando en conseguir los objetivos acordados.

Con el propósito de contextualizar el desarrollo conceptual de la formulación de caso en psicoterapia, se presentan a continuación algunas definiciones representativas provenientes de distintas tradiciones clínicas (véase [Tabla 1](#)).

Método

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica con el objetivo de compilar, evaluar y sintetizar el conocimiento disponible acerca de temporalidad psicológica en la formulación de caso en psicoterapia en población adulta. Las revisiones narrativas, por su naturaleza, permiten integrar evidencia conceptual, empírica y metodológica, sin ceñirse estrictamente a protocolos estructurados propios de las revisiones sistemáticas, siendo especialmente útiles para el análisis crítico, la contextualización teórica y la identificación de vacíos de conocimiento en campos emergentes o escasamente desarrollados (Arias-Odón, 2025; Baumeister y Leary, 1997; Grant y Booth, 2009; Green et al., 2006).

La búsqueda principal de publicaciones se efectuó entre los años 2005 y 2025 en las bases de datos internacionales Scopus y Web of Science (WoS). Adicionalmente, y considerando el

³ Meyer, A. (1951). *The Collected Papers of Adolf Meyer: Volume II: The Life Chart and the Psychobiological Point of View*. En este volumen se reproduce el texto de 1917 donde figura el término “formulation of the case” y que se considera la primera referencia formal del concepto de “case formulation” en la historia de la psicoterapia y la psiquiatría.

Tabla 1
Definiciones de Formulación de Caso

Autor	Definición
Lazare	La formulación de caso es un concepto que organiza, explica o tiene sentido clínico a partir de grandes cantidades de datos e influye en la decisión del tratamiento (1976, p. 77).
Eells	La formulación explica cómo y por qué se ha alterado el equilibrio del paciente y cómo han surgido y se mantienen los problemas o los síntomas. A partir de ella, se puede deducir un curso lógico de terapia, teniendo en cuenta las consecuencias probables del cambio (pérdidas y ganancias) y la probabilidad de lograr un cambio. La formulación, por lo tanto, sirve como un mapa para la terapia y como una guía para elegir el mapa (1999, p. 202).
Aveline	La formulación explica cómo y por qué se ha alterado el equilibrio del paciente y cómo han surgido y se mantienen los problemas o los síntomas. A partir de ella, se puede deducir un curso lógico de terapia, teniendo en cuenta las consecuencias probables del cambio (pérdidas y ganancias) y la probabilidad de lograr un cambio. La formulación, por lo tanto, sirve como un mapa para la terapia y como una guía para elegir el mapa (1999, p. 202).
Division of Clinical Psychology	La formulación es la suma e integración del conocimiento que se adquiere en el proceso de evaluación (que puede implicar una serie de procedimientos diferentes). Esto se basará en la teoría y los datos psicológicos para proporcionar un marco para describir un problema, cómo se desarrolló y se mantiene (2001, p. 3).
Quiñones	Metodología psicológica que permite organizar información clínica y se fundamenta en la colaboración entre una persona que solicita ayuda y un psicoterapeuta que fomenta la conexión humana genuina. Implica una relación de tiempo limitado que se da en un contexto intersubjetivo/cultural y que tiene por propósito describir, explicar y cambiar la alteración psicológica de manera comprensible, gradual y viable para el paciente (Quiñones, 2025).

carácter teórico-clínico del campo y la relevancia de publicaciones en lengua castellana no siempre indexadas en dichas bases, se complementó la búsqueda mediante repositorios académicos de acceso Abierto, particularmente Dialnet, con el fin de identificar artículos relevantes para la temática de estudio.

La estrategia de búsqueda se centró en términos asociados a los fenómenos de interés en el título, resumen, tópicos y palabras clave, incluyendo expresiones como temporalidad subjetiva, tiempo psicológico, perspectiva temporal, temporalidad, formulación de caso, conceptualización de caso y análisis de caso. Se incluyeron solamente artículos con revisión por pares, en idiomas inglés y castellano, que abordaran aspectos conceptuales, metodológicos o empíricos de la temporalidad psicológica en el marco de la formulación de caso en adultos.

Los criterios de inclusión fueron:

- Publicaciones en revistas científicas revisadas por pares, indexadas en WoS, Scopus, o identificadas a través de repositorios académicos especializados (Dialnet).
- Estudios realizados en población adulta (≥ 18 años).
- Artículos completos en inglés o castellano que abordaran explícitamente la temporalidad psicológica en formulación de caso o procesos psicoterapéuticos donde esta dimensión fuera parte de la conceptualización o evaluación clínica.

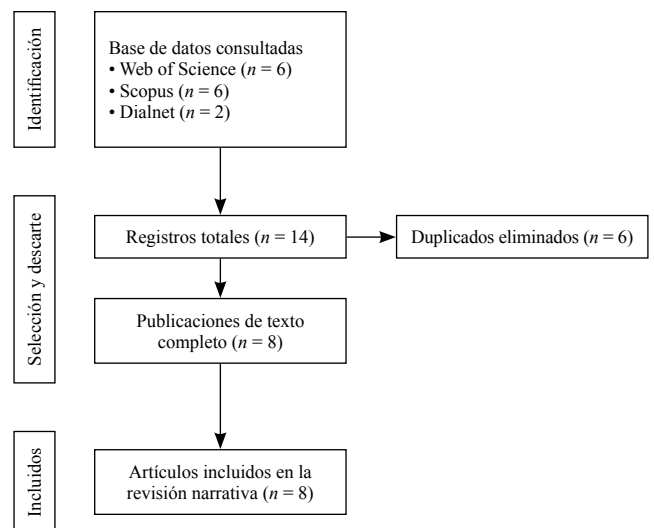
Los criterios de exclusión fueron:

- Libros, capítulos de libros y materiales no revisados por pares.
- Artículos centrados exclusivamente en población infantil o adolescente.
- Publicaciones que no abordaran de forma explícita el constructo de temporalidad psicológica o su relación con formulación de caso.

El diagrama de flujo (Figura 1) resume el proceso de identificación, selección y evaluación de las publicaciones incluidas en esta revisión. En total se seleccionaron ocho artículos revisados por pares que cumplieron con los criterios establecidos y que constituyen el corpus analizado en esta revisión narrativa.

Figura 1

Diagrama de Flujo del Proceso de Identificación y Selección de Estudios



En la [tabla 2](#) se muestra los artículos seleccionados en la presente revisión.

Resultados

En el artículo de Quiñones (2008a), Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual, se presenta el Formato de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS) como un modelo de formulación de caso orientado a la comprensión y modificación del significado personal disfuncional en adultos. Desde este modelo, el sufrimiento psicológico se conceptualiza como una posibilidad dinámica de coherencia de significado organizada narrativamente en el tiempo, en la que el self es entendido como un proceso dialéctico de sentir–narrar–afrontar.

Tabla 2

Detalle de los Estudios Incluidos en la Revisión Narrativa

Autores (año)*	Tipo de investigación
Quiñones (2008a)	Teórico/aplicado
Quiñones (2008b)	Teórico/aplicado
Quiñones (2011a)	Aplicación
Quiñones (2011b)	Teórico
Quiñones y cols. (2012)	Empírico
Quiñones y cols. (2015)	Empírico
Quiñones y cols. (2017)	Empírico
Quiñones y Ugarte (2022)	Teórico/aplicado

Nota. La tabla muestra tres tipos de distinciones: empírico, teórico basado en investigación, y de aplicación profesional.

*Todos los artículos se encuentran en formato Open Access.

El aporte central del artículo en relación con la temporalidad se expresa en la inclusión explícita del dominio de primer orden “Sentido de sí mismo y temporalidad del problema (SA)”, que constituye el núcleo temporal de la formulación de caso dentro del RMPS. Este dominio permite analizar cómo el reconocimiento del problema impacta en la identidad del paciente y cómo el malestar psicológico se organiza a partir de atribuciones temporales al pasado, presente y futuro.

Específicamente, el dominio SA evalúa la cronología subjetiva del problema, la variación de la intensidad del malestar según su atribución temporal, y la posible alteración de la temporalidad subjetiva, operacionalizando preguntas clínicas tales como: cómo se vive el problema en el tiempo, si se experimenta como permanente o inmodificable, y si existen uno o más problemas atribuidos a distintos momentos temporales. Atribuciones temporales rígidas o totalizantes (p. ej., “desde siempre he sido así”, “no veo salida”, “es mi destino”) son conceptualizadas como indicadores de una coherencia narrativa disfuncional que mantiene el malestar psicológico.

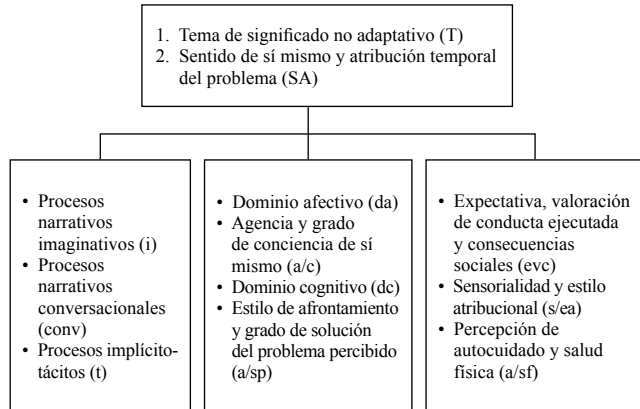
En este sentido, el RMPS introduce la temporalidad no solo como contenido narrativo, sino como un organizador clínico del significado personal (véase [Figura 2](#)), relevante para la evaluación, la intervención y el seguimiento del proceso psicoterapéutico. Este trabajo constituye un intent temprano y sistemático en psicoterapia de integrar explícitamente la temporalidad subjetiva como eje operativo en la formulación de caso, anticipando desarrollos que serán profundizados posteriormente en investigación de procesos y modelos de formulación clínica.

En el artículo de [Quiñones \(2008b\)](#), Perturbación estratégica gradual: formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS), el autor profundiza y precisa el rol de la temporalidad subjetiva dentro del modelo RMPS, otorgándole un mayor desarrollo teórico y clínico respecto de su formulación inicial. El trabajo se basa en análisis de casos clínicos, experiencia clínica e investigación cualitativa de procesos psicoterapéuticos exitosos en adultos.

En relación con la formulación de caso, el artículo reafirma el carácter central del dominio de primer orden “Sentido de sí mismo y temporalidad del problema (SA)”, destacando que esta dimensión permite aproximarse a cómo el reconocimiento del problema impacta en la identidad del paciente, cómo se organiza la

Figura 2

Modelo de Formulación de Caso de la Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS), que ilustra los Dominios de Primer Orden y su Organización Clínica, Incluyendo el Dominio “Sentido de sí mismo y Temporalidad del Problema” Como eje Estructural del Significado Personal y Como Referencia Central Para la Evaluación y Organización del Proceso Psicoterapéutico



percepción temporal del malestar, y de qué manera las atribuciones temporales (pasado, presente y futuro) contribuyen a mantener o regular el sufrimiento psicológico. La temporalidad se concibe aquí no solo como una referencia cronológica, sino como un componente estructural del significado personal.

Un aporte distintivo del artículo es la conceptualización explícita de la temporalidad como coherencia temporal del significado, entendida como el modo en que la información perceptual, emocional y cognitiva se genera, se organiza y se integra en el aquí y ahora del proceso terapéutico. Quiñones señala que la comprensión clínica se focaliza en cómo esta información configura una continuidad o discontinuidad temporal del significado del paciente, la cual se expresa en su identidad narrativa.

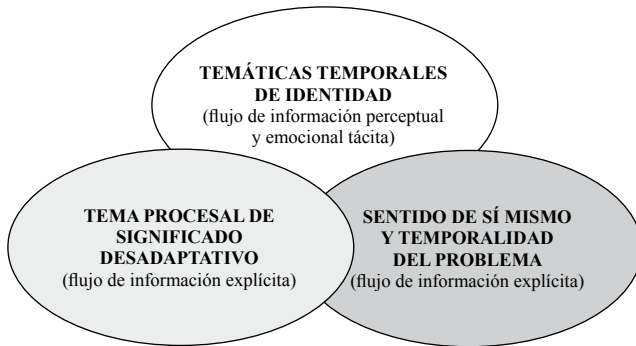
Desde esta perspectiva, la temporalidad se articula con el concepto de temáticas temporales de identidad, definidas como esquemas perceptuales y emocionales de carácter tácito, desarrollados a lo largo del ciclo vital, que guían el procesamiento de la información y se expresan parcialmente en la narrativa consciente. Estas temáticas se operacionalizan en el RMPS a través de dos dominios de primer orden: el Tema procesal de significado desadaptativo (T) y el Sentido de sí mismo y temporalidad del problema (SA), los cuales permiten vincular el significado narrativo con la experiencia temporal del malestar (Véase [Figura 3](#)).

El artículo enfatiza que el análisis clínico de la temporalidad implica observar la organización secuencial del significado, la forma en que el paciente narra “historias vividas y por vivir”, y el impacto que dichas narrativas tienen en la percepción de agencia, continuidad del self y expectativas de resolución. De este modo, la temporalidad es conceptualizada dentro del modelo como un eje clínico-operativo que orienta tanto la formulación de caso como la perturbación estratégica gradual del significado disfuncional.

En conjunto, [Quiñones \(2008b\)](#) amplía el modelo RMPS al situar la temporalidad subjetiva como un organizador central de la identidad narrativa y del proceso de cambio psicoterapéutico, consolidando su relevancia para la evaluación, intervención y seguimiento clínico en psicoterapia de adultos.

Figura 3

Relación entre el Tema Procesal de Significado Desadaptativo (T) y el Dominio “Sentido de sí Mismo y Temporalidad del Problema (SA)” Dentro del Modelo RMPS, Mostrando su Articulación en la Organización Temporal del Significado y su Relevancia Para la Comprensión Clínica del Malestar Psicológico a lo Largo del Proceso Terapéutico



Nota. (Adaptado de Quiñones, 2008b)

En Quiñones (2011a), Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico, la temporalidad psicológica es integrada explícitamente como una dimensión clínica y de proceso dentro del RMPS, a partir del análisis detallado de un caso clínico adulto. El artículo muestra cómo la formulación de caso puede ser utilizada para organizar y comprender el malestar psicológico a lo largo del proceso terapéutico, situando el cambio clínico en el marco de un programa de investigación orientado a la modificación del significado personal.

En lo relativo a la temporalidad, el modelo introduce el componente “Sentido de sí mismo y tiempo fluido (S/TF)”, en el cual el tiempo fluido (TF) se define como la cualidad de la experiencia temporal subjetiva cuando el self logra una organización integrada del malestar. Esta dimensión permite evaluar clínicamente la coherencia cronológica del relato, la variación de la intensidad del malestar según su atribución temporal al pasado, presente o futuro, y la posible alteración de la percepción de la temporalidad subjetiva. Desde la formulación de caso, este desarrollo representa un avance respecto de trabajos previos, al desplazar el análisis desde la mera ubicación temporal del problema hacia la vivencia fenomenológica del tiempo durante el malestar, posicionando la temporalidad como un eje central para comprender el significado personal y monitorear el cambio psicoterapéutico en adultos.

En Quiñones (2011b), Modificación del significado personal: perspectivas de un programa de investigación de procesos en psicoterapia, contribuye a la formalización del RMPS mediante una descripción sistemática de sus dominios de primer y segundo orden, incluyendo la distinción entre tiempo fluido y tiempo no fluido como parte del dominio “sentido de sí mismo y temporalidad”. No obstante, el artículo no introduce desarrollos conceptuales adicionales sobre temporalidad psicológica, funcionando principalmente como un texto de sistematización del modelo.

En Quiñones et al., (2012), Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva, la temporalidad psicológica es incorporada como una variable empírica de proceso, operacionalizada dentro del RMPS bajo la dimensión “Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (S-TF)”. El estudio analiza tres procesos de psicoterapia

cognitiva (dos exitosos y uno no exitoso), a partir de la codificación sistemática de transcripciones completas de sesiones, con el objetivo de identificar indicadores de proceso asociados al éxito terapéutico.

En lo relativo a la temporalidad, los resultados muestran que la variable S-TF discrimina de manera consistente entre procesos exitosos y no exitosos. En el caso no exitoso, la dimensión Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido presenta ausencia de indicadores positivos y predominio de indicadores negativos, lo que se asocia clínicamente a una alteración persistente de la temporalidad subjetiva, caracterizada por una vivencia del tiempo focalizada en el sufrimiento, con escasa integración entre pasado, presente y futuro. Por el contrario, en los casos exitosos se observa un predominio de indicadores positivos de S-TF, reflejando una reorganización progresiva de la experiencia temporal, descrita como una recuperación del tiempo fluido, es decir, una percepción del tiempo menos aversiva, más integrada y no exclusivamente centrada en los síntomas (Véase Tabla 3).

Tabla 3

Distribución de Frecuencias de las Variables de Proceso Psicoterapéutico

Variables	Cualidad	Caso no exitoso	Caso exitoso 1	Caso exitoso 2
Información Novedosa (IN)	Positivo	0	15	32
	Negativo	1	0	1
Sentido de sí mismo y tiempo fluido (S-TF)	Positivo	0	5	26
	Negativo	13	0	6
Afrontamiento (AF)	Positivo	3	2	14
	Negativo	5	1	2
Proceso de Mentalización (PM)	Positivo	9	48	56
	Negativo	15	1	6
Narrativa Reflexiva (NR)	Positivo	0	34	14
	Negativo	6	0	4

El análisis multivariado mediante Biplot (véase Figura 4) refuerza este hallazgo, mostrando que S-TF positivo se asocia diferencialmente a los casos exitosos, mientras que S-TF negativo se agrupa junto a otros indicadores de malestar en el caso no exitoso. Desde la formulación de caso, estos resultados empíricos aportan evidencia para considerar que la temporalidad subjetiva no solo organiza el significado personal, sino que puede funcionar como un indicador sensible de proceso y cambio psicoterapéutico, posicionando al tiempo fluido como una dimensión clínicamente relevante para evaluar, formular y monitorear el curso de la psicoterapia en adultos.

En el artículo de Quiñones et al., (2015), Flujos de información en zonas de tiempo subjetivo: estudio de un proceso psicoterapéutico exitoso, la temporalidad psicológica constituye el foco central de análisis, siendo la primera investigación empírica del programa RMPS dedicada exclusivamente al estudio del tiempo subjetivo como mecanismo de cambio en psicoterapia. A partir de un estudio de caso único exitoso, los autores analizan cómo los flujos de información asociados al pasado, presente y futuro —en sus variantes positivas y negativas— se reorganizan progresivamente a

Figura 4

Análisis Multivariado Mediante Biplot que Representa la Asociación Entre Indicadores de Proceso Psicoterapéutico y los Casos Exitoso y No Exitoso, Mostrando la Agrupación Diferencial del Indicador Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (stf) en Relación con los Distintos Resultados Terapéuticos

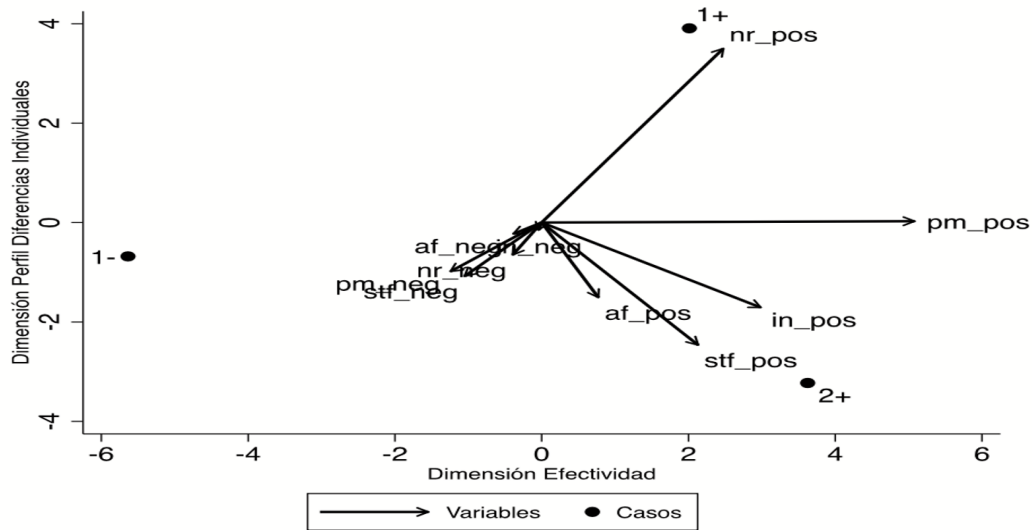
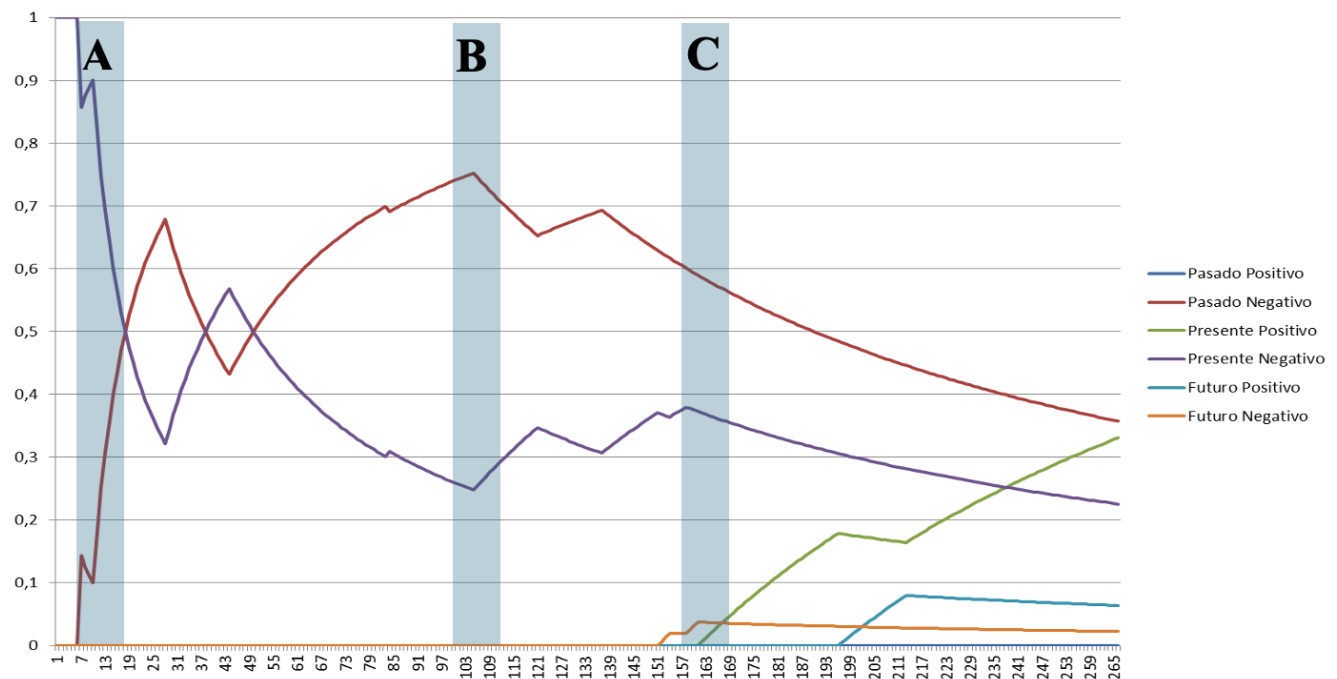


Figura 5

Frecuencias Acumuladas de Categorías de Tiempo Subjetivo (Pasado, Presente y Futuro) a lo Largo de los Turnos de Habla del Paciente Durante un Proceso Psicoterapéutico Exitoso, Ilustrando la Reorganización Progresiva del Perfil Temporal a lo Largo del Proceso Terapéutico



Nota. Se muestra la frecuencia relativa acumulativa de las 6 categorías de tiempo; pasado, presente y futuro; y cada una en sus variantes positivo y negativo. En el eje X se muestran los 262 turnos registrados en todo el proceso terapéutico, por lo que son turnos secuenciales seleccionados de sesiones. En el eje Y se presentan las frecuencias de las categorías de tiempo. Las ventanas coloreadas corresponden a las zonas críticas de la curva de frecuencia seleccionados (A, B y C).

lo largo del proceso terapéutico, operacionalizando la temporalidad como una dimensión dinámica y observable en los turnos de habla del paciente (Véase Figura 5).

Desde la perspectiva de la formulación de caso, el estudio muestra que el cambio psicoterapéutico se asocia a una transformación del

horizonte temporal, caracterizada por una disminución progresiva del pasado negativo y del presente negativo, junto con un aumento del presente positivo y la emergencia gradual de un futuro vivido como posibilidad. Los análisis de frecuencias acumuladas permiten identificar zonas críticas de cambio temporal, en las que

la reorganización del tiempo subjetivo se articula con el pasaje desde narrativas descriptivas a narrativas reflexivas positivas. Estos hallazgos respaldan la propuesta de los autores de que la temporalidad no solo organiza el significado personal, sino que puede actuar como un indicador sensible de proceso, en el que la recuperación de un tiempo subjetivo saludable —integrado, fluido y no dominado por la fijación en el pasado— se configura como un componente estructural del éxito terapéutico. En este sentido, el artículo consolida empíricamente la inclusión de la temporalidad como un eje clínico-operativo de la formulación de caso, articulando el modelo RMPS con la teoría de orientación temporal de Zimbardo y Boyd, y posicionando el trabajo con el tiempo subjetivo como un mecanismo específico de cambio en psicoterapia.

En Quiñones et al., (2017), *Psychotherapy and psychological time: a case study*, la temporalidad psicológica se aborda como un indicador dinámico de proceso y de resultado psicoterapéutico, mediante el análisis comparativo de dos procesos completos de psicoterapia cognitiva, uno exitoso y uno no exitoso. El estudio constituye el primer trabajo que contrasta perfiles temporales diferenciales a lo largo de procesos terapéuticos completos, utilizando una metodología mixta que integra codificación cualitativa (Top-down) de los turnos de habla del paciente y análisis cuantitativos de frecuencias acumuladas. La percepción del tiempo subjetivo se operacionaliza a partir de categorías temporales de pasado, presente y futuro, cada una en su variante positiva y negativa, inspiradas en el modelo de orientación temporal de Zimbardo y Boyd, e integradas conceptualmente al modelo de formulación de caso RMPS.

Los resultados muestran que los procesos exitosos se caracterizan por una reorganización progresiva del perfil temporal, con disminución de categorías temporales negativas (pasado y presente negativo) y aumento de un presente positivo asociado a narrativas reflexivas, mientras que el proceso no exitoso mantiene un perfil rígido dominado por temporalidades negativas, sin emergencia de narrativas reflexivas (Véase Figura 6). Estos hallazgos refuerzan

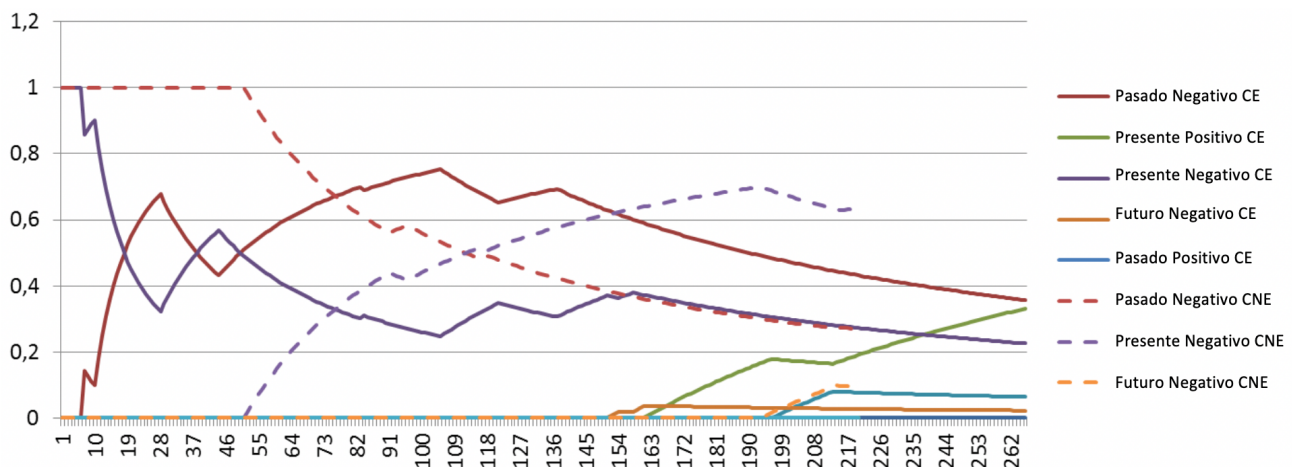
la concepción de la temporalidad no solo como contenido narrativo, sino como un eje estructurante del significado personal y del cambio psicoterapéutico, permitiendo monitorear la transformación del malestar desde una perspectiva temporal integrada. En el contexto de la formulación de caso, este trabajo refuerza la consideración de la temporalidad psicológica como una dimensión clínicamente observable, cuantificable y relevante para distinguir trayectorias de cambio, aportando evidencia empírica a los desarrollos teóricos previos del RMPS.

En Quiñones y Ugarte (2022), *Formulación de caso: Disolviendo temáticas disfuncionales mediante regulación de dominios de conocimiento intersubjetivo la temporalidad psicológica se mantiene como un componente estructural de la formulación de caso*—en continuidad con el RMPS, donde aparece tempranamente como dominio de primer orden (sentido de sí mismo y temporalidad del problema, SA; y luego sentido de sí mismo y tiempo fluido, S/TF)—, pero es reformulada dentro del Modelo de Formulación de Caso Evolucionista (FCE) como parte del Sistema Self. En particular, el “Sentido del Tiempo/Balance” se presenta como uno de los cinco componentes nucleares del self (junto con coherencia autonarrativa, agencia/eficacia, autoestima/autoengaño y autocuidado/salud), posicionando la temporalidad no como un elemento accesorio, sino como una dimensión organizadora de la regulación psicológica y de la continuidad del significado personal.

Desde el punto de vista clínico-operativo, el FCE integra la temporalidad en las dos fases del protocolo —FCE_Evaluación⁴ y FCE_Intervención— mediante preguntas guía del tipo: “¿Hay alteración?” (evaluación) y “¿Hay progreso?, ¿hay regulación?” (intervención) aplicadas al Sistema Self que incluye al Sentido del Tiempo/Balance (Véase Figura 7). Esto permite evaluar alteraciones temporales relevantes para el caso (p. ej., rigidez del horizonte temporal, dificultad para integrar pasado–presente–futuro, desbalance entre tiempo interno y tiempo cronológico, sensación de estancamiento) y, posteriormente, monitorear si dichas alteraciones muestran cambios clínicamente significativos durante la terapia.

Figura 6

Frecuencia Relativa Acumulativa de Categorías de Tiempo Subjetivo (Pasado, Presente y Futuro), Consideradas en sus Variantes Positiva y Negativa, a lo Largo de los Turnos de Habla en dos Procesos Terapéuticos. En el eje X se Representan los Turnos Secuencialmente Seleccionados del Continuo de Sesiones, y en el eje Y las Frecuencias Relativas de las Categorías Temporales. Las Líneas Continuas Corresponden al Caso Exitoso (CE) y las Discontinuas al Caso No Exitoso (CNE). La Figura Permite Visualizar un Período Crítico de Diferenciación Temporal Entre Ambos Procesos, Ubicado Aproximadamente Entre los Turnos 150 y 160



Nota. Adaptada de Quiñones et al. (2017).

Figura 7

Sistema Self del Modelo de Formulación de Caso Evolucionista (FCE), que Representa los Cinco Componentes Nucleares del Self, Incluyendo el Sentido del Tiempo/Balance Como Dimensión Organizadora de la Regulación Psicológica a lo Largo del Proceso Psicoterapéutico

Dominio de Conocimiento Intersubjetivo de Primer Orden		
Sistema Self	FCE_Evaluación	FCE_Intervención
Auto-narrativa/Coherencia		
Sentido de Agencia/Eficacia		
Sentido del Tiempo/Balance	¿Hay alteración?	¿Hay progreso?, ¿Hay regulación?
Autoestima/Autoengaño		
Autocuidado/Salud		

En este sentido, el artículo consolida la temporalidad como eje transversal del self dentro de un marco evolucionista e intersubjetivo y, es presentado por sus autores como una evolución del RMPS: preserva el foco temporal como organizador del significado personal, pero lo integra en un lenguaje común de dominios de conocimiento orientado a evaluación, intervención y seguimiento.

En conjunto, los artículos revisados muestran una progresión teórica, clínica y empírica coherente en el abordaje de la temporalidad psicológica dentro de los modelos de formulación de caso en psicoterapia. En una primera etapa, la temporalidad es incorporada como un dominio estructural del significado personal en el RMPS, inicialmente a través del sentido de sí mismo y la atribución temporal del problema (Quiñones, 2008a) y luego mediante su conceptualización como coherencia temporal del significado y tiempo fluido (Quiñones, 2008b, 2011a). Posteriormente, este eje temporal es operacionalizado empíricamente como un conjunto de categorías de tiempo subjetivo (pasado, presente y futuro en variantes positivas y negativas), permitiendo su análisis sistemático como indicador de proceso y de resultado en psicoterapia (Quiñones et al., 2012, 2015, 2017). Finalmente, en el Modelo de Formulación de Caso Evolucionista (FCE), la temporalidad se integra y generaliza como parte del Sistema Self, específicamente a través del Sentido del Tiempo/Balance, presentándose como un eje transversal de evaluación, intervención y monitoreo del cambio, y constituyendo una evolución del RMPS orientada a un lenguaje clínico común que articula coherencia conceptual y utilidad terapéutica.

Discusión

La presente revisión narrativa tuvo por finalidad compilar, evaluar y sintetizar la literatura científica acerca del tema de temporalidad psicológica en la formulación de caso en psicoterapia en adultos. La búsqueda de artículos, realizada entre los años 2005 y 2025 en bases de datos indexadas (Scopus, WoS y Scielo), permitió identificar únicamente ocho artículos revisados por pares, todos pertenecientes

a un mismo equipo de investigación, constituido exclusivamente por psicólogos.

Los hallazgos de esta revisión sugieren que la relación entre temporalidad psicológica y formulación de caso constituye un campo emergente y escasamente explorado en la literatura científica. En efecto, pese a la relevancia ampliamente documentada de la temporalidad en psicopatología, identidad y memoria, solo se identificaron dos modelos de formulación de caso que incorporan explícitamente esta dimensión en su conceptualización clínica: Modelo de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS) y la Formulación de Caso Evolucionista (FCE), siendo este último reconocido por sus propios autores como una evolución del primero.

Desde una perspectiva clínica y teórica, los resultados de esta revisión permiten señalar que ignorar la temporalidad psicológica en la formulación de caso constituye una omisión relevante, que dificulta la comprensión de la temática psicológica problemática, y en consecuencia, la planificación, ajuste y monitoreo de las intervenciones psicoterapéuticas. Lo curioso y novedoso de lo reportado en el presente artículo, es que el concepto de temporalidad psicológica se descarta u omite en la casi totalidad de los modelos de formulación de caso en psicoterapia publicados, y dado el conocimiento que se tiene en el siglo XXI, nos indica que debemos utilizar el mejor conocimiento disponible, y por tanto, no considerar lo que conocemos desde la psicopatología resulta, al menos, conceptualmente problemático.

La evidencia revisada muestra que la adaptación y el funcionamiento cotidiano del ser humano se encuentran estrechamente vinculados a la gestión del tiempo interno y externo, así como a la capacidad de integrar pasado, presente y futuro en una narrativa coherente asociada al bienestar en el ciclo vital. En este sentido, la temporalidad y el significado personal aparecen como dimensiones inseparables, lo que implica la necesidad de que los modelos de formulación de caso basados en investigación incorporen sistemáticamente el análisis de posibles alteraciones en la experiencia temporal.

Respecto de las limitaciones, esta revisión incluyó únicamente artículos publicados en castellano e inglés, y los estudios identificados pertenecen a un solo grupo de investigación. Sin embargo, este hecho no debe interpretarse exclusivamente como un sesgo metodológico, sino más bien como un indicador de la escasez de modelos de formulación de caso que aborden explícitamente la temporalidad psicológica en la literatura internacional. En este sentido, la concentración de los estudios refleja un vacío relevante en el campo, más que una restricción arbitraria de la revisión.

Finalmente, los resultados de este trabajo ponen de relieve la necesidad de ampliar y diversificar la investigación teórica y empírica sobre temporalidad psicológica en formulación de caso en psicoterapia, así como de desarrollar y validar modelos de formulación de caso que integren esta dimensión de manera sistemática. La temporalidad psicológica representa un desafío conceptual y clínico de gran relevancia para el quehacer profesional contemporáneo, y su incorporación en la formulación de caso se perfila como una vía prometedora para mejorar la comprensión del sufrimiento humano y optimizar los procesos de cambio psicoterapéutico.

Conclusión

La presente revisión narrativa pone de manifiesto que la temporalidad psicológica ha sido escasamente integrada de manera explícita en los modelos de formulación de caso en psicoterapia, pese a su relevancia documentada en la psicopatología, la identidad y la

⁴ El protocolo de Formulación de Caso Evolucionista [FCE] tiene tres secciones. Se puede descargar gratuitamente en publicaciones de Álvaro Quiñones, se titula: "Protocolo de Formulación de Caso Evolucionista" https://www.researchgate.net/publication/363728060_PROTOCOLO_FORMULACION_DE_CASO_EVOLUCIONISTA_elaborado_por_Alvaro_Quinones_Bergeret

memoria. Los modelos RMPS y FCE constituyen aportes pioneros en este ámbito, al situar la experiencia temporal como un eje organizador del significado personal y del proceso clínico. En conjunto, los resultados subrayan la pertinencia de incorporar sistemáticamente la evaluación de la temporalidad psicológica en la formulación de caso, abriendo una línea de desarrollo teórico y empírico relevante para la investigación futura y la práctica psicoterapéutica contemporánea.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés de naturaleza económica, comercial ni institucional.

Declaración de Autoría

Álvaro Quiñones: Conceptualización; Metodología; Investigación; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición; Supervisión.

Carla Ugarte-Pérez: Conceptualización; Metodología; Investigación; Curaduría de datos; Redacción – revisión y edición.

Referencias

- Adler, J. M., Lodi-Smith, J., Philippe, F. L., y Houle, I. (2016). The incremental validity of narrative identity in predicting well-being: A review of the field and recommendations for the future. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), 142–175. <https://doi.org/10.1177/1088868315585068>
- Angus, L. E., y McLeod, J. (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*. Sage.
- Åström, E., Rönnlund, M., Adolfsson, R., y Carelli, M. G. (2019). Depressive symptoms and time perspective in older adults: Associations beyond personality and negative life events. *Aging & Mental Health*, 23(12), 1674–1683. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1506743>
- Arias-Odón, F. (2025). El artículo de revisión narrativa: Nivel de evidencia y validez científica. Revisión semi-sistemática. *e-Ciencias de la Información*, 15(1). <https://doi.org/10.15517/eci.v15i1.59584>
- Bar, M. (Ed.). (2011). *Predictions in the brain: Using our past to generate a future*. Oxford University Press.
- Bar-Haim, Y., Kerem, A. A., Lamy, D., y Zakay, D. (2010). When time slows down: The influence of threat on time perception in anxiety. *Cognition and Emotion*, 24(2), 255–263.
- Baumeister, R. F., y Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), 311–320. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>
- Boniwell, I., y Zimbardo, P. G. (2004). Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 165–178). Wiley.
- Brockelman, P. (1985). *Time and self: Phenomenological explorations*. The Crossroad Publishing Company.
- Bruner, J. (1997). A narrative model of self-construction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 818, 144–161.
- Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. In L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 3–14). Sage.
- Bruner, J., y Kalmar, D. (1998). Narrative and metanarrative in the construction of self. In M. Ferrari y R. J. Sternberg (Eds.), *Self-awareness* (pp. 308–331). Guilford Press.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594–628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Doerr-Zegers, O. (2018). Space and time in the obsessive-compulsive phenomenon. *Psychopathology*, 51(1), 31–37. <https://doi.org/10.1159/000485630>
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Fuchs, T. (2014). Psychopathology of depression and mania: Symptoms, phenomena and syndromes. *Journal of Psychopathology*, 20, 404–413.
- García, D., Granjard, A., Lundblad, S., y Archer, T. (2017). A dark past, a restrained present, and an apocalyptic future: Time perspective, personality, and life satisfaction among anorexia nervosa patients. *PeerJ*, 5, e3801. <https://doi.org/10.7717/peerj.3801>
- García Haro, J., Quiñones, A., y Ugarte, C. (2024). Formulación de caso en conducta suicida: Una perspectiva evolucionista para la regulación y el bienestar psicológico. In A. Quiñones y C. Caro (Eds.), *Formulación de caso: Hacia una psicoterapia de precisión* (pp. 381–431). UNED.
- Grant, M. J., y Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Green, B. N., Johnson, C. D., y Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: Secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101–117. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Henry Holt.
- McAdams, D. P. (2008). The Life Story Interview–II (Unpublished instrument). Northwestern University. <https://cpb-us-e1.wpmucdn.com/sites.northwestern.edu/dist/4/3901/files/2020/11/The-Life-Story-Interview-II-2007.pdf>
- McAdams, D. P., y McLean, K. C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 233–238. <https://doi.org/10.1177/0963721413475622>
- McKay, M. T., Perry, J. L., Cole, J. C., y Worrell, F. C. (2018). What time is it? Temporal psychology measures relate differently to alcohol-related health outcomes. *Addiction Research & Theory*, 26(1), 20–27. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1314468>
- Melges, F. T. (1990). Identity and temporal perspective. In R. A. Block (Ed.), *Cognitive models of psychological time* (pp. 255–266). Lawrence Erlbaum Associates.
- Meyer, A. (1951). *The collected papers of Adolf Meyer: Vol. II. The life chart and the psychobiological point of view* (E. E. Winters, Ed.). The Johns Hopkins Press.
- Nigro, G., Matarazzo, O., Ciccarelli, M., Pizzini, B., Sacco, M., y Cosenza, M. (2022). Positive illusions: The role of cognitive distortions related to gambling and temporal perspective in chasing behavior. *Journal of Gambling Studies*, 38(3), 889–904. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10068-5>
- Papastamatelou, J., Unger, A., Giotakos, O., y Athanasiadou, F. (2015). Is time perspective a predictor of anxiety and perceived stress? Some preliminary results from Greece. *Psychological Studies*, 60, 468–477. <https://doi.org/10.1007/s12646-015-0331-2>
- Parma, C., Doria, F., Zulueta, A., Boscarino, M., Giani, L., Lunetta, C., Parati, E. A., Picozzi, M., y Sattin, D. (2024). Does body memory exist? A review of models, approaches and recent findings useful for neurorehabilitation. *Brain Sciences*, 14(6), 542. <https://doi.org/10.3390/brainsci14060542>
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162–166. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>

- Pennebaker, J. W., y Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243–1254. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10<1243::AID-JCLP6>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1243::AID-JCLP6>3.0.CO;2-N)
- Prebble, S. C., Addis, D. R., y Tippet, L. J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin*, 139(4), 815–840. <https://doi.org/10.1037/a0030146>
- Quiñones, A. (2008a). Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 37–47.
- Quiñones, A. (2008b). Perturbación estratégica gradual: Formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). *Revista de Psicoterapia*, 74/75, 35–42. <https://doi.org/10.33898/rdp.v19i74/75.806>
- Quiñones, A. (2011a). Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: Aplicaciones a un caso clínico. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 97–130. <https://doi.org/10.33898/rdp.v22i88.637>
- Quiñones, A. (2011b). Modificación del significado personal: Perspectivas de un programa de investigación de procesos en psicoterapia. *Revista de Psiquiatría*, 46, 319–325. <https://doi.org/10.1708/1009.10980>
- Quiñones, A. (2013). *Indicadores de procesos en psicoterapia asociados a éxito* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_129379/atqb1de1.pdf
- Quiñones, A., Melipillán, R., y Ugarte, C. (2012). Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 247–254.
- Quiñones, A., Ceric, F., y Ugarte, C. (2015). Flujos de información en zonas de tiempo subjetivo: Estudio de un proceso psicoterapéutico exitoso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(3), 255–266.
- Quiñones, A., Ceric, F., Ugarte, C., y Pascale, A. (2017). Psychotherapy and psychological time: A case study. *Rivista di Psichiatria*, 52(3), 109–116. <https://doi.org/10.1708/2680.27472>
- Quiñones, A. (2021). *Formulación de caso evolucionista: Un lenguaje común en psicoterapia*. RIL Editores.
- Quiñones, A., y Ugarte, C. (2022). Formulación de caso: Disolviendo temáticas disfuncionales mediante regulación de dominios de conocimiento intersubjetivo. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 7–41. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35620>
- Quiñones, A. (2024). *Evolutionary case formulation: Developing a unified language for the practice of psychotherapy*. Springer.
- Quiñones, A. (2025, 28 de noviembre). *Formulación de caso y quehacer en psicoterapia. [Conferencia]*. Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.
- Sarbin, T. R. (1986). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. Praeger.
- Reese, E., Chen, Y., Jack, F., y Hayne, H. (2010). Emerging identities: Narrative and self from early childhood to early adolescence. In K. C. McLean y M. Pasupathi (Eds.), *Narrative development in adolescence: Creating the storied self* (pp. 23–44). Springer.
- Stanghellini, G., Mancini, M., Fernandez, A. V., Moskalewicz, M., Pompili, M., y Ballerini, M. (2022). Transdiagnostic assessment of temporal experience (TATE): A tool for assessing abnormal time experiences. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 21(1), 73–95. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09795-2>
- Stanghellini, G., Ballerini, M., Presenza, S., Mancini, M., Raballo, A., Blasi, S., y Cutting, J. (2016). Psychopathology of lived time: Abnormal time experience in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), 45–55. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv052>
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. W. W. Norton & Company.
- Sterna, A., Moskalewicz, M., y Fuchs, T. (2025). Borderline personality as a disorder of temporality: A phenomenological meta-synthesis. *Human Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10746-025-09784-3>
- Stolarski, M., Czajkowska-Lukasiewicz, K., Styła, R., y Zajenkowska, A. (2024). Time matters for mental health: A systematic review of quantitative studies on time perspective in psychiatric populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(4), 309–319. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000942>
- Stolarski, M., Wiberg, B., y Osin, E. (2015). Assessing temporal harmony: The issue of a balanced time perspective. In M. Stolarski, N. Fieulaine, y W. van Beek (Eds.), *Time perspective theory: Review, research and application* (pp. 57–71). Springer.
- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D. S., y Edwards, C. S. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 742–752. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.4.742>
- Sword, R. M., Sword, R. K. M., Brunskill, S. R., y Zimbardo, P. G. (2014). Time perspective therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 197–201. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.763632>
- Toplak, M. E., Rucklidge, J. J., Hetherington, R., John, S. C., y Tannock, R. (2003). Time perception deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid reading difficulties in child and adolescent samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 888–903. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00173>
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology*, 26(1), 1–12.
- Tulving, E. (2002). Chronesthesia: Conscious awareness of subjective time. In D. T. Stuss y R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp. 311–325). Oxford University Press.
- Tulving, E. (2005). Episodic memory and autonoesis: Uniquely human? In H. Terrace y J. Metcalfe (Eds.), *The missing link in cognition: Self-knowing consciousness in man and animal* (pp. 3–56). Oxford University Press.
- Tulving, E., y Szpunar, K. K. (2012). Does the future exist? In B. Levine y F. I. M. Craik (Eds.), *Mind and the frontal lobes: Cognition, behavior, and brain imaging* (pp. 248–263). Oxford University Press.
- Zimbardo, P. G., y Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>
- Zimbardo, P. G., y Boyd, J. N. (2008). *The time paradox: The new psychology of time that will change your life*. Free Press.

Artículo

Efecto en la Resiliencia y el Crecimiento Postraumático por la Pandemia de Covid-19 en la Población Mexicana: Un Análisis de Trayectoria SEM

Georgina Eugenia Bazán-Riverón¹ , Lucía Pérez Sánchez² , Aldo Bazán-Ramírez³ 
y José Fernando Mora-Romo⁴ 

¹División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Estado de México (México)

²Unidad Académica de Ciencias Sociales, Programa Académico de Psicología, Universidad Autónoma de Nayarit (México)

³Departamento de Educación y Humanidades, Universidad Nacional José María Arguedas (Perú)

⁴Estudiante del doctorado de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Estado de México (México)

INFORMACIÓN

Recibido: 05/08/2025
Aceptado: 22/01/2026

Palabras clave:

Resiliencia
Crecimiento postraumático
COVID-19
Salud mental
Modelos de ecuaciones estructurales

RESUMEN

La pandemia global de COVID-19 impactó la salud psicológica de la población, con efectos relevantes en la salud mental. El presente estudio tuvo como objetivo analizar las variables que influyen en la resiliencia y el crecimiento postraumático (CPT) en una muestra de población mexicana durante la pandemia. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y explicativo, mediante la aplicación del instrumento Psy-COVID, diseñado *ad hoc* para el contexto pandémico y compuesto por una batería de instrumentos breves, aplicado en formato en línea. Las variables se analizaron mediante estadísticos descriptivos, correlacionales y modelos de ecuaciones estructurales (SEM), examinando la relación entre resiliencia y crecimiento postraumático con variables sociodemográficas, adherencia a conductas preventivas y salud mental. Los resultados mostraron niveles medios de resiliencia y crecimiento postraumático, así como relaciones significativas entre ambos constructos y las variables incluidas en los modelos. El análisis de trayectorias evidenció la influencia de características individuales en la adaptación psicológica positiva ante la pandemia. Se destaca la importancia de considerar las variables sociodemográficas y el estado psicológico para comprender la adherencia a conductas preventivas y los niveles de resiliencia y crecimiento postraumático frente a eventos estresantes prolongados.

Effects on Resilience and Posttraumatic Growth During the COVID-19 Pandemic in the Mexican Population: A Structural Equation Modeling Analysis

ABSTRACT

The global COVID-19 pandemic affected the psychological health of the population, with significant consequences for mental health. The present study aimed to analyze the variables influencing resilience and posttraumatic growth (PTG) in a sample of the Mexican population during the pandemic. A cross-sectional, descriptive, and explanatory study was conducted using the Psy-COVID instrument, designed *ad hoc* for the pandemic context and composed of a battery of brief measures administered online. Variables were analyzed using descriptive and correlational statistics, as well as structural equation modeling (SEM), examining the relationships between resilience and posttraumatic growth with sociodemographic variables, adherence to preventive behaviors, and mental health. Results showed moderate levels of resilience and posttraumatic growth, along with significant associations between both constructs and the variables included in the models. Path analysis revealed the influence of individual characteristics on positive psychological adaptation to the pandemic. These findings highlight the importance of considering sociodemographic variables and psychological status to better understand adherence to preventive behaviors and levels of resilience and posttraumatic growth in the face of prolonged stressful events.

Keywords:

Resilience
Posttraumatic growth
COVID-19
Mental health
Structural equation modeling

Citar como: Bazán-Riverón, G. E., Pérez, L., Bazán-Ramírez, A., y Mora-Romo, J. F. (2026). Efecto en la resiliencia y el crecimiento postraumático por la pandemia de COVID-19 en la población mexicana: Un análisis de trayectoria SEM. *Revista de Psicoterapia*, 37(133), 124-134. <https://doi.org/10.5944/rdp.v37i133.45972>

Autor y e-mail de correspondencia: Lucía Pérez Sánchez, lucia@systemica.com.mx

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

La pandemia por COVID-19 representó un acontecimiento crítico de carácter global que alteró de manera profunda la vida cotidiana de individuos, familias y comunidades. Más allá de sus efectos sanitarios y económicos, este evento constituyó un estresor colectivo prolongado, caracterizado por incertidumbre, pérdidas múltiples, aislamiento social y disrupción de rutinas significativas (Patrick et al., 2020; Ramos-Lira et al., 2020; González-Ramírez et al., 2020). Diversos estudios han documentado un incremento significativo en síntomas de ansiedad, depresión, estrés y somatización durante distintas fases de la emergencia sanitaria, tanto en población general como en grupos específicos (Ahmed et al., 2020; Blanchflower y Bryson, 2022; Terán et al., 2021).

En el contexto mexicano, estos efectos se vieron agravados por condiciones estructurales preexistentes, como la desigualdad socioeconómica, la precariedad laboral y las limitaciones en el acceso a servicios de salud mental, lo que intensificó la vulnerabilidad psicológica de amplios sectores de la población (Gaitán-Rossi et al., 2021; Ramos-Lira et al., 2020). No obstante, la evidencia empírica acumulada indica que la respuesta psicológica ante la pandemia no puede comprenderse exclusivamente desde una perspectiva centrada en el malestar. Junto con las reacciones negativas, se han identificado procesos de adaptación positiva que permiten a algunas personas sostener su funcionamiento psicológico e incluso resignificar la experiencia adversa (Bonanno, 2004; Vázquez et al., 2021). En este marco, el estudio de la resiliencia y del crecimiento postraumático resulta central para comprender la heterogeneidad de respuestas psicológicas frente a un evento traumático colectivo y prolongado.

Resiliencia Como Proceso de Adaptación Psicológica

La resiliencia ha sido conceptualizada de manera consistente en la literatura contemporánea como un proceso dinámico de adaptación positiva frente a la adversidad, mediante el cual las personas logran mantener o recuperar niveles funcionales de bienestar psicológico a pesar de la exposición a eventos altamente estresantes o traumáticos (Bonanno, 2004; Bonanno y Mancini, 2012; Manciaux, 2001). Esta concepción supera enfoques iniciales que entendían la resiliencia como un rasgo estable, para situarla como un fenómeno contextual y relacional que emerge de la interacción entre recursos individuales, sociales y culturales (Luthar et al., 2000; Infurna y Luthar, 2018).

Desde esta perspectiva, la resiliencia implica la movilización flexible de recursos personales —como la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento— así como de recursos relacionales y contextuales que permiten afrontar las demandas del entorno y sostener el funcionamiento cotidiano (Paton et al., 2000; Bartone y Hystad, 2010). Estudios empíricos han mostrado que niveles más altos de resiliencia se asocian con menor sintomatología ansiosa y depresiva, así como con una mayor capacidad para manejar situaciones de incertidumbre y estrés prolongado, incluyendo contextos de crisis sanitarias (Kimhi et al., 2020; Martínez et al., 2021).

En el contexto específico de la pandemia por COVID-19, la resiliencia ha sido identificada como un factor protector clave frente al impacto psicológico del trauma colectivo, contribuyendo

a amortiguar el malestar emocional y a sostener la estabilidad psicológica en escenarios caracterizados por la amenaza persistente y la incertidumbre (Kimhi et al., 2020). No obstante, diversos autores subrayan que la resiliencia no implica ausencia de sufrimiento ni negación del impacto del evento adverso, sino que puede coexistir con emociones negativas y síntomas psicológicos, funcionando como un recurso que previene un deterioro persistente del funcionamiento mental (Bonanno y Mancini, 2012).

Esta concepción resulta especialmente pertinente en situaciones de estrés crónico, donde la adaptación no se limita a una recuperación puntual posterior al evento, sino que exige ajustes continuos frente a condiciones cambiantes y prolongadas en el tiempo, como ocurrió durante las distintas fases de la pandemia (Paton et al., 2000; Vázquez et al., 2021).

Crecimiento Postraumático: Transformación y Resignificación de la Experiencia Adversa

El crecimiento postraumático (CPT) se refiere a los cambios psicológicos positivos que pueden emerger como resultado de la confrontación con experiencias altamente adversas o traumáticas. De acuerdo con el modelo propuesto por Tedeschi y Calhoun (2004), el CPT se manifiesta en diversas áreas del funcionamiento psicológico, incluyendo una mayor apreciación de la vida, transformaciones en la percepción de sí mismo, fortalecimiento de las relaciones interpersonales, identificación de nuevas posibilidades vitales y cambios en los sistemas de creencias y valores.

A diferencia de la resiliencia, que se centra en la adaptación funcional, el CPT implica un proceso de transformación subjetiva derivado de la elaboración cognitiva y emocional de la experiencia traumática (Calhoun y Tedeschi, 2000; Cann et al., 2010). Desde esta perspectiva, el crecimiento postraumático no supone la ausencia de malestar psicológico, sino que suele coexistir con emociones negativas, las cuales actúan como detonantes de los procesos de reflexión, rumiación deliberada y resignificación que caracterizan al CPT (Tedeschi y Calhoun, 2004; Páez et al., 2011; Eisenbeck et al., 2022).

La evidencia empírica sugiere que el CPT no es una respuesta universal al trauma, sino un fenómeno heterogéneo influido por factores personales, relacionales y contextuales (García et al., 2013; Vázquez et al., 2021). En contextos de crisis prolongada, como la pandemia por COVID-19, diversos estudios han reportado niveles moderados de CPT en población general, lo que sugiere procesos parciales de resignificación más que transformaciones radicales, particularmente cuando el evento adverso se mantiene activo en el tiempo (Vázquez et al., 2021).

Integración Conceptual Entre Resiliencia y Crecimiento Postraumático

La resiliencia y el crecimiento postraumático (CPT) constituyen dos constructos centrales para comprender las respuestas psicológicas positivas frente a la adversidad. Aunque ambos han sido ampliamente estudiados de manera independiente, en las últimas décadas se ha consolidado la necesidad de analizarlos de forma integrada, particularmente en contextos de trauma colectivo prolongado, como la pandemia por COVID-19 (Tedeschi y Calhoun, 2004; Vázquez et al., 2021).

Desde una perspectiva conceptual, la resiliencia se define como un proceso dinámico de adaptación positiva que permite a las personas mantener o recuperar niveles funcionales de bienestar psicológico frente a situaciones altamente estresantes o traumáticas (Bonanno, 2004; Bonanno y Mancini, 2012). Este proceso implica la movilización flexible de recursos personales, relacionales y contextuales, orientados principalmente a la regulación emocional y al control del malestar psicológico, lo que posibilita sostener el funcionamiento cotidiano incluso en escenarios de amenaza persistente (Manciaux, 2001; Paton et al., 2000).

El crecimiento postraumático, por su parte, remite a un proceso cualitativamente distinto. Más allá de la adaptación o recuperación funcional, el CPT supone cambios psicológicos positivos que emergen como resultado de la confrontación con experiencias altamente adversas, manifestándose en transformaciones en la percepción de sí mismo, en las relaciones interpersonales, en la apreciación de la vida y en los sistemas de significado personal (Tedeschi y Calhoun, 2004; Cann et al., 2010). Desde esta perspectiva, el CPT no implica ausencia de malestar, sino que puede coexistir con el sufrimiento psicológico, integrándolo en una narrativa de sentido y resignificación (Páez et al., 2011).

Diversos trabajos han subrayado que resiliencia y CPT no deben entenderse como constructos equivalentes ni necesariamente secuenciales, sino como procesos relacionados que pueden coexistir y articularse de múltiples maneras (García et al., 2015; Bonanno y Mancini, 2012; Vázquez et al., 2021). En particular, investigaciones desarrolladas en contextos latinoamericanos han señalado que la resiliencia puede funcionar como un recurso psicológico basal que facilita la emergencia del CPT, sin que ello implique que todas las personas resilientes experimenten necesariamente crecimiento postraumático (García et al., 2013). Desde esta óptica, la resiliencia contribuiría a sostener el afrontamiento inicial del trauma, mientras que el CPT implicaría un nivel adicional de elaboración cognitiva y emocional que conduce a transformaciones más profundas de la experiencia subjetiva.

La literatura contemporánea refuerza esta distinción funcional al mostrar que ambos constructos presentan patrones diferenciales de asociación con variables disposicionales y emocionales. En particular, se ha observado que la resiliencia se relaciona de manera más consistente con la regulación emocional, la estabilidad afectiva y la reducción de sintomatología ansioso-depresiva, mientras que el CPT se asocia en mayor medida con disposiciones cognitivas como el optimismo, la apertura a la experiencia y los procesos de reconstrucción de significado (Taku y Efthemiou, 2025). Estas diferencias sugieren que la resiliencia contribuye principalmente a la conservación del equilibrio psicológico frente a la adversidad, mientras que el CPT refleja un proceso transformacional que reconfigura la experiencia traumática en términos de sentido personal.

Modelos explicativos recientes han enfatizado, además, la relevancia de los mecanismos psicológicos mediadores que articulan la relación entre resiliencia y CPT. En este sentido, se ha señalado que la regulación de emociones negativas y la rumiación deliberada —entendida como una reflexión activa orientada a comprender e integrar la experiencia traumática— desempeñan un papel central en la transición desde la adaptación hacia el crecimiento (Tedeschi y Calhoun, 2004; Xu et al., 2024). Desde esta perspectiva, la resiliencia no solo amortigua el impacto emocional del trauma, sino que crea las

condiciones psicológicas necesarias para que los procesos cognitivos implicados en el CPT puedan desplegarse de manera constructiva.

En contextos de crisis colectivas, como la pandemia por COVID-19, esta relación adquiere una complejidad adicional. A diferencia de los traumas agudos, la pandemia constituyó un estresor crónico y prolongado, caracterizado por incertidumbre, pérdidas múltiples y alteraciones sostenidas en la vida cotidiana (Patrick et al., 2020; Bonanno, 2004; Vázquez et al., 2021). En este marco, enfoques socio-ecológicos recientes proponen comprender la resiliencia y el CPT como procesos situados, profundamente influidos por factores culturales, relacionales y estructurales (Bronfenbrenner, 1987). En contextos como el mexicano, las desigualdades sociales, las dinámicas familiares y las redes de apoyo adquieren un papel central en la adaptación psicológica, condicionando tanto la regulación del malestar como la posibilidad de resignificación de la experiencia traumática (Ramos-Lira et al., 2020).

La evidencia empírica generada durante la pandemia respalda esta concepción integrada. Estudios realizados en distintos países han mostrado que la resiliencia y el CPT pueden coexistir en niveles moderados, interactuando de manera compleja con variables de salud mental, personalidad y contexto social (Vázquez et al., 2021; Kimhi et al., 2020). En particular, investigaciones recientes basadas en modelos de ecuaciones estructurales indican que la resiliencia y el CPT comparten antecedentes psicológicos comunes, pero mantienen trayectorias diferenciadas en su relación con la ansiedad, la depresión y otros indicadores de malestar psicológico (Bonanno y Mancini, 2012; Vázquez et al., 2021; Xu et al., 2024). Estos hallazgos sugieren que el crecimiento postraumático no se explica exclusivamente por la reducción del malestar, sino por la interacción entre disposiciones personales y procesos de elaboración cognitiva que permiten resignificar la experiencia adversa.

Desde esta perspectiva integradora, resiliencia y crecimiento postraumático no se conciben como variables jerárquicas ni necesariamente mediadas entre sí, sino como procesos paralelos que comparten antecedentes psicológicos comunes y que pueden potenciarse mutuamente bajo determinadas condiciones personales y contextuales (Bonanno y Mancini, 2012; Taku y Efthemiou, 2025). Mientras la resiliencia opera como un factor protector que sostiene el funcionamiento psicológico frente a la adversidad, el CPT representa un proceso transformacional que emerge cuando la experiencia traumática es elaborada e integrada en una narrativa de sentido (Tedeschi y Calhoun, 2004).

En consecuencia, el presente estudio adopta una aproximación integradora que permite examinar simultáneamente la resiliencia y el crecimiento postraumático, así como su relación con variables sociodemográficas, de salud mental, personalidad y adherencia a conductas preventivas, mediante un modelo de trayectorias basado en ecuaciones estructurales. Esta aproximación se alinea con los desarrollos teóricos recientes y ofrece un marco comprensivo para interpretar los procesos psicológicos implicados en la adaptación positiva de la población mexicana frente a la pandemia por COVID-19.

Método

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, mediante un diseño descriptivo, correlacional y explicativo, a partir de los datos recopilados por el equipo mexicano de investigación,

integrado por investigadoras e investigadores de más de diez universidades públicas y privadas, en el marco de un proyecto colaborativo coordinado por personal académico de la Universidad Autónoma de Barcelona (España).

Participantes

La muestra estuvo conformada por $N = 7,653$ personas de población general residentes en México, con edades comprendidas entre 16 y 83 años ($M = 36,37$; $DE = 14,19$), quienes aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutando participantes accesibles a través de medios digitales para la recolección de datos en línea. Esta estrategia fue adoptada debido a las condiciones derivadas de la pandemia por COVID-19, que dificultaron la recolección de datos presenciales a causa de las medidas de distanciamiento social.

Del total de la muestra, el 70 % reportó sexo femenino y el 30 % sexo masculino. Las personas participantes residían en las 32 entidades federativas del país, con representación de distintas zonas geográficas: 33 % del norte, 19,5 % del occidente, 5,8 % del oriente, 39 % del centro y 2,7 % del sur. En cuanto al nivel educativo, la mayoría reportó contar con estudios de nivel superior (94 %) y se autoadscribió mayoritariamente a un nivel socioeconómico medio (76 %), seguido del nivel alto (10 %) y bajo (14 %).

Para ser consideradas elegibles, las personas participantes debían contar con nacionalidad mexicana, residir en México, ser mayores de edad o, en el caso de personas menores, completar la batería de instrumentos acompañadas por una persona adulta responsable, disponer de acceso a dispositivos electrónicos (computadora, tableta o teléfono inteligente) que permitieran responder la encuesta, y aceptar el consentimiento informado. Se excluyó del estudio a quienes no contaban con acceso a los dispositivos necesarios o no aceptaron participar bajo los términos del consentimiento informado.

La distribución por sexo refleja una sobrerrepresentación de personas de sexo femenino, fenómeno que ha sido reportado de manera consistente en investigaciones de salud mental basadas en encuestas en línea y de participación voluntaria. Esta característica de la muestra debe considerarse al interpretar los resultados del estudio, particularmente en lo relativo al alcance de las inferencias que pueden derivarse de los datos obtenidos.

Instrumentos

Se utilizó una batería de evaluación en línea (Google Forms), compuesta por versiones breves de distintos instrumentos, seleccionados por cada nodo participante del estudio internacional, quienes avalaron sus propiedades psicométricas adecuadas. La batería evaluó tres grandes dimensiones: variables sociodemográficas y contextuales, salud mental y salud pública. Una vez conformado el instrumento Psy-COVID, este fue difundido a través de redes sociales.

En el presente estudio se reporta únicamente un subconjunto de las variables correspondientes al nodo México, específicamente: características sociodemográficas y contextuales, cambios en el estilo de vida asociados a la COVID-19, adherencia a medidas preventivas, salud mental, resiliencia y crecimiento postraumático.

A continuación, se describen los instrumentos de medición utilizados.

Las personas participantes reportaron su sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, entidad federativa de residencia y el número de habitaciones en su lugar de residencia.

La resiliencia se evaluó mediante la versión de dos ítems de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale; [Vaishnavi et al., 2007](#)). Cada ítem se respondió en una escala de 4 puntos (0 = nada, 1 = poco, 2 = bastante, 3 = mucho), donde puntajes más altos indican mayores niveles de resiliencia.

Esta versión abreviada ha sido utilizada en muestras de atención primaria ([Langhinrichsen et al., 2017](#)), estudios internacionales ([López, 2021](#)), población joven ([Heo et al., 2018](#); [Lim et al., 2011](#)), muestras geriátricas ([Draper et al., 2015](#)), así como en poblaciones clínicas con trastorno por estrés postraumático ([Morey et al., 2008](#)) y depresión ([Lu et al., 2017](#)). La escala ha mostrado adecuada confiabilidad test-retest ($r = ,85$) y validez convergente satisfactoria con estándares de referencia ($r = ,73$; $p < ,05$) ([Vaishnavi et al., 2007](#); [Markovitz y Peters, 2014](#)). Dado que la escala consta únicamente de dos ítems, no fue posible realizar análisis factoriales en el presente estudio.

El crecimiento postraumático se evaluó mediante la versión corta del Inventario de Crecimiento Postraumático (Post-Traumatic Growth Inventory–Short Form; [Cann et al., 2010](#)), compuesta por 10 ítems distribuidos en cinco dominios: relaciones interpersonales, nuevas posibilidades, fortaleza personal, cambio espiritual y apreciación de la vida. La escala presenta propiedades psicométricas satisfactorias (varianza explicada = 64 %; confiabilidad $\alpha = ,95$).

Los ítems se respondieron en una escala de 4 puntos (0 = nada, 1 = poco, 2 = bastante, 3 = mucho), donde puntajes más altos indican mayor crecimiento postraumático.

Los cambios en el estilo de vida incluyeron la calidad del sueño, la práctica de actividad física y la alimentación. Por su parte, las relaciones sociales consideraron el vínculo con la pareja o familiares, vecinos y amistades. Estos reactivos fueron diseñados ad hoc en el estudio internacional y evalúan la percepción de deterioro o mejora en cada ámbito. Las respuestas se registraron en una escala de 5 puntos (0 = mucho peor, 1 = algo peor, 2 = igual, 3 = algo mejor, 4 = mucho mejor).

La adherencia a medidas preventivas se evaluó mediante una escala desarrollada por el nodo México, retomada del instrumento Psy-COVID. Los ítems se basaron en el Modelo de la Acción Razonada ([Ajzen y Fishbein, 1980](#)) y evaluaron la adherencia (experiencia pasada, presente y percepción de amenaza futura) a medidas preventivas como el uso de cubrebocas, uso de guantes, lavado de manos, evitar tocarse la cara, distanciamiento social, permanecer en casa y solicitar a otras personas que cumplan dichas medidas, conforme a las recomendaciones de la [Organización Mundial de la Salud \(OMS, 2021\)](#). Los ítems se respondieron en una escala de 4 puntos (0 = nada, 1 = poco, 2 = bastante, 3 = mucho), donde puntajes más altos indican mayor adherencia.

Procedimiento

El estudio, denominado PSY-COVID, fue aprobado por el Comité de Ética en Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universidad Autónoma de Barcelona (España) (número de referencia: CEEAH 5197) y se desarrolló conforme a los Reglamentos Generales

de Protección de Datos de la Unión Europea y a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta en línea de participación voluntaria, difundida por el equipo de investigación del nodo México a través de medios impresos y digitales, así como mediante redes sociales institucionales y personales. La aplicación del cuestionario se realizó entre el 1 de junio y el 31 de julio de 2020, periodo previo a la reapertura de las actividades económicas esenciales en el país, en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Antes de iniciar el cuestionario, las personas participantes recibieron información detallada sobre los objetivos del estudio, el carácter confidencial y anónimo de sus respuestas, así como sobre su derecho a interrumpir su participación en cualquier momento sin consecuencia alguna. El consentimiento informado se obtuvo de manera electrónica mediante la aceptación explícita en el formulario en línea. Con el fin de garantizar la confidencialidad, no se solicitó información que permitiera la identificación de las personas participantes.

El instrumento Psy-COVID incluyó un número amplio de reactivos destinados a evaluar variables sociodemográficas y contextuales, cambios en el estilo de vida, adherencia a medidas preventivas, salud mental, personalidad, resiliencia y crecimiento postraumático. La participación no fue remunerada y el tiempo estimado de respuesta fue de aproximadamente 30 minutos. Los datos fueron recopilados y almacenados en una base digital para su posterior análisis estadístico, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información.

El presente estudio se basó en un muestreo no probabilístico de participación voluntaria, lo que limita la representatividad de la muestra y restringe la generalización de los resultados a la población mexicana en su conjunto. Asimismo, con el fin de reducir la carga de respuesta durante un contexto de crisis sanitaria, se emplearon versiones abreviadas de algunos instrumentos —como la escala de resiliencia de dos ítems y la medida de soledad de un solo reactivo—, lo cual pudo afectar la profundidad con la que se evaluaron estos constructos. Estas decisiones metodológicas, aunque justificadas por las condiciones de aplicación en línea durante la pandemia por COVID-19, deben ser consideradas al interpretar los hallazgos del estudio, particularmente en relación con la validez de los constructos y el alcance inferencial de los modelos analizados.

Análisis Estadístico

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para calcular medias, desviaciones estándar y rangos de las variables incluidas en el estudio. Para los análisis correlacionales, se utilizó el coeficiente ρ de Spearman en el caso de variables nominales y ordinales, y el coeficiente de correlación de Pearson (r) para variables escalares, tales como edad, número de habitaciones y número de personas que convivían en el mismo domicilio.

Los efectos de las variables principales —resiliencia y crecimiento postraumático— se evaluaron mediante modelos de ecuaciones estructurales (SEM), específicamente a través de análisis de trayectorias. Para la estimación de los parámetros se empleó el método de remuestreo Bootstrap, con la simulación de 10,000 muestras aleatorias. El ajuste del modelo SEM se evaluó a partir de los puntos de corte propuestos por Hu y Bentler (1999).

Resultados

Características de la Muestra

Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la [Tabla 1](#). La muestra estuvo conformada por $N = 7,653$ participantes de población general residente en México, con una sobrerrepresentación de personas de sexo femenino.

Las personas participantes reportaron niveles moderados de resiliencia ($M = 6,54$; $DE = 1,08$) y de crecimiento postraumático (CPT) ($M = 1,31$; $DE = 0,62$). En relación con los cambios en el estilo de vida asociados a la COVID-19, los mayores impactos negativos se observaron en la calidad del sueño y la actividad física, donde el 57,8 % y el 51,5 % de las personas, respectivamente, reportaron un deterioro negativo o muy negativo. Por el contrario, una menor proporción reportó efectos negativos en las relaciones interpersonales con la pareja o la familia (23 %) y con amistades (34 %), mientras que la mayoría indicó ausencia de cambios en la relación con vecinos (74,2 %).

En cuanto a la adherencia a medidas preventivas, un alto porcentaje de participantes reportó cumplirlas “bastante” o “mucho”, tanto en el pasado (65 %–93 %) como en el momento de la evaluación (77 %–96 %), con excepción del uso de guantes. La intención de adherencia futura se mantuvo relativamente estable, particularmente en el uso de cubrebocas y la evitación de tocarse la cara ([Tabla 2](#)). Respecto a la percepción de amenaza futura, más de la mitad de la muestra consideró altamente amenazados sus ingresos (57 %), salud (54 %) y empleo (52 %), mientras que una menor proporción percibió amenazas en sus relaciones interpersonales (37 %). En términos de vulnerabilidad al contagio, la mayoría se concentró en niveles de riesgo moderado o poco probable (83 %). Finalmente, en relación con el confinamiento domiciliario, el 42 % reportó salir diariamente, mientras que solo el 3 % indicó no haber salido en absoluto.

Variables Psicológicas

Las personas participantes reportaron la presencia de síntomas de depresión ($M = 2,36$; $DE = 1,6$), ansiedad ($M = 1,5$; $DE = 1,5$) y somatización ($M = 3,19$; $DE = 2,6$). En cuanto a la soledad, el 48 % de la muestra indicó no sentirse sola, mientras que el 52 % reportó haber experimentado soledad desde un día hasta casi todos los días ($M = 0,82$; $DE = 0,97$).

Tabla 1
Descriptivos de las Variables Sociodemográficas

Variables	Categorías	Porcentaje
Nivel de ingresos	Medio a bajo	86 %
	Alto	14 %
Cambio en los ingresos	Algo a mucho peor	44 %
	Sin cambios	47 %
	Algo a mucho mejor	9 %
Cambio en las actividades laborales	Algo a mucho peor	55 %
	Sin cambios	32 %
	Algo a mucho mejor	13 %

Tabla 2

Porcentajes de Adherencia a Medidas Preventivas en Tres Momentos

Variable	Experiencia pasada: Nada a poco (%)	Experiencia pasada: Bastante (%)	Momento actual: Nada a poco (%)	Momento actual: Bastante (%)	Intención futura: Nada a poco (%)	Intención futura: Bastante (%)
Uso de cubrebocas	15,3	84,7	5,6	96,4	5,7	94,3
Uso de guantes	84,3	14,7	43,7	56,3	61,5	38,5
Lavado de manos	20,3	79,7	8,4	91,6	7,2	92,8
Evitar tocarse la cara	35,0	65,0	22,0	78,0	36,0	64,0
Lavado de manos tras tocar objetos	17,0	83,0	9,6	90,4	9,0	91,0
Mantener distancia de seguridad	7,0	93,0	4,6	95,4	6,0	94,0
Resistir el impulso de salir	16,0	84,0	14,8	84,2	4,0	96,0
Solicitar a otras personas que adopten conductas preventivas	29,0	71,0	22,8	77,2	14,0	86,0
Porcentaje total	45,9	54,1	22,7	77,3	21,4	78,6

Análisis Correlacionales

Se realizaron análisis correlacionales de Spearman para examinar la asociación entre variables sociodemográficas, contextuales, de estilo de vida y psicológicas con la resiliencia y el CPT. En general, la mayoría de las variables mostró asociaciones significativas de magnitud pequeña con ambos constructos (Tabla 3). Mayores niveles de edad, escolaridad, tamaño del hogar y número

Tabla 3

Correlaciones Entre Resiliencia y Crecimiento Postraumático con Variables Sociodemográficas, de Estilo de Vida y Relaciones Interpersonales

Variables	Resiliencia (ρ de Spearman)	Crecimiento postraumático (ρ de Spearman)
Variables sociodemográficas		
Edad †	,107**	,105**
Sexo	,036**	,031**
Nivel educativo	,058**	,010**
Número de habitaciones en la vivienda †	,028*	,039**
Número de personas en el hogar †	,031**	,039**
Cambio en los ingresos	,071**	,116**
Cambio en el trabajo	,106**	,171**
Nivel de ingresos	,028**	,039**
Estilo de vida		
Actividad física	,075**	,226**
Sueño	,130**	,180**
Alimentación	,133**	,246**
Estilo de vida total	,151**	,263**
Relaciones interpersonales		
Pareja o familia	,163**	,337**
Vecinos	,107**	,188**
Amistades	,096**	,269**
Relaciones interpersonales totales	,176**	,338**

Nota. $p < ,05$; $p < ,01$ † Coeficiente de correlación de Pearson (r).

de personas convivientes se asociaron con niveles ligeramente más altos de resiliencia y CPT.

Asimismo, tanto la resiliencia como el CPT se asociaron con cambios más positivos en las condiciones económicas y laborales, el estilo de vida y las relaciones interpersonales. Destaca que el CPT presentó asociaciones de mayor magnitud que la resiliencia con los cambios totales en estilo de vida y relaciones interpersonales.

En relación con la adherencia a medidas preventivas, se observaron asociaciones significativas, aunque de magnitud pequeña a moderada, entre resiliencia y CPT con la adherencia pasada, presente y futura (Tabla 4).

Respecto a las variables psicológicas, los síntomas de depresión y ansiedad mostraron asociaciones negativas significativas con la resiliencia y el CPT. La somatización se asoció significativamente con el CPT, mientras que la soledad no mostró asociaciones significativas con ninguno de los dos constructos. En cuanto a los rasgos de personalidad, únicamente el neuroticismo presentó una asociación negativa significativa con la resiliencia (Tabla 5).

Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM)

Con el objetivo de examinar el efecto conjunto de las variables asociadas con la resiliencia y el CPT, se estimaron dos modelos de análisis de trayectorias mediante ecuaciones estructurales. Los modelos iniciales mostraron índices de ajuste inadecuados, por lo que se decidió excluir el rasgo de neuroticismo del factor personalidad, al ser la variable que aportaba la menor varianza explicada en ambos modelos. Tras esta modificación, los índices de ajuste mejoraron sustancialmente en los modelos finales de resiliencia y CPT (Tabla 6).

En el modelo de CPT, se observaron efectos totales significativos con las variables de personalidad, soledad, depresión, somatización y ansiedad. Asimismo, se identificó un efecto indirecto de la ansiedad sobre el CPT mediado por la somatización y la personalidad. El modelo explicó el 38,8 % de la varianza del CPT (Figura 1).

En el modelo de resiliencia, se observaron efectos totales significativos con personalidad, ansiedad, soledad, depresión y somatización, así como un efecto indirecto de la ansiedad mediado por somatización y personalidad. Este modelo explicó el 39,55 % de la varianza de la resiliencia (Figura 2).

Tabla 4*Asociación Entre Resiliencia y Crecimiento Postraumático con la Adherencia a Medidas Preventivas Relacionadas con la COVID-19 (p de Spearman)*

Medidas de adherencia	Crecimiento postraumático-Experiencia	Crecimiento postraumático-Actual	Crecimiento postraumático-Futuro	Resiliencia-Experiencia	Resiliencia-Actual	Resiliencia-Futuro
Uso de cubrebocas	,102**	,092**	,119**	,142**	,207**	,195**
Uso de guantes	,137**	,087**	,138**	,005**	,126**	,019**
Lavado de manos	,156**	,139**	,139**	,099**	,195**	,161**
Evitar tocarse la cara	,157**	,168**	,146**	,109**	,167**	,180**
Lavado de manos tras tocar objetos	,142**	,145**	,125**	,140**	,145**	,170**
Mantener distancia de seguridad	,122**	,112**	,111**	,160**	,179**	,185**
Resistir el impulso de salir	,071**	,134**	,128**	,102**	,167**	,149**
Solicitar a otras personas que adopten conductas preventivas	,189**	,199**	,198**	,102**	,145**	,137**
Adherencia total	,205 **	,210 **	,205 **	,152 **	,223 **	,182 **

Nota. $p < ,01$ **Tabla 5***Correlaciones Entre Resiliencia y Crecimiento Postraumático con Variables Psicológicas (p de Spearman)*

Variables	Resiliencia (p de Spearman)	Crecimiento postraumático (p de Spearman)
Depresión		
Poco placer	-,224**	-,229**
Tristeza	-,246**	-,153**
Ansiedad		
No poder dejar de preocuparse	-,240**	-,158**
Nerviosismo	-,219**	-,162**
Somatización	-,161	-,193*
Soledad	-,022	-,192
Personalidad		
Extraversión	,096	,141
Responsabilidad (Conciencia)	,231	,212
Amabilidad	,144	,125
Neuroticismo	-,228**	-,157
Apertura a la experiencia	,140	,119

 $p < ,05$; $p < ,01$

La comparación entre ambos modelos, considerando la varianza explicada y los índices de información *AIC* y *BIC*, sugiere que la resiliencia presenta una integración ligeramente más sólida con el conjunto de variables analizadas en comparación con el CPT.

Discusión

El presente estudio analizó los factores asociados con la resiliencia y el crecimiento postraumático (CPT) en población mexicana durante la pandemia por COVID-19 mediante modelos de ecuaciones estructurales. Los resultados muestran que ambos constructos presentan niveles moderados y patrones diferenciados de asociación con variables de salud mental, personalidad y contexto, lo que respalda su análisis integrado, pero no jerárquico.

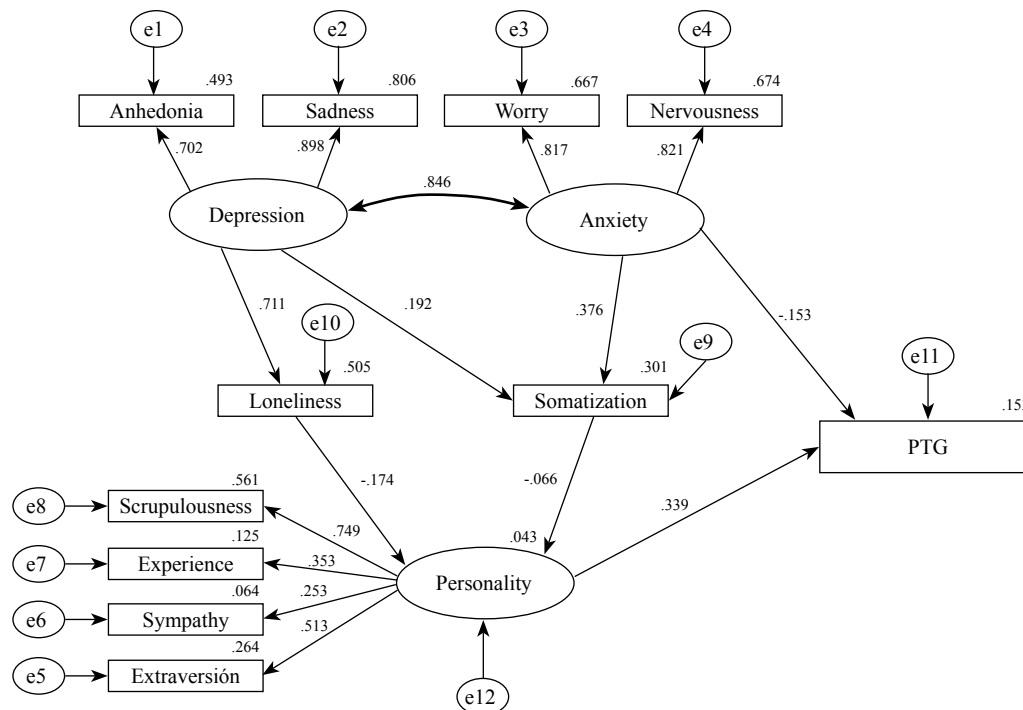
En coherencia con la literatura contemporánea, la resiliencia se asoció de manera consistente con menores niveles de ansiedad, depresión, soledad y somatización, confirmando su función como un proceso dinámico de regulación emocional que permite sostener el funcionamiento psicológico en contextos de estrés crónico e incertidumbre prolongada (Bonanno y Mancini, 2012; Kimhi et al., 2020). Este patrón refuerza la concepción de la resiliencia no como ausencia de malestar, sino como un recurso psicológico que coexiste con emociones negativas y previene un deterioro persistente del funcionamiento mental (Bonanno, 2004).

Tabla 6*Índices de Ajuste de los Modelos de Ecuaciones Estructurales*

Modelo de Crecimiento Postraumático (CPT)									
Modelo	CMIN/DF	GFI	AGFI	PGFI	TLI	CFI	RMSEA	AIC	BIC
Modelo completo de CPT	71,16	,934	,895	,587	,830	,874	,096	3544,85	3746,34
Modelo 2 de CPT	22,26	,980	,966	,579	,952	,966	,053	922,14	1109,74
Modelo de Resiliencia									
Modelo	CMIN/DF	GFI	AGFI	PGFI	TLI	CFI	RMSEA	AIC	BIC
Modelo completo de resiliencia	69,80	,936	,898	,588	,836	,878	,095	3478,30	3679,80
Modelo 2 de resiliencia	18,67	,983	,971	,581	,961	,972	,048	782,45	970,05

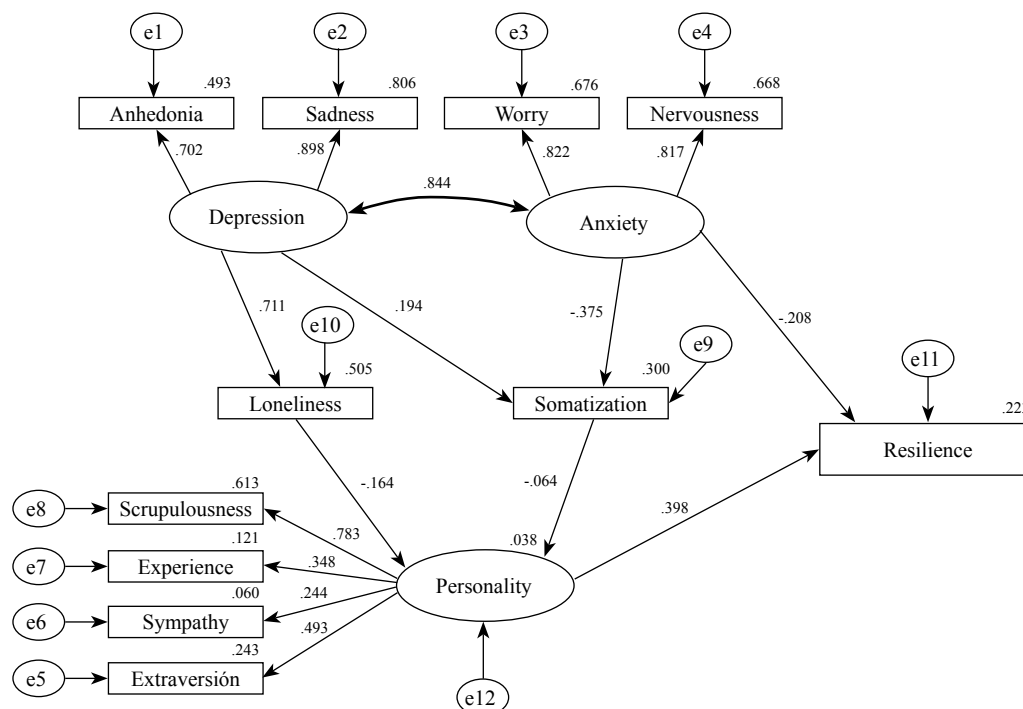
Nota. CMIN/DF = razón chi-cuadrado/grados de libertad; GFI = índice de bondad de ajuste; AGFI = índice de bondad de ajuste ajustado; PGFI = índice de bondad de ajuste parsimonioso; TLI = índice de Tucker-Lewis; CFI = índice de ajuste comparativo; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; AIC = criterio de información de Akaike; BIC = criterio de información bayesiano.

Figura 1
Análisis de Trayectorias del Crecimiento Postraumático



Nota. Se presentan los coeficientes estandarizados (β) correspondientes a los efectos directos entre las variables del modelo. Los efectos indirectos fueron estimados mediante el método de remuestreo Bootstrap con 10,000 muestras, reportándose intervalos de confianza del 95 %. Todas las trayectorias mostradas son estadísticamente significativas ($p < .01$). El modelo final explicó el 38,8 % de la varianza del crecimiento postraumático.

Figura 2
Análisis de Trayectorias de la Resiliencia



Nota. Se muestran los coeficientes estandarizados (β) de los efectos directos entre las variables incluidas en el modelo. Los efectos indirectos se estimaron mediante el método de Bootstrap con 10,000 remuestros, con intervalos de confianza del 95 %. Todas las trayectorias representadas son estadísticamente significativas ($p < .01$). El modelo explicó el 39.55 % de la varianza de la resiliencia.

Por su parte, el crecimiento postraumático mostró un patrón diferenciado, con asociaciones menos intensas con la reducción del malestar emocional y una mayor vinculación con disposiciones personales y procesos de resignificación. Estos resultados respaldan los modelos teóricos que conciben el CPT como un proceso de elaboración cognitiva y reconstrucción de significado que puede coexistir con el sufrimiento psicológico, especialmente en contextos de crisis prolongadas como la pandemia por COVID-19 (Tedeschi y Calhoun, 2004; Cann et al., 2010; Vázquez et al., 2021).

La coexistencia de resiliencia, CPT y malestar psicológico observada en este estudio apoya enfoques no lineales de adaptación al trauma colectivo, en los que ambos procesos pueden desplegarse de manera paralela sin una relación secuencial ni jerárquica entre ellos (Bonanno y Mancini, 2012). Desde esta perspectiva, la resiliencia puede facilitar la adaptación funcional inicial frente al estrés, mientras que el CPT emerge cuando la experiencia traumática es objeto de una elaboración cognitiva más profunda que permite integrarla en una narrativa personal de sentido (Páez et al., 2011).

Un hallazgo relevante es la diferenciación en el peso explicativo de las variables emocionales en ambos modelos. Mientras que la ansiedad y la depresión tuvieron un impacto más pronunciado en la resiliencia, su efecto sobre el CPT fue más moderado, lo que sugiere que este último depende en mayor medida de procesos cognitivos y disposicionales asociados a la reconstrucción de significado (Taku y Efthemiou, 2025). En este mismo sentido, la exclusión del rasgo de neuroticismo del modelo estructural final resulta conceptualmente coherente, dado su solapamiento con variables emocionales incluidas en el modelo, como ha sido documentado en estudios multivariados previos (Cupani et al., 2012).

La composición de la muestra, con una sobrerrepresentación de personas de sexo femenino (70 %), requiere una lectura crítica y situada. Es necesario precisar que la variable registrada corresponde al sexo reportado y no a una medición del género como construcción sociocultural, por lo que los resultados del presente estudio no permiten inferir diferencias de género en los niveles de resiliencia o crecimiento postraumático. Esta distinción resulta fundamental para evitar interpretaciones esencialistas que confundan categorías biológicas con procesos sociales complejos (Butler, 2004; Connell, 2012).

Desde esta perspectiva, la sobrerrepresentación femenina puede comprenderse más adecuadamente como un efecto de autoselección, ampliamente documentado en investigaciones de salud mental basadas en encuestas en línea, voluntarias y no remuneradas, especialmente en contextos de crisis sanitaria (Fan y Yan, 2010; Smith, 2008). Este patrón no refleja disposiciones psicológicas intrínsecas diferenciadas entre mujeres y hombres, sino condiciones materiales, temporales y relacionales desiguales que estructuran la posibilidad de participación en los estudios.

Diversas autoras han señalado que los dispositivos de investigación no son neutros y que la producción de datos se encuentra atravesada por relaciones de género, trabajo de cuidados y desigualdades estructurales que condicionan quiénes pueden responder, en qué contextos y bajo qué cargas materiales (Viveros Vigoya, 2016; Galindo, 2020; Segato, 2021). Desde esta lectura, la muestra feminizada del presente estudio informa más sobre las condiciones sociales de producción del dato durante la pandemia que sobre supuestas diferencias de género en la vivencia de la

resiliencia o el crecimiento postraumático. Esta delimitación no debilita los resultados, sino que refuerza su rigor analítico y su coherencia con enfoques críticos y feministas contemporáneos (Connell, 2012; Segato, 2021).

Desde una perspectiva clínica y psicosocial, los hallazgos subrayan la necesidad de evitar enfoques homogéneos de intervención. Mientras que la resiliencia se vincula principalmente con la regulación del malestar emocional, el CPT requiere procesos activos de resignificación y elaboración narrativa de la experiencia traumática. En consecuencia, las intervenciones psicoterapéuticas podrían beneficiarse de enfoques que, además de atender el malestar, faciliten espacios de reflexión, simbolización y reconstrucción de sentido, particularmente en contextos de trauma colectivo prolongado (Tedeschi y Calhoun, 2004; Eisenbeck et al., 2022).

Finalmente, los resultados deben interpretarse considerando las limitaciones del estudio, entre ellas su diseño transversal, el uso de instrumentos de autorreporte y de versiones abreviadas de algunas escalas, así como la modalidad de recolección de datos en línea. Estas decisiones metodológicas, aunque justificadas por el contexto pandémico, limitan la inferencia causal y la profundidad en la evaluación de los constructos (Infurna y Luthar, 2018). Investigaciones futuras deberían priorizar diseños longitudinales, incorporar mediciones explícitas de género y condiciones materiales de vida, y realizar análisis de invariancia que permitan examinar con mayor rigor la interacción entre resiliencia, CPT y desigualdades estructurales en contextos de crisis colectiva.

Conflicto de Intereses

Las autoras y los autores declaran no tener conflictos de interés potenciales en relación con la investigación, la autoría y/o la publicación de este artículo.

Agradecimientos

Agradecemos al Grupo Internacional PSYCOVID-19 por hacer posible la recopilación de la información utilizada en este estudio.

Declaración de Autoría

J.F.M.R.: Análisis formal; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición.

L.P.S.: Conceptualización; recopilación de datos; análisis formal; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición.

A.B.R.: Redacción del borrador original; redacción, revisión y edición.

Referencias

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., y Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102092. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
- Bartone, P., y Hystad, S. (2010). Increasing mental hardness for stress resilience in operational settings. In P. T. Bartone, B. H. Johnsen, J. Eid, J. M. Violanti y J. C. Laberg (Eds.). *Enhancing Human Performance in*

- Security Operations. *International and Law Enforcement Perspectives* (pp. 257–272). Charles C. Thomas, Publisher.
- Blanchflower, D. G., y Bryson, A. (2022). COVID-19 and mental health in America. *PLoS ONE*, 17(7), e0269855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269855>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., y Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/a0017829>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Calhoun, L., y Tedeschi, R. (2000). Early posttraumatic interventions: Facilitating possibilities for growth. In J. M. Violanti, D. Paton, y C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 135–152). Charles C. Thomas Publisher, Ltd.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., y Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(2), 127–137. <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>
- Connell, R. (2012). *Gender: In world perspective*. Polity Press.
- Cupani, M., Vaiman, M., Font, M., Pizzichini, F., y Saretti, B. (2012). Análisis factorial confirmatorio del neo-ffi utilizando parcelización de ítems y método bootstrap. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 159–168. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=335027501002>
- Draper, B., Ridley, N., Johnco, C., Withall, A., Sim, W., Freeman, M., Contini, E., y Lintzeris, N. (2015). Screening for alcohol and substance use for older people in geriatric hospital and community health settings. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 157–166. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002014>
- Eisenbeck, N., Carreno, D. F., Wong, P. T. P., Hicks, J. A., Ruiz-Ruano García, M., Puga, J. L., Greville, J., Testoni, I., Biancalani, G., Cepeda López, A. C., Villareal, S., Enea, V., Schulz-Quach, C., Jansen, J., Sanchez-Ruiz, M.-J., Yildirim, M., Arslan, G., Cruz, J. F. A., Sofia, R. M., Ferreira, M. J., Ashraf, F., Wąsowicz, G., Shalaby, S. M., Amer, R. A., Yousfi, H., Chukwuorji, J. B. C., Guerra, V. M., Singh, S., Heintzelman, S., Hutapea, B., Béjaoui, B., Dash, A., Schlosser, K. K., Anniko, M. K., Rossa, M., Wongcharee, H., Avsec, A., Zager Kocjan, G., Kavčič, T., Leontiev, D. A., Taranenko, O., Rasskazova, E., Maher, E., y García-Montes, J. M. (2022). An international study on psychological coping during COVID-19: Towards a meaning-centered coping style. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100256. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100256>
- Fan, W., y Yan, Z. (2010). Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, 26(2), 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.10.015>
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., y Graciela, T. B. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Publica de México*, 63(4), 478–485. <https://doi.org/10.21149/12257>
- Galindo, M. (2020). Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir. En *Sopa de Wuhan: Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias* (pp. 117–126). ASPO.
- García, F., Cova, F., y Reyes, A. (2013). Severidad del trauma, optimismo, crecimiento postraumático y bienestar en sobrevivientes de un desastre natural. *Universitas Psychologica*, 13(2), 575–584. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.stop>
- García, F., Villagrán, L., Włodarczyk, A. y Cova, F. (2015). Perspectivas acerca del crecimiento postraumático. In M. Bilbao, D. Páez y J. C. Oyanedel (Eds.), *La felicidad de los chilenos: Estudios sobre bienestar* (pp. 107–126). RIL editores.
- Heo, E., Choi, K., Yu, J., y Nam, J. (2018). Validation of the center for epidemiological studies depression scale among Korean adolescents. *Psychiatry Investigation*, 15(2), 124–132. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.07.19>
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Infurna, F. J., y Luthar, S. S. (2018). Re-evaluating the notion that resilience is commonplace: A review and distillation of directions for future research, practice, and policy. *Clinical Psychology Review*, 65, 43–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.003>
- Kimhi, S., Marciano, H., Eshel, Y., y Adini, B. (2020). La resiliencia y las características demográficas predicen la angustia durante la crisis de COVID-19. *Ciencia social y medicina* (1982), Categoría: 265, 113389. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113389>
- Langhinrichsen-Rohling, J., Selwyn, C., Jackson, S., Johns, K., Wornell, C., Finnegan, H., y Smith-West, M. (2017). The prevalence and mental and physical health correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in vulnerable and underresourced primary care patients referred to a behavioral health provider. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23, 32–39. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000654>
- Lim, M., Broekman, B., Meng, J., Tai, S., y Pin, T. (2011). The development and validation of the Singapore Youth Resilience Scale (SYRESS). *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 8, 16–30. https://pure.uva.nl/ws/files/1341039/96819_11.pdf
- López, P. (2021). Resiliencia en estudiantes universitarios según el sexo, titulación y nivel de actividad física. *Revista Digital de Educación Física*, 12(69), 53–63. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7800567.pdf>
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., y Pan, S. (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.011>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Manciaux, M. (2001). *La resiliencia: Resistir y rehacerse*. Gedisa.
- Martínez, R., González, L., Navarro, N., de la Roca-Chiapas, J., y Reynoso, O. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Enfermería Global*, 20(3), 1–32. <https://doi.org/10.6018/eglobal.452781>
- Morey, R., Petty, C., Cooper, D., Labar, K., y McCarthy, G. (2008). Neural systems for executive and emotional processing are modulated by symptoms of posttraumatic stress disorder in Iraq War veterans. *Psychiatry Research*, 162(1), 59–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.007>
- Markovitz, S., y Peters, M. (2014). Psychometrische evaluatie van de CD-Risc in een nederlandstalige populatie: een multi- of unifactorieel meetinstrument om veerkracht te meten? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 44, 55–68. https://www.chicom.be/kennis/psychometrische-evaluatie-van-de-cd-risc-een-nederlandstalige-populatie-een-multi?utm_source=chatgpt.com

- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I., y Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post-traumático: Posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En D. Páez, C. Martín Beristain, J. L. González, N. Basabe y J. de Rivera (Eds.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp. 311–342). Editorial Fundamentos.
- Paton, D., Smith, L., Violanti, J. M., y Eränen, L. (2000). Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience. In J. M. Violanti, D. Paton, y C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 187–204). Charles C Thomas Publisher, Ltd.
- Patrick, S. W., Henkhaus, L. E., Zickafoose, J. S., Lovell, K., Halvorson, A., Loch, S., Letterie, M., y Davis, M. M. (2020). Well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*, 146(4), e2020016824. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016824>
- González-Ramírez, M. T., Quezada-Berumen, L., y Landero-Hernández, R. (2020). Longitudinal study of the psychological impact of the contingency response to COVID-19 in Mexico. *Universitas Psychologica*, 19, 1–10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.lspi>
- Ramos-Lira, L., Rafful, C., Flores-Celis, K., Mora, J., García-Andrade, C., Rascón, M., Bautista, N., Cervantes, C. (2020). Emotional responses and coping strategies in adult Mexican population during the first lockdown of the COVID-19 pandemic: An exploratory study by sex. *Salud Mental*, 43(6), 243-251. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.034>
- Segato, R. L. (2021). *Escenas de un pensamiento incómodo: Género, violencia y cultura en una óptica decolonial*. Prometeo Libros.
- Smith, W. G. (2008). *Does gender influence online survey participation? A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior* (ERIC Document No. ED501717). San José State University.
- Taku, K., y Efthemiou, A. (2025). Posttraumatic growth and resilience: Their distinctive relationships with optimism and pessimism. *Behavioral Sciences*, 15(11), 1519. <https://doi.org/10.3390/bs15111519>
- Tedeschi, R., y Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Terán-Pérez, G., Portillo-Vásquez, A., Arana-Lechuga, Y., Sánchez-Escandón, O., Mercadillo-Caballero, R., González-Robles, R., y Velázquez-Moctezuma, J. (2021). Sleep and mental health disturbances due to social isolation during the COVID-19 pandemic in Mexico. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062804>
- Vaishnavi, S., Connor, K., y Davidson, J. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152(2-3), 293–297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.01.006>
- Vázquez, C., Valiente, C., García, F., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., y Bentall, R. (2021). Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of Happiness Studies*, 22(7), 2915–2935. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00352-3>
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- World Health Organization. (2021, November 18). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Xu, Y., Ni, Y., Yang, J., Wu, J., Lin, Y., Li, J., y Zeng, W. (2024). The relationship between psychological resilience and post-traumatic growth of college students during the COVID-19 pandemic: A model of conditioned processes mediated by negative emotions and moderated by deliberate rumination. *BMC Psychology*, 12, 357. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01853-z>

Article

Psychosexual Therapy in Idiosyncratic Situational Delayed Ejaculation: A Case Study

Marina A. Cabello-García¹ , F. Javier del Río² , Antonio Daniel García-Rojas³ ,
Silvia V. Navarro Murcia²  & Francisco Cabello-Santamaría⁴ 

¹University of Malaga, Malaga (Spain)

²University of Cadiz, Cadiz (Spain)

³University of Huelva, Huelva (Spain)

⁴Andalusian Institute of Sexology and Psychology, Malaga (Spain)

ARTICLE INFO

Received: 10/05/2025

Accepted: 23/01/2026

Keywords:

Delayed ejaculation

Single case

Idiosyncratic masturbation

Psychosexual therapy

Sexuality

ABSTRACT

Delayed ejaculation (DE) is a relatively uncommon male sexual dysfunction and remains insufficiently studied in clinical literature. This article reports on the psychosexual therapeutic approach employed in a rare case of primary, situational, and idiosyncratic DE. Clinical assessment revealed that the patient was only able to achieve ejaculation following arousal when he exited the bed and engaged in genital stimulation by rubbing his penis against the floor. A structured intervention grounded in psychosexual couples therapy was implemented. Across eight sessions, the couple was actively involved in therapeutic exercises. The therapeutic goal was to gradually transfer the conditions for ejaculation to the shared sexual setting. Initially, ejaculation was attempted on a hard slab placed on the bed, followed using a towel atop the slab to introduce new tactile stimuli, and subsequently by involving the partner's hand positioned between the towel and the slab. Individually, the patient was instructed to engage in standing masturbation using the sink surface, followed by a transition to a latex vaginal simulator. To enhance arousal, the use of an anal vibrator was later introduced. Once successful ejaculation was achieved using the latex device in a standing position, the next step involved simulating coitus by masturbating while the partner was positioned in a receptive posture on a table, transitioning to vaginal penetration immediately prior to climax. The final phase of the intervention involved vaginal penetration in the missionary position, with concurrent anal vibrator stimulation provided by the partner. This graduated desensitization and reconditioning strategy ultimately enabled the patient to ejaculate intravaginally.

Terapia Psicosexual en la Eyaculación Retardada Situacional Idiosincrática: Estudio de un Caso

RESUMEN

La eyaculación retardada (ED) es una disfunción sexual masculina relativamente infrecuente y sigue estando insuficientemente estudiada en la literatura clínica. En este artículo se expone el enfoque terapéutico psicosexual empleado en un caso poco frecuente de eyaculación retardada primaria, situacional e idiosincrática. La evaluación clínica reveló que el paciente sólo era capaz de eyacular tras la excitación cuando salía de la cama y se sometía a estimulación genital frotando el pene contra el suelo. Se llevó a cabo una intervención estructurada basada en la terapia psicosexual de pareja. A lo largo de ocho sesiones, la pareja participó activamente en ejercicios terapéuticos. El objetivo terapéutico era transferir gradualmente las condiciones de la eyaculación al entorno sexual compartido. Inicialmente,

Palabras clave:

Eyaculación retardada

Caso único

Masturbación idiosincrática

Terapia psicosexual

Sexualidad

Cite as: Cabello-García, M. A., del Río, F. J., García-Rojas, A. D., Navarro, S. V., & Cabello-Santamaría, F. (2026). Psychosexual therapy in idiosyncratic situational delayed ejaculation: A case study. *Revista de Psicoterapia*, 37(133), 135-140. <https://doi.org/10.5944/rdp.v37i133.45316>

Corresponding author: Francisco Javier del Río, franciscojavier.delrio@uca.es

This article is published under Creative Commons License 4.0 CC-BY-NC

se intentó la eyaculación sobre una losa dura colocada en la cama, a lo que siguió el uso de una toalla sobre la losa para introducir nuevos estímulos táctiles y, posteriormente, la participación de la mano de la pareja colocada entre la toalla y la losa. Individualmente, se le indicó a la paciente que se masturbara de pie utilizando la superficie del lavabo, para pasar después a un simulador vaginal de látex. Para aumentar la excitación, se introdujo posteriormente el uso de un vibrador anal. Una vez conseguida la eyaculación con éxito utilizando el dispositivo de látex en posición de pie, el siguiente paso consistió en simular el coito masturbándose mientras la pareja se colocaba en postura receptiva sobre una mesa, pasando a la penetración vaginal inmediatamente antes del climax. La fase final de la intervención consistió en la penetración vaginal en la posición del misionero, con la estimulación simultánea del vibrador anal por parte de la pareja. Esta estrategia gradual de desensibilización y reacondicionamiento permitió al paciente eyacular en la vagina.

Introduction

Delayed ejaculation (DE) is considered one of the least prevalent male sexual dysfunctions, and as a result, it has received comparatively limited empirical attention (Abdel-Hamid & Ali, 2018; Butcher et al., 2015; Di Sante et al., 2016; Martin-Tuite & Shindel, 2020). According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5; APA, 2013), the diagnostic criteria for DE require a clinically significant delay in ejaculation, or a marked infrequency or absence of ejaculation, occurring on the majority (75 %–100 %) of sexual encounters with a partner, and in the absence of a personal desire for such delay. To meet diagnostic criteria, these symptoms must persist for a minimum duration of six months and cause clinically significant distress to the individual (APA, 2013). The DSM-5 further classifies delayed ejaculation according to onset and context: it may be lifelong, indicating presence since sexual maturity, or acquired, emerging after a period of normative ejaculatory function. In terms of situationally, the dysfunction may be generalized, occurring across all sexual contexts, or situational, limited to specific types of stimulation, environments, or partners. Additionally, the DSM-5 delineates the severity of DE into three gradations: mild, moderate, and severe.

Multiple factors have been implicated in the aetiology of DE. Abdel-Hamid and Ali (2018) broadly categorized these into two primary domains: psychological and organic. Psychological contributors encompass a wide spectrum of intrapsychic and interpersonal variables, including fear of pregnancy or loss of control, internal conflict related to sexual orientation, hostility, unresolved resentment, obsessive-compulsive personality traits, performance anxiety, diminished self-assertiveness, reluctance to engage in emotional intimacy, rigid religious beliefs, autosexual orientation, and reliance on idiosyncratic masturbatory techniques. Additionally, relationship discord, hypoactive sexual desire, insufficient sexual arousal, and the presence of sexual dysfunction in the partner may also contribute. Depression and other psychological disorders are also frequently cited. On the other hand, organic aetiologies may include aging, genetic predispositions, neurobiological and neurodevelopmental abnormalities, congenital anatomical anomalies, neurogenic conditions, inflammatory or infectious processes, endocrine dysregulation, and pharmacological effects (Abdel-Hamid & Ali, 2018).

Reported prevalence rates of DE may vary considerably across studies. According to Di Sante et al. (2016), DE affects approximately 1 % of men in cases of lifelong DE, and up to 4 % in acquired forms. Broader epidemiological estimates suggest a prevalence ranging from 0.15 % to 11 % (Butcher & Serefoglu, 2017;

Laumann et al., 1999; Nathan, 1986; Rowland et al., 2004; Rowland, 2017; Spector & Carey, 1990). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition indicates a prevalence between 1 % and 5 % among men in the United States, although international figures may reach up to 11 % (APA, 2013).

Given the limited number of published studies reporting effective interventions for delayed ejaculation (DE), it is frequently regarded as a particularly challenging sexual dysfunction to manage (Blair, 2017). Current therapeutic recommendations typically fall into two main categories: pharmacological and psychological interventions (Martin-Tuite & Shindel, 2020). Pharmacological strategies may include agents such as cabergoline, alpha-adrenergic agonists, bupropion, buspirone, oxytocin, testosterone, bethanechol, yohimbine, amantadine, and cyproheptadine, among others (Martin-Tuite & Shindel, 2020).

Psychotherapeutic approaches are grounded in the classic frameworks developed by Masters and Johnson (1966) and Kaplan (1979), which emphasize techniques such as systematic desensitization, sensate focus, intensive non-coital penile stimulation, and modifications to sexual technique. Contemporary sex therapy models underscore the role of self-directed stimulation, with a particular focus on masturbatory retraining, enhancement of sexual arousal and satisfaction, and reduction of performance-related cognitive interference (Althof, 2012; Apfelbaum, 2000; Cabello-Santamaría, 2010; Hawton, 1989). As summarized by Piché et al. (2020), once the dysfunction has been identified, the underlying aetiology must be explored, followed by patient psychoeducation and tailored psychosexual intervention.

The aim of this article is to present a successful case of psychosexual treatment in a patient diagnosed with idiosyncratic situational delayed ejaculation, detailing the therapeutic progression to provide clinical guidance for practitioners working with similar presentations.

Method

Participant

FAI is a 36-year-old male employed as an administrative clerk in a stable occupational role. He has been in a romantic relationship for six years and married for the past four. The couple does not have children. His partner comes to the clinic with him. She is 37 years old and works as an economist, although she has been unemployed for two months. He came to the clinic because he was unable to ejaculate during intercourse. He claimed that he could only ejaculate when masturbating by rubbing his penis on the floor, rubbing himself against a slab.

Instruments

- a) Clinical Interview (Cabello-Santamaría, 2010). A structured clinical interview specifically designed to assess individuals presenting with sexual difficulties. The interview explored multiple domains, including the current complaint, sexual behaviour patterns, medical and psychiatric history, cognitive factors, psychosexual development, relationship dynamics, sexual education, family background, significant life events, and lifestyle factors. Informed consent for clinical evaluation and treatment was obtained from the patient.
- b) Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMI-III) (Millon, 1998), Spanish adaptation by Cardenal and Sánchez (2007). This self-report inventory comprises 175 dichotomous items (True/False) and evaluates personality traits and psychopathological features in accordance with DSM criteria. The MCMI-III is structured into several scales: Clinical Personality Patterns (e.g., schizoid, avoidant, dependent, histrionic, narcissistic, compulsive), Severe Personality Pathology (e.g., borderline, paranoid, schizotypal), Clinical Syndromes (e.g., anxiety, somatoform disorder, dysthymia, PTSD, substance-related disorders), and Severe Clinical Syndromes (e.g., thought disorder, major depression, delusional disorder). It also includes validity indices (e.g., response sincerity, social desirability, devaluation, and disclosure). The instrument demonstrates strong psychometric properties, with test–retest reliability ranging from 0.84 to 0.96, and internal consistency coefficients above 0.80.
- c) Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) (Rust & Golombok, 1986), Spanish validation by Cabello-Santamaría et al. (2021). This instrument assesses the presence and severity of sexual dysfunctions across nine dimensions: Non-communication, Dissatisfaction, Non-sensuality, Avoidance, Impotence, Premature Ejaculation, Anorgasmia, and Vaginismus. Separate versions exist for male and female respondents, each comprising 28 items rated on a 5-point Likert scale (Never, Almost Never, Occasionally, Usually, Always). Internal consistency ranges from 0.86 to 0.92.
- d) Expanded Sexual Excitement Inventory (ESEI) (Chambless & Lifshitz, 1984), Spanish adaptation by Aluja & Torrubia (1994). This 28-item instrument assesses sexual arousal, sexual anxiety, and sexual satisfaction in both men and women. Responses are recorded on a 7-point Likert-type scale ranging from –1 to 5. The instrument has demonstrated good internal consistency, with a Cronbach's alpha of 0.85.

Procedure

A single-case experimental design was employed (del Río et al., 2018), incorporating a pre-treatment assessment using the psychometric instruments and structured clinical interview. Post-treatment evaluation was conducted through clinical interviews to assess changes and therapeutic outcomes. Written informed consent was obtained from the patient for the publication of the case.

Data Analysis

Initially, the results obtained from the psychometric instruments were scored and interpreted based on the normative data provided by the respective authors, to establish both the diagnostic profile and severity of the dysfunction. To evaluate therapeutic progress, a qualitative analysis was conducted based on clinical reports provided by both the patient and his partner across the treatment sessions.

Case Presentation

During the initial clinical interview, FAI reported that he had never experienced orgasm through manual masturbation or during penetrative intercourse. He described a pattern in which, following his partner's orgasm, he would lie on the bed and stimulate himself by rubbing his penis against a hard slab surface until ejaculation occurred—typically within one minute. He did not report any other sexual difficulties. The patient stated that he experienced adequate erectile function. Although he initially felt pleasure during intercourse, he noted a progressive decline in arousal as intercourse continued. His typical masturbation frequency was three times per week, exclusively involving rubbing and compressing his penis against the floor.

FAI and his partner did not engage in verbal communication during sexual activity, as he found it distracting. He reported having erotic fantasies—particularly involving his wife with other women—though he rarely incorporated these into sexual activities. He described his level of sexual desire as “normal,” rating it as 7 out of 10. While he expressed no strong desire to have children, he stated that he would have liked to help his wife conceive.

The couple reported infrequent sexual activity, primarily due to FAI's fatigue after long workdays. His partner disclosed avoiding sexual encounters, perceiving herself as physically unattractive to him. The patient had no significant medical history, was not on any medication, and presented with normal laboratory results, except for mildly elevated liver transaminases, which his general practitioner attributed to non-alcoholic fatty liver disease.

FAI was uncertain about the origins of his condition but speculated that it might relate to a traumatic childhood experience. At age 10, he was deceived by strangers into allowing them to photograph him naked near a swimming pool. He also recalled engaging in self-stimulatory behaviour involving the floor at the same age, although he did not associate it with sexual arousal at the time. His first sexual intercourse occurred at the age of 26 with a sex worker; although penetration was achieved, he was unable to ejaculate.

Functional Analysis

A functional analysis of the patient's sexual behaviour identified multiple antecedent variables that may have contributed to the onset of the dysfunction. These include: an early sexual encounter with a sex worker during which ejaculation did not occur; a potentially traumatic childhood event at age 10 involving non-consensual nudity and possible genital stimulation against a pool surface; inadequate sexual education; and the presence of avoidant personality traits.

The primary precipitating factor appears to be performance anxiety triggered prior to sexual activity with his partner. In terms of maintenance mechanisms, several reinforcing contingencies were identified: the reliable positive reinforcement associated with floor-based genital stimulation (i.e., consistent orgasm), the partner's unintentional reinforcement of the behaviour by accommodating existing routines, and the rigid repetition of maladaptive sexual patterns, which limit the development of alternative arousal pathways.

Treatment

Based on the clinical assessment, a structured psychosexual intervention was designed, incorporating techniques drawn from established therapeutic models (Althof, 2012; Apfelbaum, 2000; Cabello-Santamaría, 2010; Hawton, 1989). The intervention consisted of eight sessions, with the first seven conducted monthly and the final follow-up session held three months later. All sessions included the participation of both partners. The primary therapeutic goals were: (1) to reduce FAI's anticipatory anxiety prior to sexual activity; (2) to enable FAI to achieve intravaginal ejaculation; and (3) to promote sexual repertoire expansion, introducing new behaviours to disrupt entrenched patterns.

Following the initial assessment during the first session, the couple was assigned structured home-based exercises. These included viewing erotic imagery for approximately two minutes prior to bedtime and engaging in self-stimulation using a ceramic slab placed on the bed, aiming to elicit ejaculation without the need to transition to the floor. Additionally, reciprocal erotic massage was introduced: one partner would begin by massaging FAI, followed by a reversal of roles. Although framed as an erotic exercise, the emphasis was placed on relaxation rather than arousal.

A paradoxical intention strategy was implemented (Porcel-Medina & González-Fernández, 2005; Ruiz-Fernández et al., 2017), instructing the patient to focus on not becoming aroused, but instead to maintain a state of relaxation by concentrating on the area being stimulated and mentally visualizing that specific body part. This was followed by mutual non-demanding caressing, designed to facilitate gradual arousal and simulate spontaneous sexual interaction, culminating in self-stimulation using the slab on the bed as a transitional step toward altering his masturbatory pattern.

At the next session, the patient and his partner attended together, both being motivated by the improvements achieved, as he had managed to ejaculate onto the slab on the bed instead of on the floor. At the end of the second session, he was given the individual task of self-stimulation while standing with his penis resting on the sink. As a couple, they were to proceed to orgasmic eroticisation but ejaculating on the slab on the bed covered by a towel. Once that task was successfully completed, his partner would proceed to put her hand between the slab and the towel.

At the third session, FAI reported that he had successfully performed the exercise of ejaculating onto the towel with his partner's hand underneath on three separate occasions but had refrained from repeating it more frequently due to fear of failure. He also noted significant progress, having practised almost daily by masturbating while standing, with his penis resting on the sink. At the conclusion of the third session, the assigned tasks were as follows: self-stimulation while standing at the sink using

a latex vagina, continuation of mutual massage, and repetition of ejaculation onto a towel placed over his partner's hand on top of the slab.

At the fourth session, FAI reported having experienced arguments with his partner, which had led to her reluctance to participate in the joint tasks. Nevertheless, he had continued to masturbate daily in the bathroom and reported good results using the latex vagina. The assigned tasks remained the same as in the previous session—mutual massage and repetition of ejaculation onto a towel placed over his partner's hand on the slab—while also incorporating the promotion of communication and conflict resolution within the couple.

At the fifth session, they reported successful completion of the assignments, and both appeared more satisfied. For the fifth session's homework, they were instructed to engage in the shared erotic massage, with ejaculation this time occurring directly into her hand. Individually, he was to continue self-stimulation while standing, using the latex vagina, and was additionally advised to incorporate an anal vibrator to facilitate arousal and orgasm.

At the sixth session, the couple reported that the assigned tasks were being completed satisfactorily. At the end of the session, the patient was instructed to engage in intercourse with his partner lying on an elevated surface, such as a table, while stimulating himself in a standing position using the latex vagina (as previously done at the sink), initiating penetration when close to the ejaculatory point.

During the seventh session, FAI reported that he had succeeded, on several occasions, in ejaculating inside his partner's vagina. However, he noted that he needed to wait until he was near the ejaculatory point of no return to initiate penetration and added that he found the process easier when using the anal vibrator. The homework for this session consisted of engaging in sexual activity freely—defined as doing whatever they wished in the moment—while the partner stimulated him with the anal vibrator during vaginal penetration in the missionary position.

At the eighth session, the couple expressed satisfaction, reporting a significant increase in their sexual frequency and that the patient had been able to ejaculate in nearly every encounter with the assistance of the anal vibrator. They stated that their sexual relationship had improved substantially and requested to conclude treatment. They were encouraged to continue practising the previously assigned tasks and were given some guidance to enhance eroticism, thereby concluding the therapeutic process.

Results

The results of FAI's pre-treatment assessment are presented below. On the various scales of the Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1998), the following scores were obtained: schizoid, 96; phobic, 83; dependent, 111; histrionic, 24; narcissistic, 26; antisocial, 41; aggressive, 34; compulsive, 97; passive-aggressive, 45; self-destructive, 53; schizotypal, 97; borderline, 46; paranoid, 84; anxiety, 40; somatoform, 38; hypomanic, 11; dysthymia, 44; alcohol abuse, 52; drug abuse, 39; psychotic thinking, 71; major depression, 24; psychotic delusions, 72.

On the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, FAI obtained high scores on the Non-Communication and Infrequency subscales, indicating inadequate communication and low frequency

of sexual intercourse. Finally, on the Expanded Sexual Arousal Inventory, FAI scored high on arousal, medium on anxiety, and high on satisfaction. This result is somewhat unexpected, given that he sought clinical support to improve sexual relations with his partner. This suggests that the partner may have been the more motivated party in seeking change, while the patient may have experienced a degree of satisfaction with his idiosyncratic practice of rubbing his penis against the slab.

A record of the patient's ejaculatory progress was also maintained, based on information obtained during clinical interviews (see Table 1). This record illustrates the patient's progression following each session and the completion of the tasks assigned in the preceding session.

Discussion

The changes achieved in FAI and his partner were significant, reflecting improvement with respect to the therapeutic objectives: a reduction in performance anxiety prior to sexual encounters, successful intravaginal ejaculation, and an expanded repertoire of sexual behaviours on the part of the partner. The intervention can therefore be considered successful. The sexual life of both FAI and his partner improved, contributing positively to their sexual and overall well-being.

Few studies have been published on the treatment of delayed ejaculation (Abdel-Hamid & Ali, 2018; Butcher et al., 2015; Di Sante et al., 2016; Labrador & Crespo, 2001; Martin-Tuite & Shindel, 2020), likely due to its low prevalence. This underscores the relevance of the present work, which draws attention to the idiosyncratic masturbation patterns observed in individuals with delayed ejaculation, as described by other authors (Perelman, 2005, 2006a, 2006b; Xia et al., 2013). Some researchers suggest that such idiosyncratic genital stimulation may represent a psychogenic etiological factor contributing to delayed ejaculation (Lipsith et al., 2003; Sank, 1998).

This study employed a cognitive-behavioural psychosexual treatment model, which is generally supported by strong empirical evidence for the treatment of sexual dysfunctions (Labrador & Crespo, 2001). Techniques applied included the visualization of erotic imagery, erotic play, and masturbatory exercises, as recommended by other authors (Hawton, 1989; Wincze & Carey, 2001), along with the use of a vibrator to facilitate

ejaculation—an approach supported in the existing literature (Bancroft, 1989; Hawton, 1989; Nelson et al., 2007; Wincze & Carey, 2001). Reported treatment efficacy for these methods ranges between 42 % and 82 % (Munjack & Kanno, 1979).

Alternative treatment models have also been reported, including hypnosis (Zilbergeld, 1975) and psychodynamic therapy (Blair, 2017), with documented therapeutic success. Nonetheless, cognitive-behavioural therapy remains the recommended approach, due to its structured format, ease of implementation, and the typically limited number of sessions required to achieve positive outcomes.

As demonstrated in the present case, the use of focusing techniques, enhancement of situational ejaculatory control, anxiety reduction, short-term task setting, and gradual progression toward the therapeutic goal, combined with partner involvement, constitute effective strategies for overcoming delayed ejaculation.

It is important to note the main limitation of this study. This is a single case, which may make it difficult to generalise the treatment. Additionally, this same factor limits replicability, a fundamental principle of scientific research (Bunge, 2013). Considering these limitations, future studies are encouraged to evaluate the efficacy of cognitive-behavioural treatment for delayed ejaculation through experimental research designs, including the use of case-control groups.

Funding

This work did not receive any specific funding from public agencies, commercial entities, or non-governmental organisations.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest. All authors state that they have no personal, financial, or professional interests that could have influenced the research or the interpretation of the results presented.

References

- Abdel-Hamid, I. A., & Ali, O. I. (2018). Delayed ejaculation: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *The World Journal of Men's Health*, 36(1), 22–40. <https://doi.org/10.5534/wjmh.17051>
- Althof, S. E. (2012). Psychological interventions for delayed ejaculation/orgasm. *International Journal of Impotence Research*, 24(4), 131–136. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/ijir.2012.2>
- Aluja Fabregat, A., & Torrúbia, R. (1994). Inventario de excitación y ansiedad sexual ampliado (SAI-E): Subescalas por derivación factorial. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 21(2), 42–46.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a). APA.
- Apfelbaum, R. (2000). Ejaculation: A much misunderstood syndrome. In S. R. Lieblum & R. C. Rosen (Eds.), *Principals and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 205–241). Guilford.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*, 2nd ed. Churchill Livingstone.
- Blair, L. (2017). How difficult is it to treat delayed ejaculation within a short-term psychosexual model? A case study comparison. *Sexual and*

Table 1
Ejaculation Progress Recorded at Each Session

Sessions	Ejaculatory progress
1	Ejaculation occurs on the floor.
2	Ejaculation occurs on a slab placed on the bed.
3	Ejaculates in bed on a towel-covered slab with the partner's hand underneath; also ejaculates while standing, with the penis supported on the sink.
4	Ejaculates using a latex vagina.
5	Ejaculates in bed on a towel-covered slab with the partner's hand placed on top of the slab; also ejaculates using a latex vagina.
6	Ejaculates into his partner's hand and with the aid of an anal vibrator.
7	Ejaculates into his partner's vagina with the aid of an anal vibrator.
8	Ejaculates into his partner's vagina with the use of an anal vibrator.

- Relationship Therapy*, 33(3), 298–308. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1365121>
- Bunge, M. (2013). *La ciencia. Su método y su filosofía*. Editorial Laetoli.
- Butcher, M. J., & Serefoglu, E. C. (2017). Treatment of delayed ejaculation. In W. W. IsHak (Ed.), *The textbook of clinical sexual medicine* (pp. 255–269). Springer.
- Butcher, M. J., Welliver, R. C., Sadowski, D., Botchway, A., & Köhler, T. S. (2015). How is delayed ejaculation defined and treated in North America? *Andrology*, 3, 626–631. <https://doi.org/10.1111/andr.12041>
- Cabello-Santamaría, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Editorial Síntesis.
- Cabello-Santamaría, F., del Río, F. J., & Cabello-García, M. A. (2021). Validación de la versión española del Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction. *Revista Internacional de Andrología*, 19, 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2020.01.004>
- Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. TEA Ediciones.
- Chambless, D. L., & Lifshitz, J. L. (1984). Self-reported sexual anxiety and arousal: The expanded sexual arousability inventory. *The Journal of Sex Research*, 20(3), 241–254. <https://doi.org/10.1080/00224498409551223>
- del Río, F. J., Cabello-García, M. A., & Cabello-Santamaría, F. (2018). Guía para la clasificación de artículos de investigación clínica para la *Revista Internacional de Andrología*. *Revista Internacional de Andrología*, 16, 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.07.004>
- Di Sante, S., Mollaioli, D., Gravina, G. L., Ciocca, G., Limoncin, E., Carosa, E., Lenzi, A., & Jannini, E. A. (2016). Epidemiology of delayed ejaculation. *Translational Andrology and Urology*, 5(4), 541–548. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.05.10>
- Hawton, K. (1989). *Sex therapy: a practical guide*. Oxford University Press.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Simon and Schuster.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), 428–441.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537–544.
- Lipsith, J., McCann, D., & Goldmeier, D. (2003). Male psychogenic dysfunction: The role of masturbation. *Journal of Sexual and Relationship Therapy*, 18, 447–471.
- Martin-Tuite, P., & Shindel, A. W. (2020). Management options for premature ejaculation and delayed ejaculation in men. *Sexual Medicine Reviews*, 8(3), 473–485. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.002>
- Masters, W., & Johnson, V. E. (1966). *Respuesta sexual humana*. Intermédica.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual*. TEA Ediciones.
- Munjack, D. J., & Kanno, P. H. (1979). Retarded ejaculation: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 8(2), 139–150. <https://doi.org/10.1007/BF01541234>
- Nathan, S. G. (1986). The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 12, 267–281. <https://doi.org/10.1080/00926238608415413>
- Nelson, C. J., Ahmed, A., Valenzuela, R., Parker, M., & Mulhall, J. P. (2007). Assessment of penile vibratory stimulation as a management strategy in men with secondary retarded orgasm. *Urology*, 69(3), 552–555. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2006.02.048>
- Perelman, M. A. (2005). Idiosyncratic masturbation patterns: A key unexplored variable in the treatment of retarded ejaculation by the practicing urologist. *Journal of Urology*, 173(suppl 4), 340.
- Perelman, M. A. (2006a). Masturbation is a key variable in the treatment of retarded ejaculation by health care practitioners. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(1), 51–52.
- Perelman, M. A. (2006b). Unveiling retarded ejaculation. *Journal of Urology*, 175(suppl 4), 430.
- Piche, K., Mann, U., & Patel, P. (2020). Treatment of delayed ejaculation. *Current Sexual Health Reports*, 12, 251–260. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00287-z>
- Porcel-Medina, M., & González-Fernández, R. (2005). El engaño y la mentira en los trastornos psicológicos y sus tratamientos. *Papeles Del Psicólogo*, 26, 109–114.
- Rowland, D. L. (2017). Evaluation of delayed ejaculation. In W. W. IsHak (Ed.), *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp. 241–254). Springer.
- Rowland, D. L., Keeney, C., & Slob, A. K. (2004). Sexual response in men with inhibited or retarded ejaculation. *International Journal of Impotence Research*, 16, 270–274. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901156>
- Ruiz-Fernández, M. Á., Díaz-García, M. I., & Villalobos-Crespo, A. (2017). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclee De Brouwer.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 157–165.
- Sank, L. (1998). Traumatic masturbatory syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24(1), 37–42.
- Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 389–408.
- Wincze, J. P., & Carey, M. P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*, 2nd ed. The Guilford Press.
- Xia, J. D., Han, Y. F., Pan, F., Zhou, L. H., Chen, Y., & Dai, Y. T. (2013). Clinical characteristics and penile afferent neuronal function in patients with primary delayed ejaculation. *Andrology*, 1(5), 787–792. <https://doi.org/10.1111/j.2047-2927.2013.00119.x>
- Zilbergeld, B. (1975). Group treatment of sexual dysfunction in men without partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1(3), 204–214. <https://doi.org/10.1080/00926237508405290>

Artículo

Pilotaje de un Protocolo de Flexibilidad Psicológica Para Progenitores de Hijos con Problemas de Conducta

David Lobato¹ , María M. Montoya-Rodríguez² , Sira Barroso-Díaz³ 
y Juan Miguel Fluja-Contreras³ 

¹Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid (España)

²Universidad Católica del Uruguay, Montevideo (Uruguay)

³Universidad de Sevilla, Sevilla (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 18/07/2025

Aceptado: 17/01/2026

Palabras clave:

Trastornos de conducta infantil

Familia

Protocolo clínico

Regulación emociones

ACT

RESUMEN

Este estudio presenta el pilotaje de un protocolo breve de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), diseñado para mejorar la flexibilidad psicológica parental (FPP) en progenitores de niños con problemas de conducta. La intervención, compuesta por ocho sesiones semanales de 90 minutos, combinó estrategias de ACT (aceptación, defusión o distanciamiento, valores y mindfulness) junto con procedimientos propios del análisis de conducta. Participaron 10 progenitores que cumplían criterios clínicos en el Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Se evaluaron la FPP (6-PAQ), el estrés parental (PSS), la satisfacción con la vida (SWLS), la coherencia con los valores (VQ) y el comportamiento infantil (ECBI), junto con medidas de proceso. Los resultados mostraron mejoras significativas y mantenidas a los tres y seis meses en todas las variables. Estos hallazgos sugieren que el protocolo puede ser una herramienta clínica prometedora para mejorar competencias parentales y el bienestar de los progenitores e hijos desde un enfoque contextual.

Pilot Testing a Psychological Flexibility Protocol for Parents of Children With Behavioral Problems

ABSTRACT

This study presents the pilot testing of a brief protocol based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) designed to enhance parental psychological flexibility (PPF) in parents of children with behavior problems. The intervention comprised eight 90-minute weekly sessions, combining ACT strategies (e.g., acceptance, defusion, values, mindfulness) with procedures derived from behavior analysis. Ten parents meeting clinical criteria on the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) participated. Outcomes included PPF (6-PAQ), parental stress (PSS), life satisfaction (SWLS), valued living (VQ), and child behavior (ECBI), plus process measures. Results showed significant, clinically meaningful improvements across all variables, maintained at three- and six-month follow-ups. Value-oriented behaviors, mood, and coping also improved during the program. Findings suggest that the protocol may be a promising clinical tool for improving parenting skills and the well-being of both parents and children from a contextual approach.

Keywords:

Child behavior disorders

Family

Clinical protocol

Emotion regulation

ACT

Citar como: Lobato, D., Montoya-Rodríguez, M. M., Barroso-Díaz, S., y Fluja-Contreras, J. M. (2026). Pilotaje de un protocolo de flexibilidad psicológica para progenitores de hijos con problemas de conducta. *Revista de Psicoterapia*, 37(133), 141-149. <https://doi.org/10.5944/rdp.v37i133.45846>

Autor y e-mail de correspondencia: David Lobato Casado, david.lobato@universidadeuropea.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

La flexibilidad psicológica se define como la habilidad para estar en contacto, de manera plena y consciente, con eventos privados con funciones aversivas, mientras se orienta el comportamiento hacia los valores personales (Hayes et al., 2014). Esta habilidad es clave en el bienestar emocional y el ajuste conductual en distintos contextos, incluida la crianza. Basada en los principios del aprendizaje conductual y el análisis del lenguaje a través de la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR; Törneke, 2010), ACT enfatiza la función y el contexto del comportamiento, más que el contenido de los eventos privados (Blackledge et al., 2009). Este enfoque se articula en torno a seis procesos centrales interrelacionados (aceptación, defusión, mindfulness, yo como contexto, valores y acciones comprometidas) y organizados en tres estilos de respuesta flexible: abierto, centrado y comprometido (Ciarrochi et al., 2016; Hayes et al., 2014).

El estilo abierto incluye los procesos de *aceptación* y *defusión cognitiva* (Hayes et al., 2011). La *aceptación* implica una actitud receptiva hacia los eventos privados (pensamientos, sentimientos, recuerdos), promoviendo una disposición activa a experimentarlos con curiosidad y apertura. Por su parte, la *defusión* o *distanciamiento* facilita la capacidad de observar los eventos privados como productos del lenguaje, reduciendo su influencia sobre la conducta al permitir que la persona no quede atrapada en su contenido (Hayes et al., 2014). En cuanto al estilo centrado, este se compone de los procesos de *mindfulness* y *yo como contexto* (Hayes et al., 2011). El *mindfulness* hace referencia a la habilidad de atender de manera deliberada, flexible y sostenida a *aquí y ahora*. El *yo como contexto* alude a una perspectiva del *yo como observador* constante, desde la cual pueden experimentarse los eventos privados facilitando la toma de perspectiva (Hayes et al., 2014). Finalmente, en el estilo de respuesta comprometido se integran los procesos de *valores* y *acciones comprometidas* (Hayes et al., 2011). Los *valores* representan elecciones personales libremente elegidas que otorgan dirección y sentido a la vida. Las *acciones comprometidas* son conductas coherentes con esos valores, sostenidas en el tiempo incluso ante la presencia de malestar, promoviendo pasos concretos hacia una vida significativa (Hayes et al., 2014). En los últimos años, distintos desarrollos dentro de la TMR y del enfoque basado en procesos han reforzado la comprensión funcional de los procesos psicológicos implicados en el sufrimiento y el cambio clínico. Estos trabajos destacan la importancia de analizar los patrones relacionales que organizan la conducta y de situar las intervenciones en un marco contextual orientado a procesos, en línea con la evolución contemporánea de ACT (Harte et al., 2023; Ming et al., 2024). Este enfoque permite contextualizar el programa funcional empleado en el presente estudio dentro de esta actualización teórica.

En el ámbito familiar, la Flexibilidad Psicológica Parental (FPP) se define como la capacidad de aceptar eventos privados indeseados relacionados con la crianza, mientras se actúa en coherencia con los valores parentales (Whittingham y Coyne, 2019). Diferentes investigaciones asocian la FPP con una mayor aplicación de estrategias de crianza adaptativas, reducción del estrés, mayor cohesión familiar y disminución de problemas psicológicos en los niños (Schoors et al., 2019). Además, los progenitores con mayor FPP presentan mejores habilidades de regulación emocional y sensibilidad a las necesidades de sus hijos (Flujas-Contreras et al., 2023;

Fonseca et al., 2020). Metaanálisis y revisiones sistemáticas previas han mostrado los beneficios de ACT en familias que enfrentan retos en la crianza (Byrne et al., 2021). En cambio, la Inflexibilidad Psicológica Parental (IPP) caracterizada por el empleo de estrategias de control o evitación del malestar, afecta a la relación con los hijos y distancia a los progenitores de sus valores (Perry et al., 2020), incrementa las prácticas incoherentes (Sairanen et al., 2018), los problemas conductuales en los niños (Brassell et al., 2016; Whittingham et al., 2019) y repercute en la salud mental de los progenitores (Fonseca et al., 2020).

Los trastornos externalizantes en la infancia, como el Trastorno de Conducta o el Trastorno Negativista Desafiante, afectan entre el 3-4% de la población mundial (Johnston et al., 2018) y al 5.6% en España (López-Villalobos, 2014). Se caracterizan por conductas disruptivas, dificultades en la regulación emocional y el control de impulsos, y problemas para seguir normas sociales (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Estas conductas impactan negativamente tanto en la adaptación académica y social de los niños (Becherer et al., 2021), como en la dinámica familiar (Ralston y Brown, 2023), lo que subraya la necesidad de intervenciones tempranas. En este sentido, los tratamientos más eficaces se basan en principios conductuales e implican a los progenitores (Kaminski y Claussen, 2017; Manassis et al., 2014). No obstante, un tercio de los casos no mejora (Hawes et al., 2014), debido a barreras como el malestar emocional o rigidez en las creencias de los progenitores (Acri y Hoagwood, 2015). Estudios previos de ACT en la crianza se han centrado en familias con hijos con trastornos del neurodesarrollo, problemas internalizantes o enfermedades crónicas (Gur y Reich, 2023) o problemas de conducta externalizante (Flujas-Contreras y Gómez, 2018; Flujas-Contreras et al., 2022), obteniendo resultados alentadores. En estos contextos, el entrenamiento en FPP ha mostrado una reducción de los problemas de conducta infantil, la disminución de la IPP y el estrés parental, e incremento de la satisfacción vital, con beneficios sostenidos a largo plazo, tanto en hijos sin alteraciones del neurodesarrollo (Donovan et al., 2022; Flujas-Contreras et al., 2022), como en hijos con autismo y otras problemáticas crónicas (Uramoto et al., 2023).

Dada la relación entre FPP y mejores prácticas parentales, y la escasa evidencia en contextos de problemas externalizantes, este estudio persigue dos objetivos: describir un protocolo de intervención basado en ACT y explorar su posible impacto en una muestra de progenitores de niños con problemas de conducta. El protocolo combina estrategias de ACT y modificación de conducta, para entrenar a progenitores en habilidades que favorezcan la FPP, permitiéndoles responder de manera más adaptativa a los problemas externalizantes de sus hijos. El protocolo se concibe y estructura como un programa funcional breve basado en ACT, orientado a modificar patrones interactivos relevantes desde un análisis contextual del comportamiento parental. Además, dado el carácter piloto del presente estudio, el objetivo se centró en explorar de manera preliminar la viabilidad del programa y detectar posibles señales tempranas de cambio en las variables clínicas evaluadas.

Método

Participantes

El reclutamiento se realizó mediante muestreo incidental en el centro de intervención psicológica en el que el primer autor del

manuscrito desarrolla su actividad. La muestra estuvo compuesta por 10 progenitores (siete mujeres, tres hombres; $M = 39.8$ años; $DT = 3.76$), de nacionalidad española. Nueve estaban casados y uno divorciado, nueve contaban con estudios superiores. El número medio de hijos fue 1.4 ($DT = 0.51$), y la edad promedio del menor motivo de consulta fue 8.4 años ($DT = 1.57$). Todos los hijos cumplían criterios de problemas de conducta según el *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI; Eyberg, 1978; intensidad > 124 y problemas > 10), conforme a los baremos de Calzada et al. (1998). Cuatro progenitores acudieron solos y seis en pareja; sin embargo, ambos miembros fueron evaluados de forma independiente y se consideraron como casos individuales para el análisis. Los criterios de inclusión fueron: ser padre o madre de edad legal, hablar español con fluidez, no estar recibiendo tratamiento psicológico actual, y tener al menos un hijo con problemas de comportamiento (según baremos del ECBI), con edades entre 6 y 16 años, y sin condiciones psiquiátricas graves (abuso de sustancias y/o trastornos psicóticos). Todos los participantes cumplían los criterios de inclusión cuando firmaron el consentimiento informado, antes de la intervención psicológica. El estudio fue aprobado por la comisión de investigación interna de la universidad (CI: 2024-858).

Instrumentos

Medidas Principales

Parental Acceptance Questionnaire (6-PAQ; Greene et al., 2015, validación española de Flujas-Contreras et al., 2020) que evalúa FPP. La versión española del cuestionario consta de 16 ítems en una escala Likert de 4 puntos (1 = *muy de acuerdo* y 4 = *muy desacuerdo*). Su validación mostró una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de .81). Los valores más altos indican niveles más elevados de IPP. Se utilizó la escala global del instrumento.

Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985, validación española Vázquez et al., 2013). Evalúa la satisfacción vital a través de 5 ítems en una escala Likert de 7 puntos (siendo 1 = *fuertemente en desacuerdo* y 7 = *fuertemente de acuerdo*). La escala en la versión española informa de un alfa de Cronbach de .82. A mayor puntuación mayor satisfacción con la vida.

Parental Stress Scale (PSS; Berry y Jones, 1995, validación española de Oronoz et al., 2007). Evalúa estrés parental a través de 12 ítems en una escala Likert de 5 puntos (1 = *muy en desacuerdo* y 5 = *muy de acuerdo*) proporcionando una puntuación total de estrés parental. Su consistencia interna en la adaptación española es de .77. A mayor puntuación mayor estrés parental.

Valuing Questionnaire (VQ; Smout et al., 2014, adaptación a población española de Ruiz et al., 2022). Evalúa el acercamiento o distanciamiento a una vida valorada a través 10 ítems en una escala tipo Likert de 7 puntos (7 = *completamente cierto* al 0 = *nada cierto*). Tiene dos escalas de cinco ítems: Progreso y Obstrucción. La versión española del VQ ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con alfas de Cronbach de .85 y .87, respectivamente. A mayor puntuación mayor grado de acercamiento o distanciamiento hacia valores.

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg, 1978, adaptación española de Calzada et al., 1998). Inventario para progenitores que evalúa conductas problemáticas en un rango de edad de 2 a 16 años. Consta de 36 ítems, y las evalúa a través de dos escalas: Intensidad, que mide la frecuencia percibida de las

conductas (puntuaciones de 1 = *nunca* a 7 = *siempre*), y Problemas, que indica si los padres consideran o no cada conducta como un problema (respuesta dicotómica: sí/no). Los puntos de corte orientativos en población española son puntuaciones superiores a 124 en la escala de Intensidad y a 10 en la escala de Problemas (Calzada et al., 1998). Consta de una elevada consistencia interna en sus dos escalas (consistencia interna de .90).

Medidas de Proceso

Se valoró el estado de ánimo y la capacidad de afrontamiento al comenzar y al terminar la sesión a través de las preguntas “¿Cómo te sientes en este momento?” y “¿En qué medida te sientes capaz de afrontar tus preocupaciones respecto a tus hijos en este momento?”, respectivamente, con una escala Likert de cinco puntos (1 = *nada capaz* a 5 = *totalmente capaz*) (García-Palacios et al., 2014; Flujas-Contreras et al., 2020).

Se utilizó un registro de conductas orientadas a valores en una hoja de cálculo de Google justo antes del inicio de cada sesión, y a partir de la sesión 2, se revisaron los productos conductuales recogidos semanalmente (audio descriptivo, fotografías del lugar donde han estado, etc.) para observar el progreso del progenitor entorno a los valores dilucidados (Uramoto et al., 2023).

Procedimiento

De acuerdo con el enfoque basado en procesos de ACT, el programa se estructuró atendiendo a los seis procesos centrales del modelo explicados en la introducción (aceptación, defusión, mindfulness, yo como contexto, valores y acciones comprometidas). Estos se entrenaron mediante ejercicios experienciales y revisiones funcionales de interacciones parentales (ver descripción del protocolo más adelante), y se vincularon con las medidas empleadas: la flexibilidad psicológica parental (6-PAQ), la coherencia con los valores (VQ), el estrés parental (PSS) y la conducta infantil (ECBI), entendidos como indicadores conductuales y relacionales del impacto del programa. El diseño del protocolo se articuló siguiendo un enfoque funcional, entendiendo la intervención como un programa orientado a promover repertorios conductuales flexibles y coherentes con los valores parentales.

Las sesiones fueron presenciales y su formato dependió de la participación: en los casos en que acudían ambos progenitores, se realizaban en pareja; cuando acudía un único progenitor, la intervención se desarrollaba de forma individual. Cada participante completó las medidas de manera independiente.

El protocolo constó de ocho sesiones semanales de 90 minutos, adaptadas de intervenciones previas con progenitores de hijos con problemas externalizantes (Flujas-Contreras et al., 2022) y con autismo (Gould et al., 2018; Uramoto et al., 2023). Se ofreció gratuitamente a quienes cumplían con los requisitos del estudio. Las sesiones fueron conducidas por el primer autor, con amplia formación en terapias contextuales en un centro de terapia psicológica en la Comunidad de Madrid. La fidelidad al protocolo fue evaluada mediante autoinforme completado por el terapeuta tras cada sesión (ver: *enlace a repositorio anónimo disponible a petición*), incluyendo el grado de ajuste o satisfacción del terapeuta. Además, fue supervisado por un terapeuta con más de 20 años de experiencia en terapias contextuales. El protocolo se detalla a continuación:

En la primera sesión, se presentó la estructura del protocolo y se exploraron valores parentales a través de ejercicios experienciales como “Los tres deseos” (Gould et al., 2018) y “Las noticias del horario central” (Stoddard y Afari, 2014). Esto permitió generar acciones coherentes con estos valores, y poder registrar posteriormente los productos conductuales (e.g., audios reportando una cena, fotografías en el parque, etc.) en una hoja de Google. Una vez dilucidados los valores (e.g., ser un padre que sostiene el malestar de su hijo), y a través de las clases de conducta que reportaban para solucionar la problemática de su hijo, se procedió a introducir el problema del control y costes psicológicos de esos repertorios (desesperanza creativa). Como tareas, se sugirió la emisión de acciones comprometidas con los valores, el registro de interacciones problemáticas y la práctica de mindfulness de la respiración (Harris, 2019) grabado en audio.

En la segunda sesión se analizaron las respuestas de los progenitores ante el comportamiento de sus hijos y se introdujeron estrategias de aceptación y mindfulness, como “dejar espacio a las emociones” (Whittingham et al., 2014). Se trabajó la perspectiva del yo-observador para distanciarse de eventos privados aversivos (Valdivia-Salas y Páez, 2019) y se entrenaron habilidades de reforzamiento mediante modelado. Finalmente, se organizaron las acciones comprometidas registradas en función de los valores identificados. Se sugirieron las mismas tareas, pero, además, se animó a los progenitores al empleo de las estrategias de reforzamiento y aceptación.

En la tercera sesión se identificaron barreras internas (pensamientos dolorosos, emociones desagradables) que dificultan interacciones en la crianza, a través de “El punto de elección” (Harris, 2019). Posteriormente, se revisaron las tareas de la sesión anterior y se mantuvieron las mismas tareas para casa, pero añadiendo este recurso.

En la cuarta sesión, se promovió la reducción del control de los pensamientos aversivos (e.g., “tu hijo será un desgraciado” o “tu hijo se convertirá en un delincuente si no lo castigas más”) sobre las conductas parentales, introduciendo ejercicios de defusión o distanciamiento, como “Los pasajeros en el autobús” (Hayes et al., 2012). Se mantuvieron las mismas tareas, a las que se añadió la invitación de aplicar estrategias de defusión.

La quinta sesión buscó fortalecer las estrategias aprendidas. En primer lugar, se evocaron situaciones complejas en la crianza, así como los eventos privados aversivos con los que los progenitores lidiaron, y se les animó a aplicar estrategias de aceptación y defusión. En segundo lugar, se evocaron las funciones apetitivas derivadas de los valores (e.g., “¿esta acción refleja quién quiero ser al final del día?”). En último lugar, se recordaron estrategias operantes y de enseñanza (i.e., control antecedentes y consecuentes, así como uso del modelado), y de FPP aprendidas. Se mantuvieron las mismas tareas.

En la sexta sesión, se reforzaron las estrategias de distanciamiento introduciendo la metáfora del “Invitado indeseado” (Hayes et al., 2012). Además, se trabajó la autocompasión en la crianza (Psychogiou et al., 2016), como recurso parental en situaciones de estrés y riesgo de conductas de evitación en la crianza. Se mantuvieron las mismas tareas y se animó al empleo de esta nueva estrategia.

La séptima sesión estuvo centrada en el desarrollo del yo compasivo aplicado a la parentalidad (Kirby et al., 2023). Se trabajó

con la visualización del “Yo compasivo” para fomentar respuestas más adaptativas ante situaciones desafiantes en interacción con los hijos. Como cierre de la sesión, los participantes escribieron una carta compasiva dirigida a sí mismos como progenitores. Se mantuvieron las mismas tareas, pero el ejercicio de mindfulness de la respiración fue sustituido por un ejercicio de mindfulness de la compasión guiada hacia los hijos elaborado por el terapeuta (audio).

Finalmente, en la octava sesión se consolidaron las habilidades aprendidas, se identificaron posibles barreras para el mantenimiento de los cambios y se planificó su generalización a largo plazo. Se realizó una lectura conjunta del “Manifiesto de la paternidad” (Brown, 2015) para reforzar los valores y cerrar el proceso.

Análisis de Datos

Se empleó un diseño longitudinal de tipo pre-experimental (Thyer, 2012), con medidas en cuatro momentos: previas a la intervención (pre), al finalizar (post), y en seguimientos a los 3 meses (seg. 3) y 6 meses (seg. 6). El estudio no incluyó grupo control. Se valoraron los efectos de la intervención mediante la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Wilcoxon, y el tamaño del efecto con la correlación de Rango Biserial. Además, con el objetivo de valorar el cambio intraindividual tras la intervención a nivel de significación clínica, se calculó el índice de cambio fiable con el criterio C (ICF; Jacobson y Truax, 1991). Se consideró con un nivel de “recuperación” si esta fue mayor que el ICF y superaba el punto de corte, “mejora” si el cambio fue mayor que el ICF, pero no superó el punto de corte. No se registraron datos perdidos y todos los participantes completaron las evaluaciones en los cuatro momentos del estudio, por lo que no fue necesaria imputación. La tasa de retención fue del 100%.

Resultados

Análisis Descriptivo

En la Tabla 1 se detallan las puntuaciones medias y desviación típica de cada una de las variables evaluadas pre, post tratamiento y en seguimiento (3 y 6 meses). Antes de la intervención, se reportaron puntuaciones elevadas en IPP, estrés parental y obstrucción de las acciones en dirección a valores. Asimismo, se encontraron puntuaciones por debajo de la media en satisfacción vital y progreso de las acciones valiosas. Por otro lado, la puntuación media de intensidad y presencia de problemas evaluadas con el ECBI se encuentra por encima del punto de corte del instrumento. Estas puntuaciones mejoraron a lo largo de las evaluaciones realizadas, excepto en el seguimiento a los 3 meses de la satisfacción vital, en el que se reporta un ligero descenso.

Efectos de la Intervención

En la Tabla 1 se detallan los resultados del análisis de diferencia de puntuaciones que reportaron diferencias significativas entre la evaluación pre y post tratamiento en FPP, satisfacción vital, progreso y obstrucción en las acciones en dirección a valores, estrés parental y en la intensidad y presencia de problemas de conducta, con un tamaño de efecto grande. Estos efectos se mantuvieron en el seguimiento a los 3 y 6 meses, con un tamaño de efecto grande, para todas las variables.

Tabla 1

Puntuaciones Medias, Desviación Típica Pre-Test, Post-Test y Seguimiento; Estadístico Wilcoxon y Tamaño del Efecto

	Pre	Post	Seg. 3 m	Seg 6 m	Pre-Post			Pre-Seg 3 m			Pre-Seg 6 m		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
6PAQ	39.00 (3.38)	29.20 (4.91)	27.60 (4.55)	26.30 (3.88)	45.00	.009*	1.00	55.00	.006*	1.00	55.00	.006*	1.00
SWLS	13.80 (2.89)	21.80 (4.63)	20.30 (5.55)	22.70 (4.99)	0.00	.006*	-1.00	3.00	.014*	-0.89	0.00	.006*	-1.00
VQ Progreso	12.60 (.66)	18.40 (2.83)	19.10 (2.84)	20.30 (4.32)	0.00	.005*	-1.00	0.00	.006*	-1.00	0.00	.009*	-1.00
VQ Obstrucción	21.90 (2.42)	13.50 (3.95)	12.10 (3.07)	10.50 (3.13)	54.00	.008*	0.96	55.00	.006*	1.00	55.00	.005*	1.00
PSS	31.90 (3.66)	25.40 (6.43)	23.50 (3.47)	23.60 (4.40)	51.50	.016*	0.87	55.00	.006*	1.00	55.00	.006*	1.00
ECBI Intensidad	134.3 (6.27)	102.3 (17.01)	92.3 (18.41)	89.7 (20.08)	54.00	.008*	0.96	55.00	.002*	1.00	54.00	.008*	0.96
ECBI Problemas	14.80 (2.44)	8.80 (3.52)	7.40 (4.45)	5.60 (4.64)	45.00	.009*	1.00	36.00	.014*	1.00	54.00	.008*	0.96

Nota. 6-PAQ: Cuestionario de Aceptación Parental; SWLS: Escala de Satisfacción Vital; VQ: Cuestionario de Valores; PSS: Escala de Estrés Parental; ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory; *: $p < .05$. M: media; DT: desviación típica; W: estadístico de la prueba del Wilcoxon; r: Correlación de Rango Biserial

Respecto al análisis de cambio intraindividual analizado mediante el ICF, se encontró que un incremento del porcentaje de participantes que mejoraron su puntuación desde el post-tratamiento hasta el seguimiento en la FPP (del 70% al 90%), satisfacción vital (del 70% al 80%), progreso en las acciones en dirección a valores (del 40% al 70%), el estrés parental (del 50% al 60%), la intensidad de problemas de conducta en los hijos (del 40% al 80%) y la presencia de problemas de conducta en los hijos (del 60% al 70%). El porcentaje de mejora-recuperación en la obstrucción de las acciones en dirección a valores se mantuvo en el 70%, siendo un porcentaje alto desde la finalización de la intervención (Tabla 2).

Medidas de Proceso

En la Figura 1 se ilustran las puntuaciones de proceso en el estado de ánimo, capacidad de afrontamiento y la consistencia en las acciones en dirección a valores. Respecto al estado de ánimo las puntuaciones medias se encuentran en un rango de 1.40 (sesión 2) a 4 (sesión 8). Las sesiones en las que se observa un mayor incremento en el estado de ánimo es en la sesión 2 (dif. = 1.10 puntos) y la sesión 6 (dif. = 0.80 puntos). En relación con la capacidad de afrontamiento, las puntuaciones medias se reportan en un rango

desde 1.3 (sesión 1) a 4.3 (sesión 5). Las sesiones en las que se reporta una mayor diferencia es en la sesión 5 (dif. = 1.6 puntos) y la sesión 6 (dif. = 1.3 puntos). Finalmente, las puntuaciones medias en la medida de proceso de consistencia en las acciones en dirección a valores reportan una tendencia ascendente, desde 1.3 a 4.8 puntos (dif. = 3.5 puntos).

Discusión

Este estudio tuvo como objetivos describir un protocolo de intervención basado en ACT y explorar de manera preliminar sus posibles efectos sobre la eficacia en progenitores de niños con problemas de conducta. El protocolo busca promover habilidades parentales que faciliten la apertura hacia el malestar y fomenten acciones coherentes con los valores parentales en el contexto de la crianza. Desde esta perspectiva, el programa funcional plantea que los cambios observados no dependen de técnicas aisladas, sino de la reorganización contextual de las conductas parentales hacia lo importante. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse dentro del marco de un estudio piloto, cuyo propósito principal es examinar la aplicabilidad inicial del programa y la coherencia funcional de los cambios observados más que establecer conclusiones firmes sobre su eficacia. Esta intervención se enmarca en la literatura que ha resaltado la relevancia de trabajar la FPP para mejorar la dinámica familiar y reducir conductas problemáticas en los hijos (Bodden y Matthijssen, 2021; Gur y Reich, 2023). Al mejorar sus repertorios para relacionarse con eventos privados aversivos mediante mindfulness y aceptación, los progenitores reducen la probabilidad de recurrir al control aversivo, la reactividad o la hostilidad, lo que mejora indirectamente el comportamiento infantil (Emerson et al., 2019). El protocolo combina estrategias conductuales clásicas con ACT, ya que, como señalan Daley et al. (2018), dichas estrategias son eficaces, pero su impacto puede disminuir si los progenitores presentan altos niveles de evitación experiencial o IPP. En este sentido, estudios como los de Pennfather et al. (2018) y Andrews et al. (2022) evidencian que la incorporación de ACT en intervenciones conductuales mejora la adherencia y consistencia en la aplicación de estrategias parentales. Este encuadre funcional resulta especialmente útil para integrar procesos de aceptación, defusión y acción comprometida con

Tabla 2

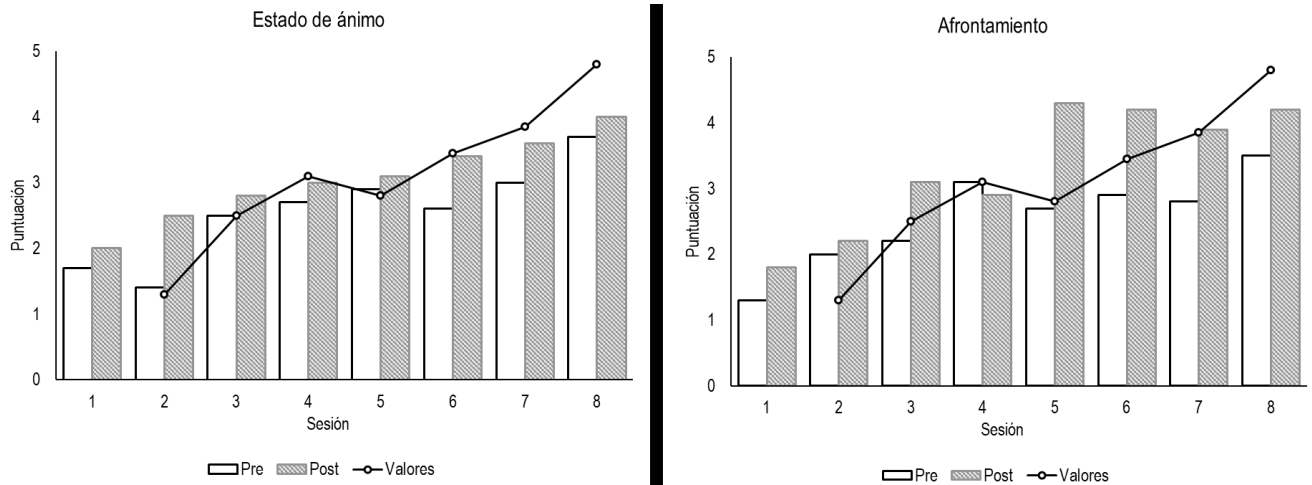
Porcentaje de Participantes con Índice de Cambio Fiable (RCI) de Recuperación o Mejora

	Pre-Post	Pre-Seg 3 meses	Pre-Seg 6 meses
6 PAQ	70%	80%	90%
SWLS	70%	70%	80%
VQ Progreso	40%	60%	70%
VQ Obstrucción	70%	70%	70%
PSS	50%	40%	60%
ECBI Intensidad	40%	60%	80%
ECBI Problemas	60%	60%	70%

Nota. 6-PAQ: Cuestionario de Aceptación Parental; SWLS: Escala de Satisfacción Vital; VQ: Cuestionario de Valores; PSS: Escala de Estrés Parental; ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory

Figura 1

Medidas de Proceso Pre y Post Sesión en Estado de Ánimo, Capacidad de Afrontamiento y Consistencia de Acciones Enmarcadas en Valores



estrategias operantes clásicas, coherente con el movimiento contemporáneo de intervenciones basadas en procesos. Con respecto al segundo objetivo, los resultados sugieren que el protocolo podría incrementar la FPP, reducir el estrés parental en situaciones desafiantes e incrementar la satisfacción vital, en la línea de estudios previos (Flujas-Contreras et al., 2021, Uramoto et al. 2023). No obstante, la ligera variación observada en la satisfacción vital a los tres meses podría entenderse como una fluctuación temporal asociada a que, tras finalizar las sesiones, la puesta en práctica de acciones comprometidas exige afrontar contextos demandantes, lo que puede producir variaciones iniciales en el bienestar. El repunte a los seis meses sugiere una consolidación progresiva de las habilidades adquiridas. Además, la intervención mostró que trabajar la aceptación, la defusión y la acción comprometida podría facilitar una mayor tolerancia al malestar emocional y una menor evitación experiencial, reduciendo así el impacto del estrés parental, que consistentemente se ha ligado como una variable crítica en problemas de la crianza (Fonseca et al., 2020; Flujas-Contreras et al., 2023).

En cuanto a las medidas de proceso, se observó una evolución positiva en el estado de ánimo y afrontamiento a lo largo de la intervención, y especialmente en las acciones orientadas a valores, lo que coincide con los hallazgos de Donovan et al. (2022), quienes destacaron que el trabajo sobre valores y mindfulness promueve cambios sostenibles en las prácticas parentales, vinculándose con consistencia y eficacia de las pautas disciplinarias (Ferro-García et al., 2017). Este seguimiento detallado de las medidas de proceso permitió observar cómo los cambios en la FPP podrían estar relacionados con patrones parentales potencialmente más adaptativos.

Aunque este estudio presenta resultados interesantes que irían en la línea de una posible mejora en la FPP y el bienestar familiar mediante intervenciones breves basadas en ACT, la naturaleza del diseño utilizado (pre-experimental exploratorio) implica ciertas limitaciones inherentes que deben considerarse al valorar el alcance de los hallazgos. En primer lugar, el uso de un diseño de un solo grupo y el tamaño muestral reducido limita la validez interna y

obliga a interpretar los resultados con prudencia, ya que la ausencia de grupo control impide aislar con precisión los efectos de la intervención. Además, la participación de parejas correspondientes a un mismo hijo introduce falta de independencia entre algunos datos. Por tanto, el estudio se concibió como una exploración preliminar destinada a identificar patrones de cambio y valorar la idoneidad del programa, más que a establecer efectos causales o generalizables. En segundo lugar, la multiplicidad de contrastes realizados y los tamaños del efecto elevados pueden deberse, en parte, a la inestabilidad estadística asociada a muestras pequeñas, por lo que estos indicadores deben entenderse como estimaciones preliminares. En tercer lugar, la muestra estaba compuesta en su mayoría por mujeres, lo cual refleja una tendencia común en estudios de parentalidad, donde la participación materna suele ser más alta (e.g., Flujas-Contreras et al., 2021). Si bien esto limita la generalización de los resultados a otros perfiles parentales, los datos obtenidos resultan valiosos como una primera aproximación al fenómeno. Sería deseable replicar el estudio con una muestra más amplia y diversa que permita explorar posibles diferencias en función del género u otras variables sociodemográficas. Además, no se pudo evaluar directamente la fidelidad del protocolo, lo que impidió calcular el acuerdo interobservador. Sin embargo, se utilizó una escala revisada por un experto, lo que constituye un primer paso para valorar la consistencia en la implementación. Por otro lado, todas las medidas utilizadas fueron autoinformadas, lo que podría conllevar cierto sesgo de deseabilidad social. Sería recomendable que futuros programas de intervención complementen estas medidas con otras más objetivas o de carácter observacional. A pesar de las limitaciones señaladas, los resultados de esta investigación aportan evidencia adicional sobre la utilidad clínica de un protocolo breve basado en ACT para promover la FPP ante problemas de conducta en la infancia. Se observaron no solo tendencias de mejora en múltiples indicadores del bienestar parental y conductual de los hijos, sino que dichas mejoras se mantuvieron a medio plazo. Estos hallazgos refuerzan la relevancia de integrar estrategias de aceptación, valores y autocompasión en contextos de crianza desafiante. El presente estudio busca seguir aportando evidencia

al desarrollo de intervenciones contextuales con progenitores y sienta las bases para futuras investigaciones con mayor control metodológico. El programa funcional descrito ofrece una vía terapéutica para estructurar intervenciones breves orientadas a procesos en el contexto de la parentalidad desafiante.

Como conclusión, los resultados de este estudio permiten señalar algunas observaciones relevantes. En primer lugar, se diseñó y aplicó un protocolo breve basado en ACT, dirigido a fomentar la FPP en progenitores que enfrentan dificultades en la crianza de hijos con problemas de conducta. Los datos obtenidos sugieren una evolución favorable en las medidas de flexibilidad psicológica parental, estrés percibido, satisfacción vital y problemas de conducta infantil, tanto al finalizar la intervención como en los seguimientos. Asimismo, se apreció una tendencia positiva en variables relacionadas con las acciones orientadas a valores, el estado emocional y el afrontamiento durante la crianza. Si bien estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones antes señaladas, el estudio contribuye a la incipiente evidencia sobre el valor de las intervenciones contextuales breves con progenitores y abre nuevas vías para futuras investigaciones en esta línea.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

En nombre de todos los autores, el autor de correspondencia declara que no existen conflictos de interés.

Aprobación Ética

El estudio fue revisado y aprobado por la Universidad Europea de Madrid (CI: 2024-858) y se llevó a cabo conforme a la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas o normas éticas equivalentes.

Consentimiento Informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes.

Referencias

- Acri, M. C., y Hoagwood, K. E. (2015). Addressing parental mental health within interventions for children: A review. *Research on Social Work Practice*, 25(5), 578–586.
- American Psychiatric Association, D., y American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American psychiatric association.
- Andrews, M. L., García, Y. A., Catagnus, R. M., y Gould, E. R. (2022). Effects of acceptance and commitment training plus behavior parent training on parental implementation of autism treatment. *The Psychological Record*, 72, 601–617. <https://doi.org/10.1007/s40732-021-00496-5>
- Becherer, J., Köller, O., y Zimmermann, F. (2021). Externalizing behaviour, task-focused behaviour, and academic achievement: An indirect relation? *British Journal of Educational Psychology*, 91(1), 27–45. <https://doi.org/10.1111/bjep.12347>
- Berry, J. O., y Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463–472. <https://doi.org/10.1177/0265407595123009>
- Blackledge, J. T., Ciarrochi, J., y Deane, F. (2009). *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research and practice*. Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press
- Bodden, D. H., y Matthijsen, D. (2021). A pilot study examining the effect of acceptance and commitment therapy as parent counseling. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 978–988. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01926-2>
- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K., y Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 111–120. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.03.001>
- Brown, B. (2015). *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent, and lead*. Penguin
- Byrne, G., Ghráda, Á. N., O'Mahony, T., y Brennan, E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 378–407. <https://doi.org/10.1111/papt.12282>
- Calzada, E. J., Eyberg, S. M., García Tornel, S., Mas Alguacil, J. C., Vilamala Sera, C., Villena Collado, H., Baraza Mendoza, M. C., González García, M., Calvo Hernández, M. J., y Trinxant Doménech, A. (1998). Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *Anales Españoles de Pediatría*, 48(5), 475–482.
- Ciarrochi, J., Atkins, P. W., Hayes, L. L., Sahdra, B. K., y Parker, P. (2016). Contextual positive psychology: Policy recommendations for implementing positive psychology into schools. *Frontiers in Psychology*, 7, 1561. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01561>
- Daley, D., Van Der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., ... y Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 932–947. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12825>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Donovan, M. O., Pickard, J. A., Herbert, J. S., y Barkus, E. (2022). Mindful parent training for parents of children aged 3–12 years with behavioral problems: A scoping review. *Mindfulness*, 13, 801–820. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01799-y>
- Emerson, L. M., Ogielka, C., y Rowse, G. (2019). The role of experiential avoidance and parental control in the association between parent and child anxiety. *Frontiers in Psychology*, 10, 262. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00262>
- Eyberg, S. M. (1978). *Eyberg child behavior inventory* (Database record). APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t07845-000>
- Ferro-García, R., Ascanio-Velasco, L., y Valero-Aguayo, L. (2017). Integrando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 33–40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5789317>
- Flujas-Contreras, J. M., y Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of*

- Contextual Behavioral Science*, 8, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.02.006>
- Flujas-Contreras, J. M., García-Palacios, A., y Gómez, I. (2020). Spanish validation of the Parental Acceptance Questionnaire (6-PAQ). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(2), 163–172. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.03.002>
- Flujas-Contreras, J. M., Gómez, I., García-Palacios, A., Chavez, A., y Chavez-Askins, M. (2021). Protocolo de intervención en flexibilidad psicológica y regulación emocional con terapia contextual en familias: Una serie de casos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8(3), 50–58. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2021.08.3.6>
- Flujas-Contreras, J. M., García-Palacios, A., y Gómez, I. (2022). Parenting intervention for psychological flexibility and emotion regulation: Clinical protocol and an evidence-based case study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5014. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095014>
- Flujas-Contreras, J. M., Recio-Berlanga, Á., Andrés, M. P., Fernández-Torres, M., Sánchez-López, P., y Gómez, I. (2023). The relationship between parental stress and psychological adjustment of the children: The role of parental psychological flexibility as a mediator. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.07.006>
- Fonseca, A., Moreira, H., y Canavarro, M. C. (2020). Uncovering the links between parenting stress and parenting styles: The role of psychological flexibility within parenting and global psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.004>
- García-Palacios, A., Herrero, R., Belmonte, M. A., Castilla, D., Guixeres, J., Molinari, G., Baños, R.M. y Botella, C. (2014). Ecological momentary assessment for chronic pain in fibromyalgia using a smartphone: A randomized crossover study. *European Journal of Pain*, 18, 862–872. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00425.x>
- Gould, E. R., Tarbox, J., y Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.06.003>
- Greene, R. L., Field, C. E., Fargo, J. D., y Twohig, M. P. (2015). Development and validation of the parental acceptance questionnaire (6-PAQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 170–175. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.05.003>
- Gur, A., y Reich, A. (2023). Psychological flexibility of parents of children with disabilities: A systematic literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 136, 104490. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104490>
- Harte, C., Barnes-Holmes, D., de Rose, J. C., Perez, W. F., y de Almeida, J. H. (2023). Grappling with the complexity of behavioral processes in human psychological suffering: Some potential insights from relational frame theory. *Perspectives on Behavior Science*, 46(1), 237–259. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00363-w>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hawes, D. J., Price, M. J., y Dadds, M. R. (2014). Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: A comprehensive review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 248–267. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0167-1>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The counseling psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2014). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., y Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Jacobson, N. S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johnston, O. G., Derella, O. J., y Burke, J. D. (2018). Identification of oppositional defiant disorder in young adult college students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40, 563–572. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9696-0>
- Kaminski, J. W., y Claussen, A. H. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 477–499. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310044>
- Kirby, J. N., Hoang, A., y Ramos, N. (2023). A brief compassion focused therapy intervention can help self-critical parents and their children: A randomised controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(3), 608–626. <https://doi.org/10.1111/papt.12459>
- López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J. M., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martin, A. M., Martínez-Rivera, M. T., Alberola-López, S., y Sánchez-Azón, M. I. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(2), 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.002>
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., Wilansky, P., Baer, S., Barrett, P., Bodden, D., Cobham, V. E., Dadds, M. R., Flannery-Schroeder, E., Ginsburg, G., Heyne, D., Hudson, J. L., Kendall, P. C., Liber, J., Masia-Warner, C.,... y Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1163. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0036969>
- Ming, S., Stewart, I., y McElwee, J. (2024). Integrating Relational frame Theory (RFT) and Verbal Behavior (VB) in early intervention. *The Psychological Record*, 74(4), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s40732-024-00591-3>
- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., y Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the parental stress scale. *Psicothema*, 19(4) 687–692.
- Pennefather, J., Hieneman, M., Raulston, T. J., y Caraway, N. (2018). Evaluation of an online training program to improve family routines, parental well-being, and the behavior of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.06.006>
- Perry, N. B., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., y Shanahan, L. (2020). Maternal socialization of child emotion and adolescent adjustment: Indirect effects through emotion regulation. *Developmental Psychology*, 56(3), 541–552. <https://doi.org/10.1037/dev0000815>
- Psychogiou, L., Legge, K., Parry, E., Mann, J., Nath, S., Ford, T., y Kuyken, W. (2016). Self-compassion and parenting in mothers and fathers with depression. *Mindfulness*, 7, 896–908. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0528-6>
- Ralston, A. W., y Brown, K. (2023). Registered behavior technicians' training experiences for severe problem behavior: A survey. *Behavior Analysis in Practice*, 16(4), 1175–1190. <https://doi.org/10.1007/s40617-023-00809-w>

- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Segura-Vargas, M. A., y Gil-Luciano, B. (2022). Psychometric properties of the spanish version of the valuing questionnaire in colombian clinical and nonclinical samples. *Journal of Clinical Psychology*, 78(2), 233-248. <https://doi.org/10.1002/jclp.23212>
- Sairanen, E., Lappalainen, P., y Hiltunen, A. (2018). Psychological inflexibility explains distress in parents whose children have chronic conditions. *PloS One*, 13(7), e0201155. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201155>
- Schoors, D., Koster, E. H. W., y De Raedt, R. (2019). Psychological flexibility as a predictor of parenting behavior and child behavior problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.12.001>
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., y Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001>
- Stoddard, J. A., y Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger publications.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Thyer, B. A. (2012). *Quasi-experimental research designs*. Oxford University Press.
- Uramoto, M., Moore, C., Garcia, Y., y Kurumiya, Y. (2023). The effect of brief acceptance and commitment training on values-based behaviors of japanese parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.005>
- Valdivia-Salas, S., y Páez, M. (2019). *Aceptación psicológica. Qué es y cómo se fomenta en terapia*. Pirámide.
- Vázquez, C., Duque, A., y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish journal of psychology*, 16, E82. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Whittingham, K., y Coyne, L. (2019). *Acceptance and commitment therapy: The clinician's guide for supporting parents*. Academic Press.
- Whittingham, K., Sanders, M. R., McKinlay, L., y Boyd, R. N. (2019). Parenting intervention combined with acceptance and commitment therapy: Processes of change. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1673–1680. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01386-9>
- Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, L., y Boyd, R. N. (2014). Interventions to reduce behavioral problems in children with cerebral palsy: An RCT. *Pediatrics*, 133(5), e1249–e1257. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3620>

Artículo

Terapia Centrada en el Sentido Para Pacientes con Cáncer: Una Serie de Casos Clínicos

Jose Helio Marco^{1,2} , Pilar Llobart^{3,4}, Maria Di Girolano¹, Verónica Guillen^{1,2}  y Sandra Perez¹ 

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología.
Universidad de Valencia. Valencia (España)

²Ciber Fisiopatología, Obesidad y Nutrición. CB06/03 Instituto de Salud Carlos III. (España)

³Departamento de Psicología. Instituto Valenciano de Oncología (VIO). Valencia (España)

⁴Universidad Católica de Valencia, San Vicente Mártir. Valencia (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 13/08/2025
Aceptado: 07/12/2025

Palabras clave:

Psicoterapia
Terapia centrada en el sentido
Supervivientes de cáncer
Sentido en la vida
Intervenciones psicológicas

RESUMEN

Antecedentes: Las personas con cáncer, presentan importantes sentimientos ansiedad, angustia, depresión, así como la pérdida de sentido que se mantiene durante el proceso de tratamiento e incluso después de finalizado. Una de las intervenciones para la mejora del sentido vital que más apoyo empírico ha obtenido hasta la fecha es la Terapia Centrada en el Sentido (TCS). La mayoría de los estudios sobre la eficacia de la TCS se han realizado en muestras anglosajonas, y recientemente se ha realizado la adaptación de la TCS a población española. El objetivo de este trabajo es mostrar 3 casos clínicos de la adaptación española de la TCS. **Método:** Se seleccionaron 3 pacientes con cáncer solicitantes de psicoterapia que cumplimentaron los siguientes cuestionarios: Meaning in Life Questionnaire, Positive and Negative Affect Schedule, Mental Adjustment to Cancer Scale Termómetro de Distrés, y Opinion and Expectations of Treatment Scale. **Resultados:** En los tres casos se produjo un incremento de la Presencia y Búsqueda de sentido, Espíritu de lucha, Afecto Positivo y se redujo el Fatalismo y el Distrés. Los tres casos opinaron que la TCS fue útil, lógica y satisfactoria. **Conclusión:** La TCS se ha mostrado útil para mejorar el sentido vital en personas con cáncer en población española. Estos resultados confirman los estudios previos realizados con muestras anglosajonas indicando la eficacia de la TCS para las personas con cáncer.

Meaning Centered Psychotherapy for Patients With Cancer: A Series of Clinical Cases

ABSTRACT

Background: Cancer patients often experience significant anxiety, distress, depression, and a profound loss of meaning, which persist throughout treatment and even after its completion. One of the most empirically supported interventions for enhancing a sense of meaning in life is Meaning Centered Therapy (MCT). Most studies have been conducted in Anglo-Saxon populations, and a recent adaptation of MCT has been developed for the Spanish population. This study aims to present three clinical cases illustrating the application of the Spanish adaptation of MCT. **Method:** Three cancer patients seeking psychotherapy were selected. They completed the following assessment scales: Meaning in Life Questionnaire, Positive and Negative Affect Schedule, Mental Adjustment to Cancer Scale, Distress Thermometer, and Opinion and Expectations of Treatment Scale. **Results:** All three cases showed an increase in Presence and Search for Meaning, Fighting Spirit, and Positive Affect, along with a decrease in Fatalism and Distress. Patients evaluated MCT as useful, logical, and satisfactory. **Conclusion:** MCT has proven to be an effective intervention for enhancing the sense of meaning in life among Spanish cancer patients. These findings are consistent with previous studies conducted with Anglo-Saxon samples, further supporting the efficacy of MCT in individuals with cancer.

Keywords:

Psychotherapy
Meaning-centered therapy
Cancer survivors
Meaning in life
Psychological interventions

Citar como: Marco, J. H., Llobart, P., Di Girolano, M., Guillen, V., y Perez, S. (2026). Terapia centrada en el sentido para pacientes con cáncer: Una serie de casos clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 37(133), 150-157. <https://doi.org/10.5944/rdp.v37i133.45083>

Autor y e-mail de correspondencia: José H. Marco, jose.h.marco@uv.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

Los pacientes de cáncer presentan importantes sentimientos ansiedad, angustia, depresión, así como la pérdida de sentido vital que oscila durante todo el proceso de tratamiento de la enfermedad (Marco et al., 2023). Este sufrimiento, se mantiene una vez el paciente ya se encuentra libre de cáncer, debido a los importantes cambios y pérdidas que han tenido lugar durante la fase de tratamiento, así como, la incertidumbre que conlleva las continuas revisiones médicas por el miedo lógico a sufrir una recaída (Van der Spek et al., 2017). Como consecuencia del cáncer, se puede producir importantes cambios en la actividad laboral, social, o comunitaria, lo que puede implicar una pérdida de metas y una pérdida de sentido vital así como incrementar los niveles de depresión y reducir las estrategias de afrontamiento activas (Carreño y Eisenbeck, 2022). Un empeoramiento de la calidad de vida, la desesperanza, la depresión y el escaso sentido en la vida son estados emocionales negativos comunes en los sobrevivientes de cáncer (Cleeland, 2007; Henson et al., 2020; Lethborg et al., 2019). En un importante porcentaje de los pacientes también aparece el deseo de una muerte rápida (Rodríguez-Mayoral et al., 2019). Por tanto, existe una necesidad y ofrecer intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la depresión y el bajo sentido vital a los supervivientes del cáncer (Breitbart et al., 2022).

Una psicoterapia que ha resultado eficaz en participantes con cáncer es la terapia centrada en el sentido (TCS). La TCS es una psicoterapia de orientación logoterapéutica basada en el trabajo de Viktor Frankl (1959/1985) que se ha utilizado en diversas muestras y entornos. Originalmente, la TCS para pacientes con cáncer fue desarrollada por Breitbart et al. (2010) como una terapia grupal de 8 sesiones para pacientes con cáncer avanzado (pacientes en estadio III-IV). En un estudio controlado aleatorio (ECA) se comparó con una psicoterapia de apoyo, resultado más eficaz la TCS en la mejora del bienestar espiritual, sentido de la vida y la reducción de la ansiedad. Posteriormente, Breitbart et al. (2012) realizaron otro ECA con pacientes con cáncer en estadio III o IV, donde se adaptó la PCS a 7 sesiones para ser aplicada de forma individual y se comparó con un grupo control no activo. Los resultados indicaron que la TCS fue eficaz para incrementar el sentido en la vida, el bienestar espiritual, y la calidad de vida sin embargo no hubo cambios en depresión. Posteriormente, Van der Spek et al. (2017) en un ECA encontraron que la TCS fue más eficaz que el tratamiento habitual en el incremento del propósito en la vida, el espíritu de lucha, la reducción del estrés, los síntomas depresivos y la angustia.

Respecto estudios de meta-análisis sobre la eficacia de la TCS, Vos y Vitali (2018) encontraron que después de la aplicación de la TCS a personas supervivientes de cáncer se produjeron importantes mejoras en la calidad de vida, se redujo el estrés, y se incrementó el sentido vital, la esperanza, el optimismo y la autoeficacia. Posteriormente, Dietrich et al. (2021) en otro metaanálisis sobre la eficacia de la TCS en participantes con cáncer avanzado, encontraron que después de la intervención, se produjo grandes mejoras en el bienestar espiritual, la calidad de vida y los síntomas depresivos. También tuvo un efecto moderado en la mejora de los síntomas de ansiedad y un efecto bajo en la reducción del deseo de una muerte rápida.

Respecto a estudios de eficacia comparando la TCS con otras psicoterapias, recientemente (Marco et al., 2024) han realizado la

adaptación de la TCS a población española, y realizaron un ECA en el que se comparó la eficacia de la TCS frente a la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) en pacientes con cáncer (estadio I, II y III) en el que se demostró que la TCS fue mas eficaz la TCC para mejorar el sentido en la vida, la satisfacción vital, y el crecimiento postraumático, e igual de eficaz para mejorar la depresión.

Además, la TCS se ha adaptado para poder intervenir con los pacientes en cuidados paliativos (Rosenfeld et al., 2017), con los cuidadores de los pacientes (Torres et al., 2020), o incluso los familiares de personas fallecidas por cáncer, para la elaboración del duelo (Lichtenthal et al., 2017).

En resumen, los ensayos clínicos previos, en muestras anglosajonas, sugieren la eficacia de la TCS para mejorar el sentido vital en las personas con cáncer avanzado encontrándose que los pacientes mejoran su sentido vital, reducen la depresión, la desesperanza, la desmoralización y el deseo de muerte rápida (Breitbart et al., 2010, 2012, 2018; Dietrich et al., 2021; Van der Spek et al., 2017). Por otra parte, también se han obtenido mejoras clínicas, aunque menos consistentes en la ansiedad (Breitbart et al., 2010, 2012; Dietrich et al., 2021).

Sin embargo, hasta donde nosotros sabemos, la publicación de estudios de caso único sobre la TCS es escasa. Mostrar, a qué tipo de pacientes se le ha aplicado, cómo son sus características clínicas, cómo se ha aplicado, así como la evolución de sus resultados durante la intervención y los análisis de la opinión de los pacientes, es una información clínicamente relevante y necesaria para que otros profesionales de la salud y de la salud mental que trabajan con personas con cáncer o supervivientes de cáncer puedan conocer y diseminar la TCS de manera que el mayor número de personas se beneficien de esta psicoterapia. Este es precisamente el objetivo del presente trabajo. Mostrar una serie de casos clínicos de la adaptación de la TCS a la población española.

Método

Participantes

La muestra son 3 personas solicitantes de psicoterapia, que estaban recibido tratamiento médico para el cáncer en el Instituto Valenciano de Oncología de Valencia.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: a) adultos con cáncer en estadio I, II, III o IV que finalizaron el tratamiento médico pertinente (cirugía, radioterapia o quimioterapia); b) haber expresado su necesidad de ser atendidos a nivel psicológico. El criterio de exclusión fue la presencia de un trastorno mental grave (ideación suicida, esquizofrenia, demencia, etc.). El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo por un oncólogo y dos psicólogos clínicos con más de 10 años de experiencia en el tratamiento del cáncer.

Instrumentos

Meaning in Life Questionnaire (MLQ; Steger et al., 2006). El MLQ es un cuestionario de autoinforme compuesto por 10 ítems que evalúa dos dimensiones principales del sentido de la vida: a) Presencia de sentido y b) Búsqueda de sentido de la vida. Los ítems puntúan en una escala de 7 puntos que va desde 1 (absolutamente falso) a 7 (absolutamente cierto). La consistencia interna en nuestra

muestra fue adecuada para Presencia (.86) y Búsqueda (.87). El instrumento presenta un punto de corte 24 para indicar si está en situación de baja o alta presencia o búsqueda respectivamente. En este estudio utilizamos la versión española (Marco et al., 2022).

Termómetro de Distrés (TD; Roth et al., 1998; Priede et al., 2014). Es un cuestionario formado por un solo ítem que mide el malestar emocional y sufrimiento de los pacientes oncológicos. Se responde en una escala de 11 puntos, dichas puntuaciones oscilan entre 0 y 10, donde 0 significaría que no existe malestar y 10 haría referencia a un máximo distrés. El TD presenta unas adecuadas características psicométricas (sensibilidad = 0.82; especificidad = 0.76) (Priede et al., 2014).

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson et al., 1988; Sandin et al., 1999). Es un cuestionario formado por 20 ítems que mide dos dimensiones principales del estado afectivo, el afecto positivo y el afecto negativo. En esta investigación solo hemos utilizado el afecto positivo. Esta subescala evalúa emociones y estados de ánimo positivos como entusiasmo, alegría, energía y determinación. A una mayor puntuación indica mayor nivel de energía y bienestar, mientras que un puntaje bajo sugiere fatiga o anhedonia. En nuestra población presenta adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0.92$)

Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC; Watson et al., 1994). EL Mini-MAC es una versión revisada de la escala de adaptación mental al cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale “MAC”) que mide el ajuste mental al cáncer. Evalúa cinco dimensiones o estrategias de afrontamiento: desamparo-desesperanza, preocupación ansiosa, espíritu de lucha, negación y fatalismo, desglosada en 29 ítems. Para este estudio solo hemos utilizado la escala Espíritu de Lucha que evalúa el grado en que la persona enfrenta la enfermedad con determinación, optimismo y una fuerte voluntad de combatirla, a más puntuación mayor indicación de fuerza para luchar contra la enfermedad y la escala de Fatalismo que mide la tendencia de una persona a adoptar una actitud de resignación y desesperanza frente al cáncer (mayor puntuación menor fatalismo). En nuestra muestra se encontraron los siguientes índices de fiabilidad interna (rango 0.60 - 0.90).

Opinion and Expectations of Treatment Scale (OTMS; Borkovec y Nau, 1972). Escala formada por 6 preguntas que se aplica al finalizar la intervención y que sirve para evaluar la opinión, aceptación y la satisfacción del participante con el tratamiento. Concretamente se evalúa: a) la lógica del tratamiento; b) la satisfacción experimentada por el mismo; c) el grado en que se le recomendaría a un amigo que tuviera el mismo problema; d) el grado en el paciente considera que podría ser útil para tratar otros trastornos psicológicos; e) el grado en que se considera que ha sido útil en el propio caso; f) el grado en que consideran que la intervención ha sido aversiva. Se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0.85$ en nuestra muestra.

Procedimiento

Tras firmar el consentimiento informado, se realizaron dos sesiones de evaluación por un psicólogo clínico con tal de comprobar los criterios de inclusión para participar. La intervención fue realizada por dos psicólogas especialistas en cáncer. En cuanto a la modalidad, las evaluaciones se llevaron a cabo mediante 2 sesiones presenciales y las sesiones de intervención se realizaron a través de videoconferencias de una hora de duración durante 8

semanas. Al finalizar el tratamiento los pacientes fueron reevaluados con los mismos instrumentos de evaluación para obtener las nuevas puntuaciones y valorar el cambio logrado. Este estudio forma parte del proyecto de investigación registrado en Clinicaltrials.gov (ref. NCT05197348) y ha sido aprobado por el comité de ética del Instituto Valenciano de Oncología (CEIM: 2019-17).

La intervención realizada fue la adaptación española de la TCS (Breitbart y Poppito, 2014). Como pueden ver en la Tabla 1, el primer componente de la TCS es la psicoeducación sobre los conceptos de la Logoterapia: Sentido en la vida, libertad de voluntad, y voluntad de sentido. Se pretende que el participante tome conciencia de su historia vital y cómo ha integrado el diagnóstico del cáncer en su identidad. Otro componente importante es la “creación de una línea de la vida”, a través de la dialéctica del “legado recibido vs el legado que dejaré a los demás”. El objetivo es que vea su vida como un todo coherente subrayando todo aquello que le ha dado identidad y sentido (por ejemplo: relaciones familiares, personas, situaciones que ha afrontado, etc.). Por otra parte, se pretende que reconecte con fuentes de sentido del pasado que pueden incrementar su sentido vital actualmente. También se abordan las “limitaciones de la vida”, con la muerte como “la última limitación”, así como la forma en que querríamos ser recordados. En la medida que el paciente va tomando conciencia del abandono de sus fuentes de sentido funcionales, se le anima a recuperar las fuentes de sentido creativas y experienciales. Otros principios logoterapéuticos (Frankl, 1959/1985) que se trabajan son la dialéctica “responsabilidad vs libertad”, “el pasado como fuente de sentido que nunca se pierde” y se les anima a desarrollar las fuentes de sentido actitudinales, es decir, convertir una situación sobrevenida en un triunfo personal. Los pacientes evalúan su vida pasada, la posibilidad de superar limitaciones del presente y se les anima a desarrollar un legado personal que dejarán a los demás. Finalmente se resume la intervención y se despiden el

Tabla 1
Sesiones de Terapia Centrada en el Sentido

Sesión	Descripción
1	Temas: Concepto y fuentes de sentido Objetivo: Conocer la historia de los pacientes. Explicar el proceso y objetivo de terapia
2	Temas: Cáncer y sentido Objetivo: Abordar cómo el cáncer afecta al sentido e identidad de la persona.
3	Temas: Fuentes históricas de sentido (pasadas). Objetivo: Creación de línea de vida: Comprender el legado que se nos ha dado.
4	Temas: Fuentes históricas de sentido (presentes y futuras) Objetivo: Desarrollo del propio legado, que dejaremos a los demás.
5	Temas: Fuentes de sentido actitudinales. Objetivo: Encontrar las limitaciones de la vida. Elegir la actitud hacia el sufrimiento y las limitaciones, y ante la muerte.
6	Temas: Fuentes de sentido creativas Objetivo: Explorar la creatividad, responsabilidad y coraje de las propias acciones en la vida.
7	Temas: Fuentes de sentido experienciales. Objetivo: Explorar y conectar con el sentido en la vida en situaciones de amor, belleza y otras experiencias.
8	Temas: Despedida y Esperanzas de futuro Objetivo: Revisión del Legado y las fuentes de significado. Reflexión del impacto de la terapia.

grupo. En cada sesión, hay siempre un contenido psicoeducativo, actividades experienciales y tareas para casa que son revisadas antes del comienzo de la sesión anterior.

Presentación de los Casos

Caso Clínico 1

Varón de 50 años, casado y con 4 hijos, diagnosticado de cáncer de próstata con tres años de evolución. Se encuentra de baja laboral. Fue intervenido de una cáncer de próstata con cirugía radical, actualmente está en tratamiento con radioterapia. En las últimas dos semanas antes de comenzar la intervención se le diagnosticó un tumor más en fase II en otra zona corporal. A raíz del cáncer su vida cambió drásticamente. Desde tener que dejar su trabajo (empresario), así como convivir con un dolor continuo, una gran fatiga, y dificultades para dormir. El paciente estaba sometido a continuas pruebas médicas muy dolorosas. No presenta antecedentes psicológicos.

Todo ello hacía que el paciente, antes de la psicoterapia se encontraba en un estado de decaimiento, apatía, anhedonia, rabia, y agresividad. El paciente estaba en un estado continuo de hiperreflexión intentado responder a las siguientes preguntas “¿Por qué a mí?” “¿Por qué la vida es tan injusta?”. Como vemos en la [Tabla 2](#), antes de comenzar la intervención el paciente mantenía una activa búsqueda de sentido (MLQ-B pre = 24) que resultaba infructuosa ya presentaba una baja presencia de sentido (MLQ-P pre = 16), esto le producía le producía apatía, rabia, y desesperación y distrés (Distrés pre = 9). Su frustración principal era que el paciente sentía que era joven y que no podría tener una vida completa, ni como hombre, ni como padre y mucho menos como trabajador. Es decir, había perdido todas sus fuentes de sentido vitales. Aunque el paciente estaba socialmente relacionado y hacia las actividades, su actitud era la de estar derrotado, desesperado y abandonado ante la situación sobrevenida de tener otro diagnóstico de cáncer y ser dependiente de los demás y de los cuidados médicos. Había dejado de hacer actividades positivas, no salía de casa si no era para ir a las pruebas hospitalarias.

Resultado

Durante la intervención con la TCS el paciente pasó de una posición pasiva, y de rumiación constante preguntándose “¿Por qué a mí?”, a una actitud más activa incrementándose el espíritu

de lucha (MAC Espíritu de Lucha pre = 9, MAC Espíritu de Lucha post = 13) y pasó de tener una actitud de fatalismo ante el cáncer (MAC Fatalismo pre = 8; MAC Fatalismo post = 10), a una actitud adecuada de afrontamiento “*sí a la vida a pesar de sus circunstancias*”. Descubrió nuevas fuentes de sentido que podía realizar en su estado actual (por ejemplo: el arte, la artesanía), fue capaz de reconocer fuente de sentido en el pasado, y construir un todo sentido global coherente que le permitió establecer un nuevo rol dentro de la familia (padre, marido, educador). Se propuso metas relacionadas con las fuentes de sentido creativas y experienciales, y fundamentalmente las actitudinales, convirtiendo una situación sobrevenida en un triunfo personal. Como podemos ver en la [Tabla 2](#), al finalizar la TCS se incrementó la actitud de búsqueda de sentido (MLQ-B post=27) y con ello se incrementó el sentido vital alcanzando un nivel óptimo (MLQ-P post= 24), lo que tuvo como consecuencia una reducción del distrés (Distrés post = 5) y un incremento en el Afecto Positivo (PANAS + pre= 22, PANAS + post = 30). Como pueden ver en la [Tabla 5](#), para el paciente fue muy relevante encontrar fuentes de sentido de vida y que su satisfacción con la TCS fue máxima. Además, el paciente se mostró muy activo durante el tratamiento, acudiendo a las sesiones y realizando las tareas para casa. El tratamiento que estaba centrado en el afrontamiento, y no en la reducción de síntomas no fue considerado aversivo por el participante. En la [Tabla 5](#) se puede comprobar que su nivel de satisfacción con el tratamiento fue alto, además recomendaría el tratamiento a otras personas en su misma situación, lo consideró muy útil y nada aversivo.

Caso Clínico 2

Mujer de 71 años diagnosticada de cáncer de mama con seis años de evolución. Casada y en el momento del estudio se encuentra trabajando. Se le realizó una tumorectomía y extirpación del ganglio centinela. Se encuentra en el estadio II y actualmente no está recibiendo ningún tratamiento de radioterapia o quimioterapia. Durante el tiempo de aplicación de la TCS fue sometida a numerosas pruebas médicas y revisiones. No tiene antecedentes psicológicos.

La paciente cuando acude a consulta su principal preocupación son las revisiones médicas continuas y la incertidumbre ante la posibilidad de una recaída. La principal situación sobrevenida en este momento es la grave enfermedad que padece su padre de 95 años, que depende totalmente de ella, por lo que si ella recayera no podría atenderlo. La paciente se encuentra muy preocupada por esta circunstancia. La paciente trabajaba, y aunque mantenía actividades sociales (amigos, lectura, religión, vida social, etc.) antes de comenzar la psicoterapia (ver [Tabla 3](#)) la paciente presentaba un nivel bajo de presencia de sentido (MLQ-P pre = 20) de la misma manera, el nivel de búsqueda de sentido también era bajo (MLQ-B pre=15). Las puntuaciones en el espíritu de lucha (MAC Espíritu de lucha pre = 12), el fatalismo (MAC Fatalismo pre = 12) y el nivel bajo de distrés (Distrés pre= 2) y el afecto positivo (PANAS + pre = 29) indicaban un adecuado ajuste emocional.

Resultado

Durante la TCS pasó de una posición en la que predominaban sentimientos de resignación, con la situación sobrevenida (la enfermedad de su padre y las limitaciones en su vida personal

Tabla 2
Medidas Antes y Después de la Terapia Centrada en el Sentido

Medidas	Pretratamiento	Postratamiento
MLQ Presencia	16	24
MLQ Búsqueda	24	27
Afecto positivo (PANAS)	22	30
Termómetro distrés	9	5
MAC Espíritu lucha	9	13
MAC Fatalismo	8	10

Nota: MAC = Mental Adjustment to Cancer Scale; MLQ = Meaning Life Questionnaire; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule.

Tabla 3*Medidas Antes y Después de la Terapia Centrada en el Sentido*

Medidas	Pretratamiento	Postratamiento
MLQ Presencia	20	31
MLQ Búsqueda	15	22
Afecto Positivo (PANAS)	29	30
Termómetro distrés	2	2
MAC Espíritu lucha	12	13
MAC Fatalismo	12	12

Nota: MAC = Mental Adjustment to Cancer Scale; MLQ = Meaning Life Questionnaire; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule.

que esto imponía), a una actitud de aceptación, convirtiendo esta situación sobrevenida en un triunfo personal, reconectando e incrementado fuentes de sentido a pesar de las circunstancias. Esto le llevó a recuperar fuentes de sentido, que reconocía claramente, como las lecturas y una mayor disponibilidad de tiempo para su familia y amigos. Este cambio de actitud produjo un incremento de la presencia de sentido en la vida (MLQ-P post = 31), así como también de la búsqueda de nuevas fuentes de sentido (MLQ-B post = 20), incrementándose ligeramente el afecto positivo (PANAS + post = 30), y el espíritu de lucha (MAC Espíritu de Lucha post = 13) y se han mantenido las puntuaciones adecuadas de distrés (Distrés post = 2) y de Fatalismo (MAC Fatalismo post = 12).

En la [Tabla 5](#) podemos ver su opinión con respecto a lo útil que valoró la TCS, que le permitió reconectar y tomar conciencia de las fuentes de sentido en la vida. En el proceso, la paciente se mostró muy activa durante el tratamiento, acudiendo a las sesiones y realizando las tareas para casa. En la [Tabla 3](#) se puede comprobar que su nivel de satisfacción con el tratamiento fue alto, además recomendaría el tratamiento a otras personas en su misma situación, lo consideró muy útil y nada aversiva.

Caso Clínico 3

Mujer de 45 años, divorciada, con dos hijas adolescentes, diagnosticada de cáncer de mama hace 2 años, en un estadio III. Se le realizó una mastectomía. Después de su operación la paciente se encuentra en estado de baja laboral y está en continuas visitas a la unidad de oncología médica. Semanas antes de la participación en la TCS, en una revisión de seguimiento se le comunicó que el cáncer se había reproducido. La principal preocupación era qué iba a pasar

Tabla 4*Medidas Antes y Después de la Terapia Centrada en el Sentido*

Medidas	Pretratamiento	Postratamiento
MLQ Presencia	18	22
MLQ Búsqueda	17	22
Afecto positivo (PANAS)	21	23
Termómetro distrés	8	7
MAC Espíritu lucha	6	10
MAC Fatalismo	12	13

Nota: MAC = Mental Adjustment to Cancer Scale; MLQ = Meaning Life Questionnaire; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule.

con sus hijas adolescentes, ahora que tanto la necesitan, ya que ella no podría participar en sus cuidados y educación.

La paciente al inicio de la TCS presenta un estado de apatía, decaimiento, tristeza, que se puede ver en el nivel bajo de presencia de sentido (MLQ-P pre= 18), y el nivel bajo de búsqueda de sentido (MLQ-B pre=17) (ver [Tabla 4](#)). También presenta un nivel bajo de espíritu de lucha (MAC Espíritu de Lucha pre = 6) y un nivel de Distrés elevado (Distrés pre = 8). Presenta un bajo afecto positivo (PANAS + pre = 21) y Fatalismo (MAC Fatalismo pre = 12).

Resultado

Durante la psicoterapia, se produjo un cambio en la actitud hacia la enfermedad y hacia la vida en general. La paciente incrementó la realización de fuentes de sentido creativas (la fotografía), experienciales (cuidar a sus hijas), así como las actitudinales “Convertir una situación sobrevenida en un triunfo personal”, pensó que la forma en que ella afrontara su cáncer podría ser la mejor lección vital que podría dejar a sus hijas. Pasando de una actitud de pasividad en el afrontamiento a una actitud de lucha. Como podemos ver en la [Tabla 4](#), al terminar la TCS se produjo un incremento de la presencia de sentido (MLQ-P post = 22), así como la búsqueda de sentido (MLQ-B post = 22), se incrementó el espíritu de lucha (MAC Espíritu de lucha post = 10) y se redujo el distrés ligeramente (Distrés post = 7), así como la esperanza en poder afrontar el cáncer (MAC Fatalismo post = 13) y el afecto positivo (PANAS + = 23). Durante la TCS la paciente se mostró muy activa, acudiendo a las sesiones y realizando las tareas para casa. Respecto a la satisfacción con la TCS la paciente mostró su satisfacción con la intervención y considera que le ha sido útil ([Tabla 5](#)).

Tabla 5*Datos de Opinión Sobre la Terapia Centrada en el Sentido*

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
¿En qué medida le ha parecido lógico este tratamiento?	6	8	10
¿En qué medida le ha satisfecho el tratamiento que ha recibido?	10	9	10
¿En qué medida le recomendaría este tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?	10	9	10
¿En qué medida cree que el tratamiento le ha resultado útil en su caso?	10	9	10
¿En qué medida este tratamiento le ha resultado aversivo?	1	1	1
Ordene por importancia los elementos los elementos del componente del tratamiento que le han sido más útil:	1. Realizar las fuentes de sentido creativas, experienciales y actitudinales	1. Realizar las fuentes de sentido creativas, experienciales y actitudinales	1. Realizar las fuentes de sentido creativas, experienciales y actitudinales. 2. Trasformar una situación sobrevenida en un triunfo personal

Nota: la puntuación va desde 1= nada hasta 10 = muchísimo

Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido mostrar tres estudios de caso en los que se ha aplicado la TCS (Breitbart y Poppito, 2014) adaptada para la población española. En los tres casos, después de la aplicación de la TCS se produjo una mejora de la presencia de sentido en la vida y este incremento se produjo independientemente del nivel de sentido vital que tenían antes de comenzar la intervención. De la misma manera, después de participar en la TCS en los tres pacientes se ha producido incremento de la búsqueda de sentido. Estos resultados son congruentes con los resultados encontrados en los estudios previos sobre la eficacia de la TCS indicando que es eficaz para mejorar el sentido en la vida (Dietrich et al., 2021; Marco et al., 2024; Van der Spek et al., 2017; Vos y Vitaly, 2018).

Respecto al afecto positivo, al finalizar la TCS se produjo un incremento del afecto positivo en los tres casos. Este resultado puede deberse a que cuando una persona siente que su vida está orientada hacia unas metas concretas, que son coherentes con sus valores, y siente que su vida es importante, se produce un estado emocional positivo asociado a la construcción global de sentido. En este sentido, la presencia de sentido y el afecto positivo se ha demostrado que se encuentran altamente relacionados (Guo et al., 2024). Además, también hemos podido observar que tras la aplicación de la TCS se produjo una reducción del estrés, confirmando lo que se ha encontrado en estudios previos indicando que el incremento de la presencia de sentido está relacionado con la reducción del estrés (Dietrich et al., 2021; He et al., 2023).

De la misma manera, tras la aplicación de la TCS se incrementó el espíritu de lucha, y se redujo a sensación de fatalismo. Cuando una persona es consciente de que la vida nos ofrece posibilidades de descubrir sentido, y aprende a materializar fuentes de sentido creativas, experienciales y actitudinales, convirtiendo una situación sobrevenida (por ejemplo, el cáncer) en una oportunidad de descubrir fuentes de sentido, se produce un cambio actitudinal mejorando las estrategias de afrontamiento de la situación sobrevenida. Este resultado se ha visto confirmado en numerosos estudios en los que se ha demostrado que la presencia de sentido ha sido un factor protector en el afrontamiento de situaciones sobrevenidas adversas (Elemo et al., 2024).

De modo general, los resultados encontrados en estos tres estudios de caso son coherentes con el Modelo de Elaboración de Sentido (Meaning-Making Model) (Park, 2010) el cual sugiere que cuando a través de una psicoterapia se produce la elaboración de un nuevo sentido en el afrontamiento de una situación sobrevenida negativa (p. ej. una enfermedad como el cáncer), si este nuevo sentido es congruente con el sentido global del paciente, se produce una reducción del estrés y se genera un estado emocional positivo que permite un mejor afrontamiento de la situación sobrevenida (Park, 2022).

Respecto a la utilidad, satisfacción y aceptación de la TCS, los tres casos mostraron una percepción muy positiva, lógica, muestran un grado elevado de satisfacción, y la recomendarían fuertemente. Además, se observa que les ha sido muy útil, provocándoles una mayor sensación de bienestar al final del tratamiento, recalcando el aumento de fuentes de sentido y la paz interior que logran encontrar. Además, aunque durante la TCS se abordan temas tan complejos como la muerte, el cáncer, el legado que dejaré, el “final”, la TCS no fue considerada aversiva.

Este estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, dado que se trata de una serie de casos clínicos, no se pueden extraer conclusiones de eficacia, ni eficiencia, por lo que describimos en el estudio son sugerencias clínicas que han de ser confirmadas en posteriores ensayos clínicos aleatorizados donde se compare la TCS con otras psicoterapias con suficiente apoyo empírico como es la TCC (Marco et al., 2024). Por otra parte, durante la intervención no se pudieron controlar otras variables que son clínicamente relevantes, como son el nivel de dolor de los pacientes y el apoyo social percibido por los mismos. Además, la psicoterapia se realizó a través de videoconferencia, no presencialmente, y esto podría afectar en los resultados. Futuras investigaciones deberían analizar si existen diferencias en la eficacia de la TCS cuando se realiza presencialmente o a través de videoconferencia. Finalmente, hemos de tener en cuenta que la falta de una definición global e intercultural del sentido de vida y su relación con el bienestar espiritual podría poner de manifiesto la ausencia de un criterio común entre los instrumentos y sus resultados y las bases que guían la intervención de la TCS. Las creencias particulares de cada cultura, su historia y situación actual o las del propio sujeto y su visión subjetiva de conceptos tan abstractos han de tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados (González-Bernárdez, et al., 2023) por lo que es necesario realizar investigación cualitativa que complemente los datos cuantitativos. En este sentido recientemente, Marco y Guillen (2024) han desarrollado la Psicoterapia Basada en el Sentido, en la que además de compartir los principios terapéuticos de la logoterapia, se ayuda a los pacientes a construir sentido en su vida a través de técnicas narrativas y constructivistas como son “el libro de la vida” o la “logo-autobiografía” de manera que se tienen en cuenta la creencias particulares y subjetivas del propio sujeto. La Psicoterapia Basada en el Sentido ha demostrado ser una psicoterapia viable para ser utilizada en poblaciones de habla española (Marco, Gallego-Hernández de Tejada et al., 2024).

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, hemos de subrayar que la intervención fue realizada por psicólogos especialistas en cáncer, se realizó una evaluación antes y después, la aplicación fue muy estructurada siguiendo un manual de la TCS (manual de paciente y manual del terapeuta) y se controló la adherencia al protocolo de tratamiento original del terapeuta, con reuniones mensuales donde se verificaba la adecuada adherencia.

La realización de estudios de caso es necesaria para divulgar y mostrar, desde un punto de vista práctico, las características clínicas de psicoterapias con el objetivo final de que se diseminen los resultados entre los profesionales de la salud mental (Gil-Moncayo y Breitbart, 2013). Dado que la TCS es una psicoterapia poco conocida en los países hispanohablantes, creemos que es necesario la realización de este tipo de estudios.

Como conclusión, queremos indicar nuestros resultados sugieren que la TCS es una psicoterapia que puede ser útil para mejorar el sentido vital (la búsqueda y la presencia) en personas con cáncer, y que la adaptación española de la TCS ha sido percibida como lógica, útil y satisfactoria por los participantes.

Conflicto de Intereses

Los autores indican que no hay conflictos de interés que declarar. El estudio no ha recibido ninguna financiación.

Contribuciones de Cada Autor

Marco, J.H: conceptualización, diseño, metodología, revisión, corrección, artículo final.

Girolamo, M.: Redacción borrador original

Llombart, P.: Investigación, recogida de datos, redacción del artículo original.

Guillen, V.: Investigación, Revisión del artículo final.

Pérez, S.: Diseño, Investigación, recogida de datos, revisión.

Referencias

- Breitbart, W., Lichenthal, W. G., y Applebaum, A. J. (2022). Meaning-centered psychotherapy. En Steel y Carr (eds.). *Psychological aspects of cancer* (399-409). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-85702-8>
- Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichenthal, W. G., Li, Y., Saracino, R. M., Marziliano, A. M., Masterson, M., Tobias, K., y Fenn, N. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*, 124(15), 3231-3239. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
- Breitbart, W. S., y Poppito, S. R. (2014). *Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual*. Oxford University Press.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., Pessin, H., Lichenthal, W., Sjoberg, D., y Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1304-1309. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A. K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., y Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 21-28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>
- Borkovec, T. D., y Nau, S. D. (1972) Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(72\)90045-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(72)90045-6)
- Carreño, D. F. y Eisenbeck, N. (2022). Existential Insights in Cancer: Meaning in life adaptability. *Medicina*, 58(4), 461. <https://doi.org/10.3390/medicina58040461>
- Cleeland, C. S. (2007). Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. *Journal of the National Cancer Institute*, 37, 16-21. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgm005>
- Dietrich N., Estradé A., y Cruzado J. A. (2021). Efficacy of meaning-centered psychotherapy in adult patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psicooncología*, 18(2), 227-244. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.77752>
- Elemo, A. S., Kara, E., y Rostamzadeh, M. (2024). The fear of COVID-19 and flourishing: the mediating role of search for meaning and presence of meaning. *Current Psychology*, 43, 14871-14880. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03872-8>
- Frankl, V. E. (1959/1985). *Man's search for meaning*. Simon & Shuster.
- Gil-Moncayo, F. L., y Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: "Vivir con sentido". Estudio piloto. *Psicooncología*, 10, 2. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2.3.43446
- González-Bernárdez, N., González-César, M., Lores-Moreno, V., Moriconi, V., González-Moreno, J., Cantero-García, M. (2023). Terapia centrada en el sentido en pacientes oncológicos: Una revisión sistemática. *Revista Cuidar*, 3, 15-27. <https://doi.org/10.25145/j.cuidar.2023.03.02>
- Guo, Z., Yang, T., He, Y., Tian, W., Wang, C., Zhang, Y., Liu, J., Liu, X., Zhu, X., y Wu, S. (2024). The relationships between suicidal ideation, meaning in life, and affect: A network analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22, 2805-2824. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01019-9>
- He, X. X., Wang, X. Q., Steger, M. F., Ji, L. J., Jing, K., Liu, M. F. F., y Ye, B. J. (2023). Meaning in life and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 104, 104381. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2023.104381>
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., y Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905-914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>
- Lethborg, C., Kissane, D. W., y Schofield, P. (2019). Meaning and Purpose (MaP) therapy I: Therapeutic processes and themes in advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 17(1), 13-20. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000871>
- Lichenthal, W., Napolitano, S., Roberts, K., Sweeney, C., y Slivjak, E. (2017). Meaning-centered grief therapy. En W. S. Breitbart (Ed.), *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting* (pp. 88-99). Oxford University Press.
- Marco, J. H., Castejón, J., Isern, C., Grau, L., y Pérez Rodríguez, S. (2023). Longitudinal evolution of meaning in life and its relationship with coping strategies in spanish patients with a breast cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 31(7), 424. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07885-2>
- Marco, J. H., Gallego-Hernandez de Tejada, B., Felipe, A., Pérez, V., y Guillen, V. (2024). Meaning-based psychotherapy for participants with depression: A feasibility pilot study. *Journal of Constructivist Psychology*, 38(4), 485-503. <https://doi.org/10.1080/10720537.2024.2446773>
- Marco, J. H., y Guillen, V. (2024). Psicoterapia basada en el sentido: Construyendo una vida con plenitud. McGraw Hill.
- Marco, J. H., Llombart, P., Romero, R., García-Conde, A., Corral, V., Guillen, V., Botella, C., y Pérez, S. (2024). Meaning centered psychotherapy vs cognitive behavioral therapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 55(5), 1071-1083. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.03.005>
- Marco, J. H., Privado, J., Guillen, V., Quero, S., Pérez, S., Baños, R., y Tormo, P. (2022). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de sentido en la vida" (MLQ) en adultos. *Psicología Conductual*, 30(3) 809-826. <https://doi.org/10.51668/bp.8322313s>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, C. L. (2022). Meaning making following trauma. *Frontiers in Psychology*, 13, 844891. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.844891>
- Priede, A., Torres, M. R., Hoyuela, F., y Gómez, A. H. (2014). El termómetro del estrés como prueba de cribado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos recién diagnosticados. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 11(1), 31-44. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44915

- Rodríguez-Mayoral, O., Ascencio-Huertas, L., Verástegui, E., Delgado-Guay, M. O., y Allende-Pérez, S. (2019). The desire to hasten death in advanced cancer patients at a Mexican Palliative Care Service. *Salud Mental*, 42(3), 103-109. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2019.014>
- Rosenfeld, B., Saracino, R., Tobias, K., Masterson, M., Pessin, H., Applebaum, A., Brescia, R., y Breitbart, W. (2017). Adapting meaning-centered psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliative Medicine*, 31(2), 140-146. <https://doi.org/10.1177/0269216316651570>
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Pea, B. E., Scher H. I., y Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82, 1904-1908. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19980515\)82:10%3C1904::aid-cncr13%3E3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10%3C1904::aid-cncr13%3E3.0.co;2-x)
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., y Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Torres-Blasco, N., Castro-Figuero, E. Garduño-Ortega, O., y Costas-Muñoz, R. (2020). Cultural adaptation and open pilot of meaning-centered psychotherapy for puerto rican patients with advanced cancer. *Science Journal of Education*, 8(4), 100-107. <https://doi.org/10.11648/j.sjedu.20200804.12>
- Van der Spek, N., Vos, J., Van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., Witte, B. I., Tollenaar, R. A. E. M., y Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47(11), 1990-2001. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000447>
- Vos, J., y Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative & Supportive Care*, 16(5), 608-632 <https://doi.org/10.1017/S1478951517000931>
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t03592-000>
- Watson, M., Law, M. G., Santos, M. D., Greer, S., Baruch, J., y Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.