

Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia

Marino Pérez Álvarez

*Catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención
Universidad de Oviedo*

*Aparecido y reproducido con permiso de la revista Prolepsis, 2008, 0, 17-43
Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León*

Una nueva generación, ola o look de terapias psicológicas se ha dado de alta en los últimos tiempos (Pérez Álvarez, 2006), refiriéndose en particular a la terapia de conducta y a la terapia cognitiva, a menudo fundidas y confundidas como terapia cognitivo-conductual. Esta tendencia de nuevas terapias conductuales tiene afinidad con terapias tradicionales de otras orientaciones (Pérez Álvarez, 2001). Esta afinidad no se ha de entender como una *caída* de la terapia conductual en el territorio de otras terapias ni tampoco como una mera integración sino, propiamente, como una 'afinidad electiva' goethiana que transforma las formas anteriores en una nueva. Tampoco se trata en rigor de una nueva terapia, nunca vista, en la medida en que contiene saberes conocidos, pero sí de una forma distinta de entender los problemas psicológicos y su tratamiento, más allá de las formas convencionales.

Las nuevas terapia a las que más concretamente me estoy refiriendo son la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Pérez Álvarez, 1996) y a la terapia de activación conductual (AC) (Pérez Álvarez, 2007). La ACT y la AC no son las únicas terapias en esta línea y por su parte la ACT ya no se podría decir que es nueva, en vista de su expansión en los últimos años. De todos modos, estas dos terapias son las que probablemente representan y personifican mejor la nueva ola o como yo preferiría decir en esta ocasión la metamorfosis de la psicología clínica y de la psiquiatría también por lo que le toca.

Claves para la terapia

Dos son, a mi juicio, las claves de estas terapias y aun me atrevería a decir de toda terapia que se precie: el desenredamiento auto-reflexivo y la activación conductual.

En el caso de estas terapias, el des-enredamiento consiste principalmente en la aceptación como alternativa a la evitación (una forma de enredamiento). La ACT contiene la aceptación en el nombre y la AC la incluye en su procedimiento. Por su parte, la activación consiste básicamente en dar a la persona un papel activo en la modificación de las circunstancias de su vida en vez de consumirse en la lucha contra los 'síntomas' (un esfuerzo a menudo contraproducente). La AC contiene la activación ya en el propio nombre y, por su parte, la ACT la incluye bajo el título de compromiso.

La idea es desactivar el proceso auto-reflexivo que caracteriza en buena medida a prácticamente todos los problemas psicológicos y reactivar a la persona sobre un horizonte de posibilidades de manera que recobre el sentido de la vida, es decir, su dirección y significado. Se entiende que éste es un proceso dialéctico, en el que la des-activación o desenredamiento facilita la reactivación o implicación en la vida y ésta facilita a su vez el desenredo auto-reflexivo. Un eslogan de esta idea podría ser 'descentrase de sí mismo y centrarse en la vida', supuesto que hay un punto en el que estar demasiado pendiente de sí mismo es más el camino de un problema que la vía de una solución. Un supuesto adicional es que el escenario donde se desenvuelve

la vida es el mundo dentro del que estás y no el mundo dentro de ti. Si yo soy yo y mis circunstancias, para salvarme a mí, continúa Ortega, tengo que salvar las circunstancias. No hay yo sin circunstancias, esto es, sin estancias circundantes y sin eventuales problemas (contingencia y drama). Contingencia y drama (Pérez Álvarez, 2004) son dos buenos términos para dar cuenta de las vicisitudes de la vida.

La importancia terapéutica *clave* que atribuyo al desenredamiento auto-reflexivo tiene su base en la tesis, más que hipótesis, que yo sostengo acerca del papel decisivo y aun diría causal que una reflexividad excesiva tiene en el desarrollo y mantenimiento de buena parte de la mayoría de los problemas (Pérez Álvarez, 2008).

La hiperreflexividad como condición patológica

La reflexividad excesiva o hiperreflexividad no sería la causa original de los trastornos mentales. Estos derivarían, de acuerdo con la misma tesis, de los problemas de la vida (conflictos, pérdidas, frustraciones, decepciones, incertidumbres, etcétera). Lo que haría la hiperreflexividad es convertir problemas de la vida en trastornos mentales hechos y derechos. La reflexividad es una facultad distintiva y distinguida del ser humano. De hecho, se espera que la gente sea reflexiva y autoconsciente. A menudo, incluso, se echa en falta que alguien no sea más reflexivo que lo que es.

Ahora bien, la reflexividad es paradójica: si por un lado dignifica la vida haciendo a uno autoconsciente, por otro puede que la complique volviendo a uno demasiado consciente de sí mismo. Como advirtiera Nietzsche y así muchos lo han experimentado y dejado escrito, y por cierto muy bien escrito, la conciencia de sí mismo entraña un peligro y una enfermedad. *El hombre del subsuelo* de Dostoievsky, prototipo del hombre psicológico moderno, declara que gran enfermedad es ser demasiado consciente de sí mismo, como enfermos de la conciencia serían Kafka y Pessoa en persona. Así, Pessoa en el *Libro del desasosiego* dice que el mal de la vida es la enfermedad de ser consciente. Estos autores de la literatura modernista anticiparon lo que los psicólogos y psiquiatras actuales describen en la literatura clínica.

La reflexividad excesiva o hiperreflexividad está reconocida en la psicopatología actual a través de diferentes conceptos tales como atención auto-focalizada, rumia ('rumination' en inglés), pensamientos automáticos, meta-cognición, preocupación, auto-observación (como 'espectador de sí mismo' en la terapia sexual de Masters y Johnson), auto-objetivación, autoconciencia y, por supuesto, hiperreflexividad. Yo prefiero el término hiperreflexividad porque sin dejar de tener un sentido psicopatológico, tiene un mayor alcance, cultural y filosófico (como también lo tendría hiper-conciencia), que no tienen los otros, al estar concebidos como meros modelos clínicos.

Dentro de esta variedad de conceptos, se distingue entre autoconciencia privada y pública. Mientras que la autoconciencia privada se refiere a la tendencia a centrarse en los sentimientos y pensamientos de uno en su propio fuero, la autoconciencia pública se refiere a la tendencia a centrarse en los aspectos de uno como objeto social. El punto para la consideración de la autoconciencia privada o pública es la implicación o no de la mirada, reacción o valoración de los demás. La autoconciencia privada supone una atención centrada en los propios eventos privados (sentimientos, pensamientos, sensaciones corporales) y en el análisis de sí mismo (auto-absorción, preocupación), sin que esté especialmente presente la mirada de los otros. Por el contrario, la autoconciencia pública supone una atención sobre sí mismo en función de la mirada de los demás como, por ejemplo, estar pendiente de producir una buena impresión, de la imagen y de lo que piensan acerca de uno. El prototipo de la autoconciencia privada es la rumia de pensamientos y de la pública la auto-objetivación, en la que el propio cuerpo es el objeto de atención dando lugar a la experiencia de ser tratado *como un cuerpo*.

Más en particular, la auto-objetivación se refiere a la internalización de la mirada de los demás sobre uno mismo como objeto sexualmente atractivo, según ocurre en la galopante sexualización de las niñas, como ha constatado un informe de la American Psychological Association (APA, 2007). Las chicas y las mujeres, de acuerdo con este concepto, pueden en alguna medida llegar a verse a sí mismas como objetos apreciados por su atractivo, lo que supone una peculiar perspectiva del yo, conducente a una autoconciencia caracterizada por la continua atención a la apariencia del cuerpo (Fredrickson y Roberts, 1997). La cuestión es que la auto-objetivación puede estar en la base de la cantidad de problemas psicológicos que afectan a las chicas y mujeres de la sociedad actual, entre ellos, la depresión, la ansiedad, la anorexia, la identidad, la autoestima, el bienestar, etcétera.

La hiperreflexividad bajo uno u otro concepto se da prácticamente en todos los trastornos psicológicos. Resulta difícil encontrar un trastorno en el que no participe de alguna manera, si bien es más fácil de percibir en unos que en otros como, por ejemplo, en la depresión y la ansiedad. En otros como la manía, la psicopatía y la esquizofrenia no son tan evidentes aunque no están menos presentes.

La manía, la psicopatía y la esquizofrenia, también

En la manía e hipomanía puede que la rumia tenga un papel tan relevante como en la depresión. La rumia en el caso de la manía consistiría en la focalización en los afectos positivos, pensando acerca de qué feliz, fuerte y enérgico me siento y qué bueno soy. Esta focalización se centra más en el estado afectivo positivo que en las propias habilidades para responder a tal estilo y a las metas asociadas, en lo que el maníaco sería ciertamente irreflexivo, en sentido corriente. La sensación de energía y de buen humor parece servir a las personas maníacas e hipomaníacas como evidencia de que ellas pueden conseguir más.

En la psicopatía, a pesar de que su estilo está orientado externamente y evita la introspección, no por ello deja de consistir en alguna manera de hiperreflexividad. La orientación a la realidad externa, tratando de hacer daño y de aprovecharse impunemente de ello, puede ser en realidad reflejo de una excesiva atención al yo. Así, una excesiva auto-conciencia o auto-sentimiento, sea de frustración u odio o de deseos y ansias, y quizá de ambas cosas, puede estar implicada en la psicopatía. Se podría decir que una excesiva presencia de uno para sí mismo se interpone entre uno y los demás. La egocentricidad que se suele señalar en la psicopatía estaría apuntando a esta consideración. Los psicópatas serían irreflexivos desde el punto de vista de la conciencia social pero hiperreflexivos desde el punto de vista de su egocentrismo.

En la esquizofrenia, la hiperreflexividad se da sobre todo como objetivación mórbida de procesos implícitos del funcionamiento psicológico. De hecho, de acuerdo con una concepción fenomenológica, la esquizofrenia se entiende como un trastorno de la conciencia de sí mismo y del mundo caracterizado por la crisis del sentido común, entendido como la evidencia natural y el mundo dado por hecho. Para un desarrollo de esta perspectiva véase por ejemplo Pérez Álvarez y García Montes (2006).

Donde crece el peligro crece también el remedio

Se podría pensar que la hiperreflexividad es un proceso resultante o concomitante del trastorno, en vez de ser su condición y de tener el papel causal que he sugerido. Estamos deprimidos o ansiosos y entonces rumiamos y nos preocupamos, lo que sin duda también ocurre. Pero la cuestión es que la rumia y la preocupación pueden tener un papel causal, determinante, y no meramente resultante o concomitante. Las personas con un estilo rumiante, si se permite decirlo así, suelen convertir un suceso potencialmente deprimente en una depresión, mientras que los no rumiantes terminan sin tal patologización. Numerosos

estudios muestran que las personas con estilos rumiantes convierten más fácilmente problemas de la vida en depresiones hechas y derechas (Nolen-Hocksema, 2000; véase también Nolen-Hocksema, 2004).

Por su parte, el ‘entrenamiento’ en atención focalizada en sí mismo induce un estado de humor negativo, lo que no ocurre cuando la atención se focaliza en la tarea. Esta diferencia entre la atención focalizada en el yo o en la tarea indica que la reflexividad puede ser patógena o adaptativa. Pero todavía es necesario matizar más. Una reflexividad centrada en sí mismo, pero no analítica, sin tratar de controlar o evitar la experiencia, puede ser adaptativa, mientras que la reflexividad analítica centrada en uno mismo, tratando en este caso de escrutar, controlar o evitar la experiencia, puede ser patógena. El concepto de evitación experiencial de la ACT o de evitación conductual como suele decir la AC es un ejemplo de reflexividad patógena.

El paradójico papel de la autoconciencia señalado antes reaparece en la literatura clínica. La diferencia en el papel de la reflexividad (patógena/adaptativa) sugiere su uso terapéutico. La atención dirigida a la tarea en vez de a sí mismo o dirigida a sí mismo pero en forma no-analítica sino experiencial (tipo aceptación y mindfulness) abre al paso a la solución terapéutica aquí denominada desenredamiento. Una salida del enredamiento autoreflexivo sería tanto más terapéutica en la medida en que vaya acompañada de la activación conductual. Como dice Hölderlin, siguiendo una larga tradición, allí donde crece el peligro crece también lo que lo salva, en este caso, la aceptación de la propia experiencia y/o la reorientación fuera de sí mismo.

Esto nos lleva de la psicopatología a la terapia. Si la hiper-reflexividad juega un papel determinante en la psicopatologización de los problemas de la vida, como se sugiere aquí, entonces el desenredamiento autoreflexivo (dejando de luchar contra los síntomas) junto con la activación conductual (retomando el curso de la vida), se ofrecen como claves de la terapia, desde luego, de estas nuevas terapias que se toman aquí como referencia (ACT y AC) y aun diría de toda terapia, al menos, de toda terapia que no se enrede ella misma en análisis y análisis de experiencias, eventos y procesos psicológicos que, sin duda, sería interminable, cada vez con más espesor y masa psicológica. Esto puede ocurrir en terapias, diríamos, psicologizantes, y ocurre gratis en la vida cotidiana, ella misma psicológicamente reflexiva. La propia cultura clínica mundana actual es ella misma una fuente reflexividad patógena, aun sin pensar solamente en la literatura de auto-ayuda.

Así, pues, la hiperreflexividad no sería sólo un proceso psicológico personal, individual, sino también institucional, colectivo. De hecho, la sociedad moderna se caracteriza por la reflexividad institucional, de acuerdo con Giddens (1994), donde la vida cotidiana incorpora los conocimientos dados sobre algo, modificando su estado inicial. Los trastornos psicológicos, lejos de ser clases naturales, son clases interactivas (prácticas o construidas), de manera que están influidos por los conocimientos que se tienen de ellos y los procedimientos con los que se estudian. Ésta es la razón de que se inventen tantos trastornos mentales haciéndolos pasar como si fueran una enfermedad más cualquiera, una suerte de ‘efecto Charcot’ (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007).

Llave para la superación del modelo médico de psicoterapia

Las claves terapéuticas aquí señaladas: desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual, representan la llave para la superación del modelo médico o del déficit adoptado por la psicología clínica a imagen y semejanza de la psiquiatría, ésta a su vez mimetizándose como especialidad médica que tratara con enfermedades como otras cualquiera. Frente al modelo médico de psicoterapia se propone un modelo contextual con base en la persona. Para la comparación del modelo médico y del modelo contextual de

psicoterapia véanse, por ejemplo, González Pardo y Pérez Álvarez (2007, entradas índice analítico) y (COP, 2008).

Por lo que aquí cabe señalar ahora, el desenredamiento junto con la activación se proponen cambiar la relación que uno mantiene con las contingencias ambientales (relaciones interpersonales, circunstancias personales, etcétera) y con los propios eventos privados (experiencias, pensamientos, etcétera). Así, por ejemplo, la activación conductual dirigida al cambio de la relación que uno mantiene con la “situación depresógena” y que a su vez lo mantiene a uno deprimido, resulta la terapia más eficaz para la depresión (Pérez Álvarez, 2007) y, por su parte, el cambio en la relación con las voces se ofrece como una nueva perspectiva terapéutica de las alucinaciones (Pérez Álvarez, García Montes, Perona Garcelán y Vallina Fernández, en prensa; Veiga Martínez, Pérez Álvarez y García Montes, en prensa). En fin, sin duda estamos en presencia de una nueva generación de terapias psicológicas y probablemente de toda una metamorfosis de la psicología clínica.

Referencias

- APA (2007). Report of the Task Force on the Sexualization of Girls. <http://www.apa.org/pi/wpo/sexualization.html>
- COP (2008). Programa de Formación Continuada a Distancia en Psicología (FOCAD). Tema: Las terapias de conducta de tercera generación, como modelo contextual de psicoterapia [Autor Marino Pérez Álvarez] <http://www.cop.es/focad/>
- Fredrickson, B. L. y Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: toward understanding women's lived experience and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Giddens, A. (1994). Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Península.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Nolen-Hocksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hocksema, S. (2004). *Mujeres que piensan demasiado: cómo evitar los pensamientos repetitivos y vencer la ansiedad*. Barcelona: Paidós.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 15-33.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsikhé*, 5, 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2, 97-110.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as condition in mental disorders: a clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181-187.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2006). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24, 11-29.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Perona-Garcelán, S. y Vallina-Fernández, O. (en prensa). Changing relationship with voices: new therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15.
- Veiga-Martínez, C., Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (en prensa). Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7.