



María Cano
Fundación Universitaria

Vigilada MinEducación

PSICOLOGÍA CLÍNICA UNA PERSPECTIVA HUMANISTA



Fondo Editorial
María Cano

JAVIER TOBÓN R.
CRISTIAN CORREA R.

Javier Tobón R. y Cristian Correa R.

Psicología clínica: una perspectiva humanista

Primera edición, Medellín, Colombia:

© Fundación Universitaria María Cano

Agosto de 2022

ISBN: 978-958-53419-7-5

Tobón R., Javier y Correa R., Cristian

Psicología clínica. Una perspectiva humanista/Javier Tobón R., Cristian Correa R. - 1a. ed. -
Medellín: Fondo Editorial Maria Cano, 2022

286p.; il.; Formato Cerrado: 21x29,7 cm - Formato Abierto: 42x29,7cm.

ISBN: 978-958-53419-7-5

1. Psicología humanística. 2. Psicología clínica. 3. Psicología. 4. Psicopatología. 5. Psicología
aplicada. 6. Psicoterapia humanística. I. Tobón R., Javier. II. Tít.

CDD: 150.1986 / T629

Director Centro de investigación y Desarrollo Empresarial

Nelson Alberto Rúa Ceballos

Jefe Oficina de Comunicaciones

Luis Horacio Escobar Correa

Fondo Editorial María Cano

promocion@fumc.edu.co

Calle 56 n.º 41-90

Telefax: (57) (4) 4025500, extensión 133

Medellín, Colombia

Asesoría editorial

Delio David Arango Navarro

Nota legal

Las opiniones expresadas por el autor no constituyen ni comprometen la posición oficial o institucional de la Fundación Universitaria María Cano.

Todos los derechos reservados. Ninguna porción de este libro podrá ser reproducida, almacenada en algún sistema de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio –mecánico, fotocopia, grabación y otro–, excepto por citas breves en revistas impresas, sin la autorización previa y por escrito de la Fundación Universitaria María Cano.

Fundación Universitaria María Cano

Rector

Hugo Alberto Valencia Porras

Vicerrector académico

Jorge Albeiro Herrera Builes

CONTENIDO

Contexto investigativo de esta obra..... 8

CAPÍTULO 1..... 15

Una historia de doble hélice. 15

CAPÍTULO 2..... 41

Psicología con enfoque humanista..... 41

2.1 La tercera fuerza..... 41

2.2 Los postulados de la psicología humanista: una visión metateórica 47

2.3 Una propuesta revolucionaria para la investigación y la clínica..... 51

2.3.1 La ciencia psicológica desde un enfoque inclusivo e integrador. 52

2.3.2 Una imagen revisada de la humanidad. 53

2.3.3 Crítica a la visión instrumentalista de la persona..... 55

2.3.4 La cognición desde una perspectiva integral. 56

2.3.5 Una mirada sobre el desarrollo. 58

2.4 Un terreno metodológico llamado fenomenología..... 58

2.5 Fenomenología existencial y psicología humanista. 62

2.6 De la fenomenología a la clínica psicológica de enfoque humanista. 66

CAPÍTULO 3..... 73

Sobre la clínica, desde la profesión objetiva hasta una práctica humanizada. 73

3.1 Maslow: una clínica de la realización positiva 78

3.1.1 Privación y amenaza 82

3.1.2 Conflicto-amenaza 83

3.1.3 El trauma y la enfermedad..... 84

3.2 Rogers: una clínica de la relación. 85

3.2.1 La investigación como clínica..... 86

3.2.2 El diagnóstico está del lado del paciente. 92

3.3 Perls: una clínica de la maduración..... 95

3.4 May: una clínica de lo ontológico..... 100

3.4.1 Las características ontológicas: ansiedad versus afirmación..... 102

3.4.2 La meta de la psicoterapia: un acompañamiento comprensivo. 105

CAPÍTULO 4..... 111

El proceso del crecimiento, de lo bueno a lo perfectible..... 111

4.1 Crecimiento de la persona en la aproximación de Maslow. 120

4.2 Crecimiento de la persona en la aproximación de Rogers 127

4.3 Crecimiento de la persona en la aproximación de Perls 137

4.4 Crecimiento de la persona en la aproximación de May 145

4.5 Volviendo al proceso..... 155

CAPÍTULO 5..... 159

Conceptos fundamentales para articular una comprensión de lo psicopatológico.... 159

5.1 Conceptos fundamentales en la propuesta holística-dinámica - Maslow161

5.2 Conceptos fundamentales en el Enfoque Centrado en la Persona – Rogers.....164

5.3 Conceptos fundamentales en Gestalt - Perls..... 168

5.4 Conceptos fundamentales enfoque existencial - May 172

CAPÍTULO 6..... 177

Una aproximación operativa para la comprensión..... 177

6.1 El clínico es ante todo persona 179

6.2 La situación..... 180

6.3 Una referencia operativa 184

6.3.1 Datos personales..... 185

6.3.2 Antecedentes personales médicos..... 191

6.3.3 Psicobiografía..... 194

6.3.4 Constitución familiar 197

6.3.5 Condiciones sociales particulares 198

6.3.6 Motivo de consulta..... 200

6.3.7 Descripción general sobre dimensiones vitales - examen mental..... 203

6.3.8 Sobre el proceso derivado..... 208

6.3.9 Situación terapéutica 210

6.3.10 Apoyos al proceso clínico 210

6.3.11 El encuadre..... 211

6.3.12 Algunas referencias para recordar 213

CAPÍTULO 7...... 217

Sobre el psicólogo clínico con enfoque humanista..... 217

7.1 El psicólogo clínico en Maslow: la calidez terapéutica. 217

7.2 El psicólogo clínico en Rogers: construir una relación de ayuda..... 222

 7.2.1 El terapeuta como investigador 225

7.3 El psicólogo clínico en Perls: el darse cuenta como camino..... 228

 7.3.1 Saberse terapeuta: la frustración como apertura al autoapoyo..... 229

7.4 El psicólogo clínico en Rollo May: sumergirse en el encuentro..... 234

 7.4.1 El encuentro con la tragedia 236

7.5 Conclusiones: apertura, conciencia y confianza 238

CAPÍTULO 8...... 241

Aproximaciones a la clínica humanista en el escenario contemporáneo 241

8.1 La psicología humanista en el plano investigativo 242

8.2 Diálogos con modelos basados en evidencia 246

 8.2.1 Referencias desde lo cuantitativo 249

 8.2.2 Referencias desde lo cualitativo 254

 8.2.3 Retos derivados de la investigación y las prácticas basadas en evidencia 256

8.3 Reflexiones sobre psicopatología en el marco del enfoque humanista 259

8.4 Formulación de caso como alternativa a las narrativas del déficit y centrado en lo intrínseco. 268

REFERENCIAS 272

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Progresión histórica de doble hélice: autores, productos y publicaciones. 18

Tabla 2. Taxonomías dentro de la teoría de las motivaciones 124

Tabla 3. Taxonomías dentro de la teoría del proceso de convertirse en persona 131

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Características de una psicología a la luz de Bugental 50

Figura 2. Puntos de encuentro entre corrientes humanistas y existencialistas 64

Figura 3. Influencias de Goldstein..... 65

Figura 4. Proceso fenomenológico..... 69

Figura 5. Organismo-Proceso-Crecimiento 114

Figura 6. Desarrollo humano 119

Figura 7. Esquema sobre el crecimiento, propuesta desde elementos en Maslow 122

Figura 8. Esquema sobre el crecimiento, propuesta desde elementos en Rogers 135

Figura 9. Esquema sobre el crecimiento, propuesta desde elementos en Perls 142

Figura 10. Esquema sobre el crecimiento, propuesta desde elementos en May 154

Figura 11. Recomendaciones hacia nuevas formas de diagnóstico 262

Figura 12. Elementos de una psicopatología comprensiva desde la formulación de caso 270

Contexto investigativo de esta obra

Se ha dicho que el terapeuta puede cometer los mismos errores durante 40 años y denominarlos una abundante experiencia clínica. (Maslow, 1968, p. 87).

Si el amable lector ha llegado hasta esta página quizá haya tenido una de estas dos impresiones, por un lado, tal vez piense que la obra puede ser un gran adefesio y un atrevido intento de realizar una estructuración –con presunciones de operacionalización– de los postulados del enfoque humanista, por otro lado, querrá seguir adelante atraído por la necesidad y la apertura a considerar una aproximación a la clínica desde el enfoque humanista. También puede haber una tercera opción, la de aquellos lectores que solamente ojearán esta primera página, para ellos y para quienes piensan en desertar de la lectura prontamente, aquí el resumen, introducción y metodología del libro.

Este volumen es un producto de investigación desarrollada en el proyecto *Perspectivas en psicología clínica y psicopatología: delimitaciones conceptuales y estrategias de intervención* adscrito al grupo de investigación Psique y Sociedad, del programa de psicología en la Fundación Universitaria María Cano. Dicho proyecto tiene como objetivo general la exploración de estructuras conceptuales y categorías psicopatológicas en diversos contextos clínicos, así como el estudio de los fenómenos clínicos desde diferentes modelos investigativos y alcances inferenciales, las dimensiones multicausales de lo psicopatogénico y los protocolos de intervención, diagnóstico y tratamiento.

En el caso particular del presente producto, se realizó un acercamiento a la psicología clínica desde una perspectiva humanista y a la psicología humanista desde una perspectiva clínica a fin evidenciar las posibles relaciones y necesarias conceptualizaciones que un psicólogo clínico con enfoque humanista habría de considerar; desde luego, ante la diversidad de enfoques humanistas tanto conceptuales como terapéuticos, se han delimitado los elementos centrales del

libro a las referencias de Abraham Maslow, Carl Rogers, Friedrich Perls y Rollo May, no de toda su producción sino de sus obras más insignes.

Se pretende con esto construir una orientación para la reflexión y práctica en los entornos clínicos procurando una conciliación entre los procesos clínicos tradicionales e institucionales y los énfasis en la situación terapéutica que realiza el psicólogo humanista puesto que, si bien las finalidades clasificatorias no son originarias del humanismo y en general ajenas a él, también las dinámicas actuales de la aplicación de la psicología precisan de ciertos insumos para realizar una lectura psicopatológica diferenciada, y una comprensión y tratamiento de casos clínicos afines al diálogo interdisciplinar. Claro está, que tal como se advierte en Schneider (1998) y Schneider *et al.* (2014), sin perder el romanticismo que equilibra la psicología derivada y mantenida en el positivismo lógico.

Los autores de este libro somos conscientes de que el desarrollo de la psicología desde su formulación moderna como ciencia, hasta su aplicación contemporánea como disciplina y profesión, ha demandado diversas transformaciones epistemológicas con sus respectivos impactos en las definiciones, modelos y paradigmas. En este marco, la psicología se ha visto intervenida y se ha hecho interventora de otros discursos desde los que se presume una mejor respuesta al objeto de estudio.

Dentro de tal transformación, vemos la necesidad de volver a las fuentes del enfoque humanista en psicología para rastrear la forma en que desde allí se ha aportado a la construcción de la clínica, al tiempo que se pueda delimitar y clarificar el alcance y perspectivas futuras de la misma. Esta vuelta a las fuentes la reconocen Bland y DeRobertis (2020) como una cuarta ola de la psicología humanista, que se desarrolla desde el 2000 hasta la actualidad y que se caracteriza por realizar una revisión y una reconciliación con las raíces de la psicología humanista y establecer diálogos con la psicología convencional.

La tercera fuerza en psicología, que se adjetivó humanista, propuso una aproximación al hombre desde la integración de sus diferentes dimensiones, a saber,

procesos psicológicos, naturaleza biológica, instintos, emociones y pensamientos, ontología, relaciones, y muchos otros temas existenciales. En consecuencia, realizó también una nueva forma de intervenir dentro del escenario clínico psicológico y epistemológico con claros desacuerdos con los métodos y conceptualizaciones utilizadas en la intervención psicológica que se realizaba hasta ese momento.

Esa disrupción en la historia de la psicología, sugirió a los humanistas fundadores que las intervenciones en psicoterapia podrían realizarse desprovistas de orientaciones teóricas, bajo la argumentación de no someter a las personas a clasificaciones reduccionistas, parcializadas y arbitrarias, sin embargo, esto llevó también a que el desarrollo de la psicología humanista tomara cierta distancia con los avatares y transformaciones que se derivarían en la contemporaneidad, dados los nuevos problemas humanos y la necesidad de respuestas con una mirada en la que se integraran las demandas sociales y las posibilidades tecnológicas.

Con lo anterior, en un escenario clínico con enfoque humanista, los estudiantes, docentes, investigadores y psicólogos se enfrentan a la necesidad de operacionalizar, clasificar e identificar constructos que sean susceptibles de intervenir empíricamente dadas las condiciones de validez y confiabilidad que se demanda en el sistema de salud actual; problemática frente a la cual, este libro recoge elementos para el análisis y organización de un discurso clínico, estructurado y replicable, útil en alguna medida para responder a las demandas académicas y sociales.

No significa que lo aquí presentado defienda y reivindique la cosificación y reduccionismos de lo operativo, asunto con el que lecturas contemporáneas del humanismo psicológico difieren, sino que puede ayudar a conciliar una historia que en algunas mentalidades es irresoluble, ya que como lo indican Aanstoots *et al.*, “estos fundadores no pretendían descuidar las aspiraciones científicas; más bien, buscaron influir y corregir el sesgo positivista de la ciencia psicológica tal como estaba entonces” (2000, p. 8).

Para tal fin, este libro presenta una aproximación a la psicología clínica desde una perspectiva humanista mediante la delimitación de algunos postulados fundacio-

nales y, dentro de ellos, de conceptos y orientaciones que incidan en la práctica del clínico. Sin embargo, dado que esta investigación no es exhaustiva en la literatura, pues no agota todos los momentos en la producción científica, ni considera a todos los autores y enfoques posibles, lo aquí expuesto debe entenderse como un insumo básico, orientador, de carácter relativo, perfectible y falsable.

En la organización y contenido de los capítulos se ha mantenido un principio regulador: que las personas pueden ser comprendidas en términos de cómo se experimentan a sí mismos y no sobre la base de observaciones externas y mediciones clasificatorias. Por lo anterior, esta propuesta de una clínica con perspectiva humanista no se presenta como una estrategia de clasificación de las individualidades o con el ánimo de establecer una ruta diagnóstica con elementos invariables, definitivos y exhaustivos de la experiencia humana, sino que propone conceptualizaciones y lógicas que describen, en cierta medida, fenómenos que pueden aparecer en algún grado en el escenario clínico y pueden por tanto ayudar al psicólogo a ampliar su perspectiva frente a una totalidad compleja.

El centro argumentativo de los ocho capítulos en los que se organiza este libro ha sido resultado de un estudio con enfoque hermenéutico e interpretativo, con categorías conceptuales como: historia de la clínica (capítulo 1); psicología humanista (capítulo 2); clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento humanista (capítulo 3); persona, proceso, crecimiento (capítulo 4); conceptos fundamentales (capítulo 5); operacionalización y comprensión (capítulo 6); psicólogo y terapeuta (capítulo 7); fenomenología y clínica contemporánea (capítulo 8).

Las revisiones de bases de datos y fuentes documentales diversas, permitieron seleccionar la literatura más significativa, y a partir de allí las principales unidades de análisis, que han sido los libros que cimentan o sintetizan el pensamiento de cada uno de los autores referidos como fundadores, sin ser los únicos, pero sí los más visibilizados: Maslow, Rogers, Perls y May.

La sistematización y control para el análisis de la información se soportó en guías de análisis de literatura, guías para la estratificación de estudios, fichas

de lectura y procedimientos para la jerarquización y análisis de fuentes; y sirvió para realizar la elaboración de estructuras conceptuales, categorías, subcategorías, códigos, memos y comentarios. Lo que hace que esta obra sea producto de un proceso de investigación cualitativa cuya validez se contrasta en las fuentes primarias y con la convergencia de los pares expertos que han acompañado desde la evaluación y realimentación el producto final.

No se trata de evaluar la presencia de las diferencias individuales sino de evaluar las necesidades de acompañamiento y los recursos con que cuentan los actores para tal camino de bienestar. No se busca diagnosticar una entidad clínica que enmascara toda la personalidad, sino de observar, detallar y considerar procesos de la experiencia humana que covarían y concluyen en el sufrimiento de una persona, y por último, no se pretende proponer estrategias para intervenir rígidamente una sintomatología que debe ser suprimida a la luz de una normalidad predefinida, sino de hacer énfasis en aspectos ontológicos y en general de la experiencia humana, que de no incorporarse en un plan de tratamiento, la experiencia clínica puede resultar reducida y fragmentadora.

Instamos a la comunidad psicológica y de otras disciplinas que puedan reconocer cierta utilidad en este material, para que, con actitud crítica y constructiva, se apropien de estos resultados de investigación, los exploren, ponderen, evalúen, mejoren y descarten según el caso, y desde luego, puedan contactar a los autores para dar sus realimentaciones de cara a la construcción colectiva del conocimiento.

Capítulo 1.

Una historia de doble hélice

En el presente capítulo se propone una relación entre los momentos estructurantes de la psicología con enfoque humanista y los momentos, igualmente configuradores, de la psicología clínica. Para este fin, se listará una serie de referencias temporales cruzadas que permiten establecer conexiones virtuales entre estas corrientes, y sugerir así un desarrollo histórico en *doble hélice*. Esta figura metafórica representará la prolongación en paralelo de dos movimientos que giran alrededor de lo psicológico, lo humano y lo científico, con pares de base que sirven como conexión de una orientación con otra.

Por ello, cada fecha que señala la vida de un personaje, la publicación de una obra, un suceso social y la propuesta académica de lado y lado, sirve como enlace, como moléculas conectoras, a través de las cuales se descubre la incidencia, algunas veces cercana y otras lejana, pero definitivamente posible. Se podrán advertir, en la medida que se profundice en cada fecha, puentes o vasos comunicantes de los que se alimenta uno y otro lado.

El origen y fin último de la doble hélice se puede extender en el tiempo, tanto cuanto se logren asociar conceptos y sentidos epistemológicos susceptibles de conectar con la psicología moderna y sus fuerzas consecuentes. El futuro de esta relación no se puede predecir, aunque los vínculos existentes y otros nuevos sí se pueden proponer. La revisión sistemática y constante de tales tradiciones es necesaria para proyectar posibilidades y entelequias, y sobre todo para visibilizar las bases comunes y fundantes en la historia del pensamiento.

Rastrear las raíces de una historia de la psicología clínica y de una psicología humanista, siempre que se quiera ser exhaustivo, pasa por asignar significados a los más lejanos eventos, en los cuales se vislumbran luces y reconocen se-

millas, desde luego no intencionales, que prepararon el terreno de las actuales configuraciones.

Así, por ejemplo, si se quiere hacer una historia de la clínica como ejercicio de diagnóstico y tratamiento, sería posible buscar en la tradicional época de Hipócrates, en el siglo IV a. C., una observación de la conducta, delimitación de síntomas, clasificación psicopatológica y correspondientes intervenciones para reencausar los padecimientos del cuerpo y del alma (Peláez, 2012).

Del mismo modo, en la figura y elaboraciones de Hipócrates es posible leer un enfoque humanista, así como lo referencia Goic (2004) para quien Hipócrates, el médico de Cos, es uno de los grandes médicos humanistas en tanto que se rescata al hombre de las fuerzas esotéricas y se ubica el padecimiento en la totalidad antropológica, reivindicando la humanidad y materialidad de lo psicológico y la responsabilidad o participación del individuo en la elaboración histórica de su enfermedad.

Dar un paso adicional en la historia, le permite a Orange (2012) presentar la psicoterapia en el espíritu socrático, entendiendo que la búsqueda del conocimiento y el diálogo con la ignorancia como supuesto, sirvió a médicos, filósofos, y hoy a psicólogos de todas las orientaciones, para hacerse a una herramienta metodológica y una actitud personal con la cual explorar y acompañar los fenómenos clínicos.

También se podrían realizar lecturas intencionadas en cada personaje y suceso de la historia de las ideas y extraer con cuidado lo que favorezca a los fines argumentativos, posibilidad hermenéutica que no es extraña dada la intimidad del objeto psicológico con los objetos de la filosofía de donde deriva la primera, o como lo señala Rodríguez (2011), la filosofía como contexto de justificación y validación para una psicología que explica, comprende y aplica.

Además de las figuras griegas, la historia presenta como personaje articulador a Tomás de Aquino (Oviedo, 2019) de cuya filosofía volverá a emerger la

reflexión sobre el cuerpo y el alma como una totalidad, con su respectiva implicación en la psicopatología clínica como se evidencia desde Krapf (1943) hasta Polaino Lorente *et al.* (2017) y a quien Maritain presentó en 1944 como el filósofo que rescata al hombre y lo vuelve a ubicar en el corazón de la existencia. “Estoy persuadido que santo Tomás de Aquino es, para emplear una palabra de moda hoy, el más existencial de los filósofos” (Maritain, 2003, p. 2). Atiéndase aquí que toda la tradición existencial ha nutrido a la psicología de enfoque humanista, y del lado clínico, Tomás de Aquino aportó a la descripción de la manía (ira patológica), las psicosis orgánicas (pérdida de memoria) y la epilepsia (Belloch *et al.*, 2008).

Posteriormente se reconoce en la figura de Renato Descartes (Feijoo, 2004) un punto de partida epistemológico para lo que se convertirá en una psicología clínica que se soporta en el método, la objetividad, la sistematicidad, la revisión y la replicabilidad. A pesar de su aproximación dualista en la comprensión del hombre versus una integración humanista en psicología, con el protagonismo que da a la razón, presenta la posibilidad de elaborar la subjetividad, el pensamiento como esencia y derivado de ello el hombre configurador de su realidad (Henao, 2013; Cebrecos, 2014).

En general, toda la filosofía moderna desde Descartes hasta Kant, pasando por Locke, Hobbes, Spinoza, Leibniz, Bacon, Kant, Hegel, Hume y Berkeley, por nombrar algunos pensadores, promovió la revolución epistemológica que dio como resultado la emergencia de los paradigmas sobre los que las nuevas ciencias, entre ellas la psicología, debió soportarse; así que, como se puede ver en Chacón (2009) y Kasey (2016), la historia actual de la psicología debe encontrarse con dichos autores, pues transversalizan la conceptualización, tanto de las dinámicas experimentales de la psicología clínica como el debate de los reduccionismos que realizaron en el siglo XIX –y en favor de un enfoque humanista– figuras como Kierkegaard, Husserl, Heidegger y Jaspers.

En el albor del siglo XX se constituyeron el ambiente intelectual y las organizaciones institucionales necesarias para el florecimiento de la psicología, su

aplicación clínica y el enfoque humanista. A continuación se proponen eventos que, sin ubicarse en días concretos sino en años de referencia, coinciden y se influyen en formas de difícil rastreo, pero dada su importancia, cocrean y co-construyen la psicología como se conoce hoy.

Cada una de las fechas a continuación, además de ser halladas en las obras de su respectivo autor, convocan documentos de suma importancia para esta investigación, tanto para la historia de la psicología clínica (Fernberger, 1932; Watson, 1953; McKeachie, 1976; Bernstein y Nietzel, 1982; Madsen, 1988; Green, 2010; Durán *et al.*, 2007; Sánchez, 2008; Schultz y Schultz, 2011; All Psych, 2018) como para la historia de la psicología humanista (Penuel, 1972; Cobos, 1986; Villegas, 1986; Madsen, 1988; DeCarvalho, 1990; Miguelez, 1993; Wertz, 1998; Aanstoos *et al.*, 2000; Schneider, 2011; Camino, 2013; Henao, 2013; Schneider *et al.*, 2014).

Tabla 1.

Progresión histórica de doble hélice: autores, productos y publicaciones

Psicología clínica	Año	Psicología de enfoque humanista
Johann Herbart, filósofo y psicólogo, publica <i>Psychologie als Wissenschaft</i> (Psicología como ciencia) obra con la que allana el camino a la psicología científica desarrollada en Alemania. En esta propuesta se compilan las discusiones de Hume, Kant, Locke, Berkeley y Descartes; que más tarde harán eco en figuras como Hermann Von Helmholtz, Hermann Ebbinghaus, Elías Müller, Theodor Fechner, Alexander Bain y Franz Brentano, Ernst Mach, Richard Avenarius, entre otros.	1824	En el apogeo de los sanatorios o asilos para enfermos mentales, el psiquiatra Jean Vinchon, publica <i>El arte y la locura</i> obra con la que promoverá un trato humanitario y estrategias apropiadas posteriormente por los enfoques humanistas para técnicas arteterapéuticas. Seguidamente a esta obra se establecen las terapias ocupacionales desde el baile, la música, el teatro y otras artes que han sido acogidas con fuerza en la psicología humanista.

Periodo en el cual el positivismo estaba en auge, sin embargo, seguían marcadas las discusiones entre las epistemologías racionalistas y empiristas en torno a la psicología desde su versión filosófica.	1844	Kierkegaard publica la obra <i>El concepto de la angustia</i> . Este autor es considerado el padre del existencialismo, no solo por sus escritos sino por su forma de vida. Nace Friedrich Nietzsche, filósofo de cuya obra se tomarán elementos conceptuales sobre la imagen del hombre, su libertad, valores personales, pasión por la vida y otras propuestas del vitalismo.
Herbert Spencer publica <i>Principios de la psicología</i> , obra con la que insiste en el carácter científico de la psicología y una integración de conocimientos soportados en leyes científicas que sinteticen y expliquen la conducta humana. Wilhelm Wundt se encuentra estudiando medicina y realizando prácticas de asistencia clínica, en esta experiencia se afianza su interés por profundizar en la fisiología y la psicología fisiológica.	1855	Muere Søren Kierkegaard.
Nace Sigismund Schlomo Freud, padre del psicoanálisis, desde donde se aportarán amplias nosologías e hipótesis a la clínica psicológica y a la psiquiatría.	1856	Georg Voigt, historiador y filólogo presenta la palabra humanismo como el periodo histórico en el marco del Renacimiento, que vuelve su mirada a la antropología y al hombre en general, desde las artes, las letras y las ciencias.
Charles Darwin publica <i>El origen de las especies</i> por medio de la selección natural o la preservación de razas favorecidas en la lucha por la vida obra con la que se sientan las bases de una aproximación mecanicista, biologicista evolucionista e instintiva de la vida humana, criterios importantes para una clínica y psicología experimental.	1859	Nace Edmund Husserl, padre de la fenomenología, propuesta filosófica que dará contenido y metodología a todos los enfoques humanistas.
Gustav Fritsch y Eduard Hitzig presentan la teoría sobre la localización de centros motores en el cerebro mediante estimulación eléctrica.	1870	Nace Alfred Adler, quien se aparta del psicoanálisis para fundar la psicología individual, mediante la cual recupera una mayor capacidad consciente para el individuo de responsabilidad en su elaboración de sentido de vida y de la fuerza del yo.
Wilhelm Wundt publica <i>Principios de psicología fisiológica</i> que será la fuente para que, con Edward Titchener, se funde el estructuralismo.	1874	Nace Max Scheler, quien con sus producciones en filosofía y psicología permitirá al humanismo elaborar reflexiones antropológicas sobre ética y sentido de la vida.
Stanley Hall recibió en la escuela de medicina de Harvard el primer doctorado en Psicología de América.	1878	Nace Martin Buber, quien aportará las bases para la epistemología de la psicología rogeriana. Nace Kurt Goldstein, quien con la Teoría organísmica sentará las bases al enfoque humanista de lo organísmico como un todo.
Wilhelm Wundt funda el primer laboratorio experimental de psicología.	1879	Fiódor Dostoyevski publica la obra <i>Los hermanos Karamazov</i> que, junto con la literatura existencial de Sartre y Camus, será considerada una fuente literaria de análisis psicológico profundo de la existencia humana.

Francis Galton publica <i>Investigaciones sobre la facultad humana y su desarrollo</i> , obra que será precursora de la investigación y el psicodiagnóstico con instrumentos psicométricos. Posteriormente, en 1884, creará el primer centro de pruebas mentales en Londres.	1883	Nace Karl Jaspers, quien revolucionará la psiquiatría al incorporar en sus planteamientos psicopatológicos elementos del existencialismo y de la fenomenología.
Se celebra en París el primer Congreso Internacional de Psicología Experimental, lo que dio paso a la difusión de la psicología y la convocatoria a psicólogos e investigadores de todas partes del mundo.	1889	Nace Martin Heidegger, representante del existencialismo fenomenológico. Con las reflexiones sobre el ser y las posibilidades de la existencia, desde la elección y la responsabilidad, presentará grandes elementos teóricos para argumentar y describir fenómenos expresados en la clínica humanista.
William James publica el libro <i>Principios de la psicología</i> , con lo que se fundan nuevos aportes a la psicología científica.	1890	Con la propuesta de James se avanza en el estudio del Self, que ya había sido tratado en la filosofía, pero ahora está en el plano la psicología, este autor será precursor de las teorías del Self ampliadas por los humanistas.
Franz Boas y Hugo Münsterberg, por separado, preparan las primeras pruebas para medir habilidades en niños.	1891	Nace Erwin Straus, psiquiatra que propondrá, media década después, la necesidad de elaborar una psicología fenomenológica.
Se funda la Asociación Americana de Psicología con Stanley Hall como primer presidente.	1892	Nace Jacob Moreno, quien será propulsor de la terapia de grupo y de quien se tomarán los elementos psicodramáticos para los grupos terapéuticos de enfoque humanista.
Se realiza la primera edición de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) que se usará en el escenario médico y clínico de la psicología.	1893	Nace Charlotte Buhler, psicóloga que ayudará al desarrollo de la psicología humanista con la teoría sobre los objetivos de vida. Será también presidenta de la Asociación Americana de Psicología Humanista (AAPH) en 1965 y 1966. Nace Fritz Perls, creador de la psicoterapia gestáltica.
Margaret Floy Washburn, luego de dieciséis años del primer doctorado en América, es la primera mujer en recibir un título de doctorado en Psicología, esta vez bajo la dirección de Titchener.	1894	Nace Aldous Huxley, escritor cercano a Maslow y quien escribirá sobre la posibilidad del uso de psicodélicos para alcanzar experiencias cumbre. Wilhelm Dilthey, que viene de la filosofía, publica el libro <i>Ideas acerca de una psicología descriptiva y analítica</i> en la que indica que la psicología debe basarse en la comprensión y con ello dispone el terreno para criticar los reduccionismos analíticos con los que luchará la tercera fuerza.
Cattell y Baldwin fundan el <i>Journal Psychological Review</i> para divulgar teorías psicológicas. Allí publicarán figuras tan importantes como William James y Wilhelm Dilthey.		
Breuer y Freud publican <i>Estudios sobre la histeria</i> obra que propondrá una revisión a las teorías médicas, en pro de una clínica analítica. Alfred Binet es nombrado director del laboratorio de psicofísica de La Sorbona y funda la primera revista francesa de psicología: <i>l'Année Psychologique</i> .	1895	Nace Gardner Murphy, prolífico autor en psicología, quien, en el contexto del humanismo psicológico, escribirá sobre temas asociados a la consciencia y el potencial humano.
Jhon Dewey publicará un artículo sobre el arco reflejo en psicología, que será fundamental para la fundación de la psicología funcionalista. Lightner Witmer funda la primera clínica psicológica, en la Universidad de Pennsylvania.	1896	Nace Jean Piaget, quien fundará la orientación constructivista a la cual la psicología humanista le reconoce la participación activa del individuo en sus procesos de aprendizaje, según el desarrollo.

Se inicia en la clínica de Witmer la oferta de cursos de formación en psicología infantil.	1897	Nace Gordon Allport, quien aportará con las teorías sobre la personalidad y la libertad humanas desde la autonomía funcional. Nace también Wilhelm Reich, psicoanalista que aportará elementos del análisis de la dimensión corporal dentro de la psicoterapia gestáltica.
Edward Thorndike desarrolla la teoría de la Ley del efecto en la que describe que la cadena del estímulo-respuesta se fortalece, si el efecto es positivo para el organismo.	1898	Norman Triplett publica el primer estudio de psicología social, situación que prepara el terreno a Kurt Lewin y con ello las teorías de campo, retomadas en la teoría de campo fenoménico en la Gestalt.
Nace Margaret Alice Kennard, neuróloga que establecerá las relaciones entre las lesiones cerebrales y la funcionalidad neuropsicológica, criterios de diagnóstico para la psicología clínica.	1899	William James publica <i>Talks to Teachers on Psychology: and to Students on Some of Life's Ideals</i> , obra en la que pretende ayudar a los profesores a comprender y empatizar con la vida mental de un alumno como una especie de unidad activa.
Sigmund Freud publica <i>La interpretación de los sueños</i> obra fundamental para la fundación de la clínica y el método psicoanalítico. William Stern publica algunos trabajos sobre la tarea del psicólogo, y la necesidad de sistematización y pluralismo para la época.	1900	Muere Friedrich Nietzsche y nace Erich Fromm, los escritos de estos autores serán fundamentales en la comprensión de temáticas existenciales como la libertad y la muerte.
Se funda la Sociedad Británica de Psicología, responsable por la promoción de la excelencia y la práctica ética en la ciencia, educación y aplicación de la disciplina. Edward Titchener presenta la propuesta del estructuralismo mediante la obra <i>Manual of Experimental Psychology</i> . Nace Jacques Lacan, quien, aunque no propenderá por una clínica científica, elaborará, al igual que Freud, amplias teorías e hipótesis sobre los psíquico y su lugar en la clínica analítica.	1901	Husserl publica <i>Investigaciones lógicas</i> , obra en la que se opone al psicologismo como forma mecánica de entender la producción del conocimiento y se olvida de esa manera de la conciencia.
Nace Erik Erikson que contribuyó desde el psicoanálisis a la psicología del desarrollo.	1902	Nace Carl Rogers, uno de los pioneros de la psicología humanista.
Watson recibe su doctorado en Psicología en la Universidad de Chicago, con temática asociada a la educación de los animales (ratas).	1903	Nace Medard Boss, psiquiatra suizo que realizará grandes aportes a la psicología existencial.
Alfred Binet comienza su trabajo en la escala de inteligencia por participar en un grupo designado por el ministerio de educación francés para analizar la situación en los centros escolares. Nace B. F. Skinner, figura insigne en la orientación conductual de la clínica psicológica y la psicología en general.	1904	Nace Robert White, que, aunque no fue psicólogo humanista, su trabajo impulsó la modificación de la psicología académica y al psicoanálisis, preparando el espacio para el nacimiento de la tercera fuerza.
Se publica la prueba de inteligencia de Binet-Simon Freud publica <i>Tres ensayos para una teoría sexual</i> con la que se revoluciona la comprensión del desarrollo infantil y su acompañamiento clínico.	1905	Nace Jean Paul Sartre, de cuyos escritos existencialistas se retomarán conceptos asociados a la libertad, responsabilidad, elección, decisión y otredad. Nace Viktor Frankl, promotor de la psicoterapia de enfoque existencia y creador de la logoterapia.

Ivan Pavlov publica los primeros estudios sobre condicionamiento clásico. Se funda el Journal de psicología anormal.	1906	Nace Hadley Cantril, investigador en psicología que realizó aportes a la psicología humanista y a quien se asigna ser el primero en utilizar el término psicología humanística. Nace Emmanuel Lévinas, filósofo existencial teológico de quien se retomarán reflexiones sobre la ética, la otredad, el encuentro, el diálogo, entre otros.
Lightner Witmer funda la escuela-internado en la que se desarrollan prácticas que conformarán lo que se denominará psicología clínica. Además, funda la primera revista de psicología clínica: Psychological Clinic.	1907	William James publica <i>The Energies of Men</i> , obra con la que se preparará el terreno para el estudio de las motivaciones humanas, el amor y la creatividad retomadas por Maslow.
Clifford Whittingham Beers, publicó la obra <i>A Mind That Found Itself</i> , obra con la que se ponen en evidencia las condiciones de los enfermos mentales y se inicia una renovación del sistema de atención sanitaria. Vineland Training School ofrece el primer internado clínico.	1908	Nace Simone de Beauvoir, quien explorará reflexiones sobre la psicología femenina y existencial. Nace Maurice Merleau-Ponty, psicólogo importante dentro de la psicología de enfoque existencial por realizar exploraciones a una psicología fenomenológica. Nace Abraham Maslow, principal impulsor de la psicología humanista.
William Healy funda el Chicago Juvenile Psychopathic Institute centro especializado en la orientación infantil.	1909	Nace Rollo May, cofundador de la psicología humanista y principal promotor de la psicología existencial en Norteamérica.
Henry Herbert Goddard publica la traducción inglesa de la revisión de 1908 de la escala de inteligencia Binet-Simon.	1910	Nace Robert Hartman, psicólogo que aportará a la literatura humanista desde el estudio de la axiología. Muere William James.
Hermann Rorschach inicia la creación de las pruebas de asociación proyectivas.	1911	Alfred Adler funda la Sociedad de Psicología Individual, este autor explorará el concepto de fuerza de voluntad fuerza impulsora del potencial, que se asemejará a la fuerza de autorrealización en Maslow. Muere Dilthey, quien se preocupó por la hermenéutica y la comprensión de los fenómenos humanos desde un paradigma diferente al de las ciencias sociales, es considerado por Martínez (1992) como el auténtico iniciador de la psicología humanista.
William Stern desarrolló la fórmula original para el coeficiente intelectual IQ, luego de estudiar los puntajes de los test de inteligencia de Binet. Max Wertheimer publicó investigaciones sobre la percepción del movimiento, sentando las bases para el inicio de la psicología Gestalt.	1912	Nace Ramona Berine, conocida como la revolucionaria silenciosa, miembro de la AHP desde sus inicios, admirada por establecer un diálogo entre los humanistas americanos y la psicología rusa. Ella presentó los escritos de Maslow a Dmitry A. Leontiev.
Emil Kraepelin, uno de los más influyentes psiquiatras alemanes, publica los trabajos de Lecciones de psiquiatría clínica. John Watson publica Psychology as a Behaviorist Views It.	1913	Max Scheler publica la obra <i>Esencia y formas de la simpatía</i> que servirá a los humanistas como inspiración para la exploración de las emociones del ser humano. Karl Jaspers publica la gran obra <i>Psicopatología general</i> , que aporta desde la fenomenología a la clínica humanista y a la clínica general.

Para esta fecha ya existían en Estados Unidos más de veinte clínicas de atención y orientación, todas inspiradas por Witmer. Se publica el primer informe del Comité Académico para el Estatus de la Psicología.	1914	Rogers se muda con su familia a una granja para alejarse de la ciudad, en este espacio se acerca a la exploración de las plantas y el comportamiento de los animales, además de la conducta humana lo que luego le permite desarrollar su obra en relación con la personalidad.
La APA inició un estudio de las calificaciones de los examinadores mentales. Para esta fecha ya se usaban las pruebas para medir las aptitudes en participantes y actores de la Primera Guerra Mundial.	1915	Nace James Bugental, uno de los principales exponentes de la psicología existencial y humanista.
Lewis M. Terman publica su versión de las pruebas de inteligencia Stanford-Binet.	1916	Martin Heidegger conoce a Husserl, a partir de lo cual desarrollará la fenomenología existencial, uno de los principales marcos conceptuales de la psicología existencial.
Los psicólogos clínicos se separan de la APA y forman la American Association of Clinical Psychology (AACP).	1917	Muere Franz Brentano, fenomenólogo considerado por algunos como un precursor de la psicología humanista.
Finaliza la Primera Guerra Mundial, contexto del desarrollo de instrumentos y pruebas utilizadas en la psicología clínica. Para esta fecha se habían consolidado las fichas de la prueba de Rorschach.	1918	Charlotte Buhler, pionera del enfoque humanista, recibe el doctorado en Psicología en Munich.
La Asociación Americana de Psicología desarrolló una división de psicología clínica, por lo cual se vuelven a vincular algunos de los clínicos que se habían separado en 1917.	1919	Karl Jaspers publica la obra <i>Psicología de las concepciones del mundo</i> con la cual realiza una aproximación existencial a la psicopatología clásica.
Se publica el experimento de Watson sobre el pequeño Albert. Muere Wundt.	1920	Inicia la divulgación de las investigaciones de Charlotte Buhler sobre la realización personal y la consecución de metas.
Se publicó por primera vez el test de Rorschach. Ernst Kretschmer presenta el enfoque biotipológico del temperamento.	1921	Allport recibe su doctorado en Psicología con la tesis dedicada a los rasgos de personalidad.
Nace Jacob Cohen, pionero de los métodos de investigación y análisis estadísticos en la psicología y otras ciencias. Max Wertheimer, publica la obra <i>Estudios en teoría de la psicología Gestalt</i> .	1923	Crisis económica en Estados Unidos, situación que obliga a la sociedad y la academia a reconsiderar una reflexión sobre lo social y lo humano. También se publica la obra <i>¿Qué son los valores?</i> de Ortega y Gasset. Nace Clark Moustakas, experto en psicología humanista y psicología clínica.
Se organiza la Sociedad Americana de Ortopsiquiatría, con un enfoque especial en la orientación de niños.	1924	Carl Rogers se gradúa de Licenciatura en Historia de la Universidad de Wisconsin.
Wolfgang Kohler publica <i>The Mentality of Apes</i> , obra con la que da nuevos componentes para la fundamentación de la psicología Gestalt. Nace Albert Bandura.	1925	John Dewey publica <i>Experience and Nature</i> , libro en el cual se describe como un humanista naturalista, allí reconoce al ser humano como alguien que estando en el mundo se reconstruye y crece en la interacción.

Muere Emil Kraepelin, psiquiatra que revolucionó la psicopatología con la gran cantidad de descripciones y explicaciones de múltiples trastornos mentales.	1926	Jan Christiaan Smuts publica <i>Holism and Evolution</i> , fuente documental que será reconocida por Rogers como una elaboración anterior a la suya, sobre la tendencia holística. Víctor Frankl usa por primera vez el término logoterapia.
Anna Freud publica su obra sobre el psicoanálisis del niño, importante para la clínica psicológica con esta población. Ivan Pavlov publica la obra sobre los reflejos incondicionados. Morton Prince funda el Centro de Psicología Clínica de Harvard. Bronner, Healy publica el Manual de pruebas individuales y pruebas mentales ampliamente usado en la psicología clínica. Frederic Lyman Wells publica <i>Test mentales en la práctica clínica</i> en la que realiza un análisis crítico al uso de las pruebas en tal escenario. Muere Edward Titchener.	1927	Martin Heidegger publica <i>El ser y el tiempo</i> , obra que será fundamental para la corriente existencial en psicología. Carl Rogers inicia su ejercicio como psicólogo en el Institute for Child Guidance, puesto que ingresa al programa de Psicología de la Universidad de Columbia. Fritz Perls inicia sus trabajos con Kurt Goldstein, a la vez asiste a los seminarios de Wilhelm Reich.
Wolfgang Kohler publica <i>Gestalt Psychology</i> , obra dedicada a realizar una sistematización de la psicología Gestalt y una crítica al behaviorismo. Watson y MacDougall publican <i>The battle of behaviorism: An exposition and an exposure</i> .	1929	Fecha en que se da la gran depresión en Estados Unidos. Este fenómeno será un pretexto para repensar el hombre en su perspectiva positiva.
Se crea la Asociación de Psicólogos Consultores (ACP).	1930	La crisis económica se extiende a toda Europa. Rogers se hace director de la Sociedad para la Prevención de la Crueldad con los Niños.
La sección clínica de la APA nombra una comisión para normalizar los programas de formación clínica, a fin de poder establecer los mismos criterios en la formación de los clínicos.	1931	Maslow recibe el título de maestría, en su trabajo expone las investigaciones sobre primates. Recibirá su título de doctorado en 1934. Nace Stanislav Grof, pionero de la psicología transpersonal. Rogers publica <i>A Test of Personality Adjustment</i> un inventario para explorar la personalidad de los niños, que elaboró en el marco de su tesis en el doctorado en Psicología.
Jacob Moreno acuña el término terapia de grupos. Jean Piaget publica <i>El juicio moral en los niños</i> , obra con la que se hace popular su teoría sobre el desarrollo cognitivo.	1932	Aldous Huxley publica el libro de literatura fantástica <i>Un mundo feliz</i> , que presenta bases para la identificación de las potencialidades humanas descritas por Maslow.

Thurstone es nombrado presidente de la APA.	1933	Llega a la presidencia Franklin D. Roosevelt, quien propone a la sociedad norteamericana el New Deal, proyecto con el que se vincula a Maslow y su teoría de la autorrealización. Llega a Estados Unidos Paul Tillich, considerado el introductor del existencialismo a este país.
León Thurstone publica <i>The vectors of mind</i> obra con la que se establecen los antecedentes de las inteligencias múltiples a partir de las habilidades y también la identificación de los rasgos de personalidad partiendo de análisis factoriales. Clark Hull publica <i>The concept of the habit-family hierarchy and maze learning</i> con la cual se presenta la relación entre el comportamiento y la herencia genética.	1934	Muere Lev Vygotsky, quien desde los estudios sobre las relaciones y el desarrollo da un aporte significativo a toda la corriente histórico-cultural que se acerca a las comprensiones fenomenológicas en tanto comprensión de la subjetividad y los significados que los individuos realizan. Kurt Goldstein, ya mencionado, publica su libro <i>The organisms</i> , en este el autor introduce el concepto de autoactualización.
Morgan y Murray publican el test de apercepción temática (TAT), prueba utilizada con fines proyectivos y diagnósticos en el escenario clínico.	1935	Kurt Goldstein llega a Estados Unidos, autor que será central para la teoría organizmica adoptada por los humanistas.
Egas Moniz publica diferentes trabajos sobre el tratamiento de las enfermedades mentales mediante las lobotomías. Chauncey Louttit publica el primer texto sobre psicología clínica llamado <i>Clinical psychology: a handbook of children's behavior problems</i> .	1936	Kurt Lewin publica <i>Principles of topological psychology</i> , en el cual describe la teoría de campo como situación explicativa del comportamiento, exponiendo la fórmula de que el comportamiento es la función de lo personal y lo ambiental. Teoría adoptada y adaptada por la psicología humanista.
Se funda la Asociación Americana para la Psicología Aplicada (AAP), una derivación de psicología clínica que se separa de la APA.	1937	Gordon Allport publica <i>Personality</i> , a psychological interpretation, este autor es considerado como parte de un periodo preconfigurativo del humanismo.
Es utilizada por primera vez en humanos la terapia de electroshock. Se publica el test de Bender Lawrence Frank acuña el término de técnicas proyectivas como estrategias para la valoración clínica. Oscar Krisen Buros edita la primera edición del libro <i>Mental Measurement Yearbook</i> cuya finalidad es la de realizar críticas, comentarios y valoraciones a los test psicométricos.	1938	Henry Murray, psicólogo de la personalidad y promotor del estudio de esta mediante los métodos ideográficos, razón por la cual se ajustó a la orientación humanista que impulsa las diferencias y la crítica a la estandarización. Muere Husserl.
Se publica el test de inteligencia de Wechsler-Bellevue (WAIS). Se funda la Asociación Psicológica Canadiense. Inicia la Segunda Guerra Mundial. Muere Freud.	1939	Carl Rogers publica su primer libro, <i>The Clinical Treatment of the Problem Child</i> , en el cual presenta como propuesta una terapia basada en lo relacional. Gordon Allport es nombrado presidente de la APA.
Se indica que para esta fecha ya habían aparecido más de 500 pruebas para fines de diagnóstico e investigación por psicólogos clínicos.	1940	Kurt Goldstein publica <i>Human nature in the light of psychopathology</i> , ubicando la reflexión humanista en el centro del discurso de la psicología anormal.

Se está desarrollando la Segunda Guerra Mundial, se da la batalla de Pearl Harbor y se recrudecen los horrores de la guerra. En este periodo se da un nuevo desarrollo de instrumentos de medición.	1941	Erich Fromm publica <i>El miedo a la libertad</i> , aunque viene del psicoanálisis, es una orientación más afín a los temas propuestos por los humanistas. Maslow publica <i>Principles of abnormal psychology: The dynamics of psychic illness</i> en la cual se aproxima a la comprensión clínica de los trastornos mentales.
Jean Piaget publicó <i>Psychology of Intelligence</i> en la cual presenta las teorías del desarrollo cognitivo.	1942	Rogers publica <i>Counseling and Psychotherapy</i> , obra con la que sienta las bases de la terapia no directiva.
De parte de Hathaway y McKinley se publica la primera versión del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).		
Se publica el manual del MMPI, con esta publicación se pueden establecer sistemas de clasificación clínica alrededor de los rasgos de personalidad patológica y estilos de personalidad que precisan otros acompañamientos. Por su robustez conceptual y estadística, es un sistema de evaluación de gran tradición en la clínica y la investigación.	1943	Maslow publica <i>A theory of human motivation</i> , obra en la cual aparece la teoría de la autorrealización y la motivación que será nuclear en la concepción humanista. Sartre, autor existencialista básico para la psicología existencial publica <i>El ser y la nada</i> .
E. Kinder, quien además de publicar sobre el método científico en la psicología social hace énfasis en el trabajo de los psicólogos en las unidades de psiquiatría infantil, con su publicación <i>Work of the psychologist in a psychiatric unit for children</i> pone su atención en el juego como elemento terapéutico.	1944	Paul Tillich publica <i>Existential philosophy</i> obra en la cual se refiere a William James y a John Dewey en relación con sus visiones integradoras del hombre, en este sentido, la filosofía existencial es abordada con cercanía al enfoque humanista.
Se funda el Journal of Clinical Psychology, publicación central para el estudio en psicología clínica.	1945	Merleau Ponty publica <i>Fenomenología de la percepción</i> , una obra psicológica desde un método fenomenológico y para una comprensión humanista del hombre.
La Asociación Americana para la Psicología Aplicada, que se había separado en 1937, se une nuevamente a la APA.		Karen Horney publica diversas producciones sobre la teoría psicoanalítica y el feminismo, dando lugar a una comprensión culturalista de la psicología femenina.
Se disuelve definitivamente la Asociación Americana para la Psicología Aplicada debido a que la APA flexibiliza los estatutos.	1946	Rogers publica <i>Significant aspects of client-centered therapy</i> para puntualizar en los aspectos metodológicos de la terapia centrada en el cliente. Víctor Frankl publica <i>Psicoanálisis y existencialismo</i> y se sientan las bases de una psicología de orientación analítica-existencial.
Se organiza el Comité de Shakow con el cual se designan expertos para establecer las condiciones para la formación de los psicólogos clínicos.	1947	Rogers es nombrado presidente de la APA. Rogers publica <i>Some observations on the organization of personality</i> , allí hace énfasis en el lugar de la crianza y la aceptación incondicional temprana, la estima positiva como configuradores de la personalidad.
Se organiza la American Board of Examiners in Professional Psychology (Junta Estadounidense de Psicología Profesional) para dar dirección a la formación y trabajo de los examinadores psicológicos.		Fromm publica <i>Man for himself</i> con la que se resalta el lugar de la conciencia humana y la capacidad desiderativa de la persona.

David Shakow publica <i>Clinical psychology: an evaluation</i> en la cual hace una revisión a la psicología desde 1923 hasta la fecha.	1948	Se publica la Declaración Universal de los Derechos Humanos, un fenómeno social influyente en la nueva orientación humanista.
Tiene lugar la convención de formación de Psicología clínica en Boulder, Colorado, con esta se revisan las directrices de la investigación clínica desde el modelo médico en psicología y se proponen orientaciones con un modelo psicológico.	1949	Maslow se encuentra con Sutich, con quien mantendrá una gran relación en el Journal de psicología humanista y con quien luego desarrollará las ideas para la psicología transpersonal.
Hans Eysenck publica <i>Function and training of the clinical psychologist</i> , en donde se cuestiona por los temas y metodologías que debería seguir el psicólogo clínico.	1950	Maslow publica <i>Self actualizing people: a study of psychological health</i> en la que expresa los dieciocho principios que llevan a la autorrealización.
Se publican diversos informes de la APA a partir del trabajo realizado por el comité para el entrenamiento clínico en psicología, que estuvo integrado tempranamente por Shakow.	1951	Rogers publica <i>Terapia centrada en el cliente</i> . Perls, junto a Hefferline y Goodman, publican <i>Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana</i> , obra con la que se sientan las bases de la psicoterapia gestáltica.
Se publica la primera versión del DMS, el manual diagnóstico y estadístico con el que se realiza la clasificación psiquiátrica de las enfermedades mentales.	1952	Paul Tillich publica <i>The courage to be</i> en el cual analiza temas como la ansiedad y el sentido, en la historia occidental.
Eysenck publica <i>The effects of psychotherapy: An evaluation</i> donde cuestiona la efectividad de los tratamientos clínicos y cuestiona principalmente al psicoanálisis.		Muere John Dewey.
Skinner, publica <i>Terapia conductual</i> con la cual se trazan las líneas para una terapia comportamental, las estrategias de acompañamiento e investigación.	1953	Víctor Frankl publica <i>Logos and Existence in Psychotherapy</i> con la que se da inicio al movimiento logoterapéutico.
La APA publica <i>Code of Ethics for Psychologists</i> , estándares que servirán para fundar varias propuestas deontológicas en el mundo.		
Julian Rotter publica <i>Social Learning and Clinical Psychology</i> , con ella aporta a la fundación de la teoría del aprendizaje social.	1954	Maslow publica <i>Motivación y personalidad</i> en donde desarrolla la tradicional jerarquía de las necesidades.
Se desarrolla la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS).	1955	Hadley Cantril utilizó por primera vez el término Humanistic Psychology.
Cronbach y Meehl publican <i>Construct validity in psychological tests</i> con lo que se da un gran aporte a la medición en psicología.		George Kelly publica <i>The psychology of personal constructs</i> en donde expone una teoría de la personalidad considerada como fenomenológica y cognitiva, dado el énfasis que realiza en la creatividad y la libertad.
		Gordon Allport desarrolla una teoría de la personalidad en la publicación <i>Becoming: basic considerations for a psychology of personality</i> .

Convención sobre formación de Stanford.	1956	Maslow publica <i>Toward a humanistic psychology</i> . Clark Moustaka publica <i>The Self</i> , donde recoge diversas aportaciones de distintos autores que se podrían denominar prehumanistas en relación con la psicología del sí mismo. Fromm publica <i>El arte de amar</i> , obra con la cual realiza un análisis de la sociedad, basado en las lógicas de alienación y libertad.
Leon Festinger propone la teoría de la disonancia cognitiva con la cual aporta también a la psicología social.	1957	Rogers publica <i>The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change</i> en la que expone seis situaciones como condición para el cambio de la personalidad.
Nathan Ackerman promueve la terapia familiar. Se realiza una convención sobre formación del psicólogo clínico, conocida como convención de Miami. Joseph Wolpe publica <i>Psychotherapy by Reciprocal Inhibition</i> en la que presenta los efectos terapéuticos mediante la sustitución de respuestas neuróticas. Harry Harlow publica <i>The nature of love</i> , allí expone la relación entre los cuidados maternos y el desarrollo del apego y la prolongación de la vida gracias al afecto materno.	1958	Jhon Cohen en el libro <i>Humanistic Psychology</i> propone una psicología humanista en la que pone de manifiesto su disconformidad con la orientación reduccionista de la psicología contemporánea, que descuida lo específicamente humano del objeto de estudio de la psicología. Rollo May publica <i>Existence: A new dimension in psychiatry and psychology</i> , libro al cual invita a los principales psicólogos de la nascente psicología humanista.
Köhler publica <i>Gestalt psychology today</i> , donde repasa las bases de la psicología de la Gestalt.	1959	Maslow publica <i>Conocimiento y valores humanos</i> . Frankl publica <i>El hombre en busca de sentido</i> . Se realiza el Simposio sobre Psicología Existencial en la Convención de 1959 de la APA.
Se desarrolla la psicología comunitaria.	1960	Se da la organización del comité de la Asociación de Psicología Humanista (APH), el cual proporciona un lugar de encuentro para psicólogos y otros que creían que no estaban representados en las vertientes teóricas del psicoanálisis y behaviorismo. Max Scheler publica <i>Fenomenología y metafísica de la libertad</i> .
John Berry introduce la importancia de las investigaciones culturales para comprender mejor la diversidad y aplicaciones en psicología.	1961	Con el patrocinio de la Universidad Brandeis, se lanza formalmente la Asociación Estadounidense de Psicología Humanista (AHP). Se funda el Journal of Humanistic Psychology con Sutich como primer editor, aunque esta revista ya se había creado sin ninguna publicación por Maslow y Anthony Sutich en 1958. Carl Rogers publica <i>El proceso de convertirse en persona</i> en el cual insiste de nuevo en las estrategias para el cambio terapéutico y la promoción de la salud. Erick Berne publica <i>Análisis transaccional en psicoterapia</i> .

Albert Ellis presenta la terapia racional emotiva (TRE).	1962	Se celebra el Primer Encuentro Nacional de la Asociación Estadounidense de Psicología Humanista.
Albert Bandura introdujo la idea de aprendizaje observacional o vicario para el desarrollo de la personalidad. Lawrence Kolberg introduce la idea del desarrollo de la moralidad a partir de la valoración de los dilemas morales.	1963	Se celebra el simposio sobre conductismo y fenomenología que se efectuó en la Universidad de Rice. Medard Boss publica <i>Psychoanalysis and Daseins analysis</i> . James Bugental publica <i>Humanistic psychology: A new breakthrough</i> . Se funda la Association for Humanistic Psychology.
Virginia Satir publica la primera obra de Terapia familiar conjunta con la cual se hace merecedora de ser conocida como madre de la terapia familiar.	1964	Bugental publica <i>Third force in psychology</i> con la que realiza una adecuada delimitación de la psicología humanista. Rogers publica <i>Toward a science of the person</i> . Se realiza la Old Saybrook, conferencia a la que se convocó a los principales exponentes de la psicología humanista y con los cuales se conformó la División 32 de la APA.
Se realiza una convención sobre formación del psicólogo clínico, conocida como convención de Chicago.	1965	Maslow publica: <i>Humanistic science and transcendent experience</i> . Rollo May publica <i>Intentionality: the heart of human will</i> . Mueren Paul Tillich y Martin Buber. Rogers publica <i>Some questions and challenges facing humanistic psychology</i> .
Konrad Lorenz publica <i>On Aggression</i> obra con la que discute su modelo del desarrollo de los instintos.	1966	Allport publica <i>La personalidad, su conformación y desarrollo</i> en el cual elabora la teoría del propium. Maslow publica <i>Psychology of Science: A Reconnaissance</i> . Kelly publica <i>Humanistic methodology in psychological research</i> .
Aaron Beck presenta su modelo de tratamiento para la depresión.	1967	Bugental publica <i>The challenge that is man</i> . Buhler y Massarik publican <i>The course of human life. A study of life goals in the humanistic perspective</i> . Rogers y Kinget publican <i>Psicoterapia y relaciones humanas: teoría y práctica de la terapia no directiva</i> .
Se publica la segunda versión del DSM. Se crea el primer programa de doctorado en Psicología de la Universidad de Illinois.	1968	Rogers publica <i>Some thoughts regarding the current philosophy of the behavioral sciences</i> . Maslow es nombrado presidente de la APA.

Joseph Wolpe publica <i>The Practice of Behavior Therapy</i> .	1969	Sutich presenta la propuesta de psicología transpersonal. Se crea en Europa la asociación Británica de Psicología Humanista. Muere Karl Jaspers.
Surgimiento de la evaluación conductual, principalmente en España.	1970	Muere Maslow.
Se crea el Journal of Clinical Child Psychology.	1971	La psicología humanista es reconocida como una división de la APA.
Skinner publica <i>Más allá de la libertad y la dignidad</i> .	1972	Skinner es galardonado por la Asociación Humanista Americana con el premio El humanista del año, aunque este es un humanismo filosófico, el autor parte de allí para indicar que el behaviorismo es una psicología humanista, en tanto que hace posible alcanzar los objetivos del humanismo de manera más eficaz.
Se realiza una convención sobre formación del psicólogo clínico, conocida como convención de Vail, Colorado.	1973	Charlotte Buhler publica <i>Introduction to Humanistic Psychology</i> .
Bandura publica <i>Behavior theory and the models of man</i> .	1974	Muere Charlotte Buhler.
Skinner publica <i>Sobre el conductismo</i> .	1975	Severin publica <i>Third force psychology: a humanistic orientation to the study of man</i> . Csikszentmihalyi propone el término Flow, basado en la propuesta de Peak Experience de Maslow.
Ulric Gustav Neisser publica <i>Cognición y realidad</i> , una fuerte crítica a la psicología cognitiva.	1976	Miguel Martínez publica <i>Hacia un paradigma científico-humanista en psicología</i> . Bugental publica <i>The search for existential identity</i> .
Albert Bandura publica el libro sobre aprendizaje social y el concepto de autoeficacia.	1977	Miguel Martínez publica <i>Una nueva imagen del hombre: el aporte de la psicología humanista</i> . A partir de 1977 empiezan a celebrarse congresos europeos que son a la vez testigos de su presencia real en todo Centroeuropa y a la vez herramienta de conexión y consolidación.
Paul Ekman publica <i>The Facial Action Coding System</i> .		
David Premack publica <i>Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind?</i> sobre las habilidades mentales de los monos, introduciendo el término teoría de la mente.	1978	Se creó la European Association for Humanistic Psychology.
Urie Bronfenbrenner publica <i>The Ecology of Human Development</i> con la cual se funda la teoría de sistemas ecológicos.	1979	May publica <i>Psychology and the human dilemma</i> .
La APA realiza la publicación de la tercera edición del DSM.	1980	Rogers reformula su propuesta de tendencia formativa a tendencia direccional formativa, le describe como un fenómeno que puede observarse en el universo, desde los cristales hasta los seres humanos. Miguel Martínez publica <i>Psicología humanista</i> , una concepción humanista del hombre. Irving Yalom publica <i>Psicoterapia existencial</i> .

La APA actualiza los principios morales y éticos que ha estado publicando desde 1953.	1981	Rollo May publica <i>Introduction to the A.H.P. theors conference</i> presentado en el Congreso Europeo di Psicologia Umanista en Roma, Italia.
Douglas Bernstein y Michael Nietzel publican <i>Introducción a la psicología clínica</i> texto clave en el estudio de la psicología clínica en diversas facultades de psicología del mundo.	1982	Se realiza en Cali, Colombia, el Primer Encuentro Internacional de Psicología Humanista, y con este evento se da fuerza al movimiento en este país.
Howard Gardner presenta la teoría de las inteligencias múltiples.	1983	Para esta época ya han cobrado importancia los centros que se autodenominan de psicología humanista y se imparten cursos teóricos basados en los autores clásicos.
Jerome Kagan publica <i>The Nature of the Child</i> , a biological and socially oriented description of the role of temperament in human development, obra con la que se insiste en la condición genética del desarrollo de la personalidad.	1984	Elizabeth Campbell publica <i>Humanistic Psychology: the end of innocence</i> en la que realiza diversas críticas al proceso de la formación de la psicología humanista.
Costa y McRae publican el <i>NEO PI-R</i> , teoría basada en el modelo de los cinco grandes de la personalidad.	1985	Clark Moustakas publica <i>Humanistic or humanism?</i> donde señala que estos términos no significan lo mismo.
Marzillier y Hall editan <i>What is clinical psychology?</i>	1987	Muere Carl Rogers.
La aparición de la administración de los servicios de salud de forma privada y con sistemas subvencionado por los gobiernos, impulsa a la APA a volverse más política, sugiere a los psicólogos clínicos elaborar propuestas en las cuales aparezcan como prescriptores y oferentes de un servicio de salud operacionalizado.	1989	Helmut Quitmann publica <i>Psicología humanística</i> . Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico.
La UNESCO y la OIT incluyen a la psicología clínica dentro del campo de la formación científica.	1990	Moustakas publica <i>Heuristic research: Design, methodology, and applications</i> . Spinelli publica <i>The phenomenological method and client centred therapy</i> . Kirk Schneider inicia sus publicaciones académicas.
La APA actualiza los códigos de ética en Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.	1992	Se funda The Person-Centered Journal promovido por la Asociación para el Desarrollo del Enfoque Centrado en la Persona (ADPCA) de cara a la difusión del pensamiento académico sobre principios, prácticas y filosofía centrados en la persona. Muere Rollo May.
Se realiza la publicación de la cuarta edición del DSM.	1994	Frederick J. Wertz publica <i>The Presence of Humanistic Psychologists in the Academy</i> obra en la que examina el lugar de los psicólogos humanistas en el contexto psicológico y el futuro de este enfoque.
Daniel Goleman publica el libro <i>Inteligencia emocional</i> , obra que invita a la psicoterapia al fortalecimiento de acciones conducentes al autoconocimiento personal y la regulación de los comportamientos.	1995	Kirk Schneider publica el libro que desarrolló con Rollo May, titulado <i>The Psychology of Existence: An Integrative, Clinical Perspective</i> , en este se desarrollan estrategias de intervención, análisis de casos clínicos, terapia breve desde un enfoque existencial.

En este año se propone la incorporación del concepto <i>tratamiento con apoyo empírico</i> , para reemplazar el de tratamiento empíricamente validado, estrategia liderada por el grupo de tareas para la promoción y difusión de los tratamientos psicológicos, tal como se creó en 1993.	1996	Emmy van Deurzen y Digby Tantam fundan el centro para el desarrollo de la terapia existencial conocido como Existential Academy. Desde allí se pretende llevar la filosofía a la comunidad y facilitar la formación y aplicación de este estilo de terapia
Albert Bandura publica el libro <i>Self-Efficacy: The Exercise of Control</i> , texto con el cual presenta de forma transdisciplinar sus aproximaciones maduras sobre la autoeficacia, concepto central en su teoría del desarrollo	1997	Muere Viktor Emil Frankl. Hector Salama publica el libro <i>Psicoterapia Gestalt: procesos y metodología</i> , fundamental para comprender elementos metodológicos y argumentos de la psicoterapia Gestalt.
Martin Seligman desde su lugar en la presidencia de la APA propone el estudio de las emociones positivas, virtudes, fortalezas y otra serie de recursos psicológicos positivos, como aspectos que han de estar en el corazón de la intervención clínica y la psicología científica. John Norcross preside la división 29 de la APA, ocupada de asuntos concernientes a la psicoterapia, crea un grupo de trabajo que se dedica al estudio de las relaciones y alianza terapéuticas con apoyo empírico.	1998	Francisco Peñarubia publica <i>Terapia Gestalt: la vía del vacío fértil</i> . Texto en español fundamental para el desarrollo de la psicoterapia gestáltica en España y en idioma español.
Steven Hayes publica el libro básico de la terapia de aceptación y compromiso (TAC), comprendida como una evaluación de la terapia cognitivo-conductual en la que se consideran los factores relacionales y contextuales para la organización de la conducta.	1999	Miguel Martínez publica <i>La psicología humanista: un nuevo paradigma psicológico</i> . Amplía y actualiza los desarrollos teóricos presentados en 1976, 1977 y 1980.
Se presenta por parte de Jacobson, Christensen, Prince, Córdova y Eldridge la Terapia conductual integrada de pareja. El DSM IV recibe una revisión y se realiza nueva publicación: DSM IV TR	2000	Joseph Zinker una de las figuras más representativas de la psicoterapia Gestalt moderna publica el libro <i>El Proceso creativo en la terapia gestáltica</i> .
Integrada por comunidades académicas de España, Colombia y Brasil, se funda la International Journal of Clinical and Health Psychology, la revista de mayor difusión en psicología clínica de España.	2001	Kirk Schneider, uno de los principales exponentes de la psicología humanista en la actualidad, junto con Pierson y Bugental editan <i>The Handbook of Humanistic Psychology: Theory, Research, and Practice</i> . Un libro que se presenta como literatura básica para la demarcación y conexiones de la psicología humanista con temáticas emergentes en el siglo XXI.
Daniel Kahneman recibe el premio Nobel de economía, por sus investigaciones en cómo las personas emiten juicios en situaciones de incertidumbre.	2002	Leslie Greenberg presenta la <i>Psicoterapia centrada en las emociones</i> , estrategia terapéutica que se soporta en evidencia científica para acompañar la comprensión y mejor expresión de las emociones que afectan la salud mental.

Los investigadores Fairburn, Cooper y Shafran, introducen el concepto de transdiagnóstico, con el cual se describen elementos nucleares y transversales a los trastornos mentales y a partir de lo cual la psicología clínica puede proyectar intervenciones basadas en las sintomatologías comunes a los trastornos.	2003	Mick Cooper publica el libro <i>Existential Therapies</i> en que delinea las diferencias y similitudes de las principales terapias existenciales.
Se completa el mapeo del genoma humano, situación que permitirá identificar causas orgánicas para la esquizofrenia, depresión y bipolaridad.		
Ian Weaver y un grupo de colaboradores desarrollan estudios de psicología genética de cuyas conclusiones se presenta que las experiencias de vida pueden alterar los procesos moleculares que se asocian con las adaptaciones y el estrés.	2004	Jeff Greenberg, Sander Leon Koole, Thomas A. Pyszczynski publican el libro <i>Handbook of Experimental Existential Psychology</i> , donde de forma novedosa presentan evidencias científicas para comprender los fenómenos existenciales.
Michael Tomasello y su grupo de colaboradores publican sus investigaciones sobre los orígenes de la cognición social.	2005	Luis Gonzáles López publica el texto <i>La cara humana de la psicología</i> . Este libro presenta los fundamentos clínicos y psicoterapéuticos de la psicología humanista, con un lenguaje sencillo, en español y con la claridad suficiente para estudiantes y profesionales.
Daniel Goleman publica el libro <i>Inteligencia social</i> en el cual presenta la importancia de las relaciones interpersonales y su estudio, como ciencia para el mejoramiento de la vida. Se promulga en Colombia la Ley 1090 que dicta el código deontológico y bioético para el psicólogo.	2006	André Sassenfeld y Laura Moncada, presentan el artículo <i>Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial</i> . Este documento será clarificador dentro de la literatura en español, para identificar las conexiones filosóficas y psicológicas del enfoque humanista y existencial.
Bruce Wampold, en el marco de la distinción recibida por la APA por sus contribuciones a la investigación aplicada, pone el énfasis en una psicoterapia que entregue tratamientos efectivos pero que no deje de ser humanista. Muere Albert Ellis.	2007	En Colombia, Efrén Martínez publica el libro <i>Psicoterapia y sentido de vida</i> , psicología clínica de orientación logoterapéutica
La Sociedad Británica de Psicología, análoga a la Asociación Americana de Psicología, se pronuncia sobre la necesidad de ejecutar una práctica clínica y de la salud con tratamientos validados, competencias interpersonales adecuadas y el uso y vinculación de las instituciones para una adecuada resolución de los problemas. Esta situación se extenderá hasta el 2009 cuando el Consejo de Profesiones de la Salud del Gobierno del Reino Unido se hizo cargo de la regulación de la práctica de psicología (de la BPS), y psicólogo de la salud pasó a ser un título legalmente protegido.	2008	Muere James Bugental, pionero y defensor de la psicología humanista y existencial.

Marco Iacoboni publica el libro <i>Las neuronas espejo: empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros</i> . Esta obra permitirá comprender en los escenarios clínicos y psiquiátricos las patologías asociadas a la conducta antisocial, además en escenarios educativos y clínicos la educación emocional prosocial.	2009	Muere Garry Prouty, psicoterapeuta rogeriano que desde 1995 produjo significativas publicaciones e investigaciones en el avance de preterapia, sistema experiencial centrado en el acompañamiento de trastornos que involucren alteraciones relacionales.
Conmemoración de los 50 años de la División Clínica de la APA.	2010	Schneider y Krug publican <i>Existential-humanistic therapy</i> obra en la que se establecen conceptos fundamentales, metodologías y evidencias clínicas para el enfoque.
La OMS incluye los problemas conductuales asociados al uso problemático de los dispositivos destinados a videojuegos.	2011	Kirk Schneider edita el libro <i>Existential-Integrative Psychotherapy</i> libro en el que expone los componentes centrales de la práctica psicológica con enfoque existencial y las aplicaciones de una psicoterapia integrativa
Muere George A. Miller, psicólogo que aportó al estudio de la psicología cognitiva con avances en la psicolingüística y la informática, producto de lo cual también se desarrolló la neurociencia cognitiva.	2012	Alfried Langle y Jürgen Kriz presentan un artículo titulado <i>The Renewal of Humanism in European Psychotherapy: Developments and Applications</i> , en el que presentan cómo las psicoterapias actuales se soportan en gran medida en elementos humanistas, sin embargo, han ido más allá gracias al uso de los enfoques fenomenológicos en investigación clínica. Se han renovado los sistemas terapéuticos de cara a la atención y práctica más funcional.
Se realiza la publicación de la quinta edición del DSM.	2013	Robert Elliott y un grupo de investigadores que suma a Watson, Greenberg, Timulak y Freire realizan una valiosa publicación en la que presentan la evidencia en términos de efectividad y validez de diferentes psicoterapias humanistas o experienciales. Alberto de Castro y Guillermo García publican la segunda edición del libro <i>Psicología clínica: fundamentos existenciales</i> , literatura que presenta reflexiones y argumentos básicos para la comprensión del enfoque existencial, orientador y básico en la bibliografía de dicha temática para Colombia.

En la última década, la psicología clínica en general ha girado alrededor de varios temas desde los que se desprenden investigaciones y productos cada vez más especializados, a saber, a) la migración y los procesos de éxodos masivos con

todas las implicaciones psicopatológicas emergentes tanto en foráneos como locales; b) los grupos minoritarios y excluidos de las políticas tradicionales y juzgados con criterios de anormalidad; c) la inclusión y el género, fenómenos asociados a la construcción y vivencia de la identidad sexual y la subjetividad en general; d) fenómenos pandémicos y pospandémicos a propósito entre otros del COVID-19, sin dejar de lado temas de psicogerontología, psicología de la mujer, crisis y emergencias, psicopatología y educación clínica.

A su vez la psicología humanista ha avanzado en la incorporación de los nuevos adelantos en la comprensión del ser humano y fiel al principio de integración, se ha permitido el desarrollo de diversas formas psicoterapéuticas con distintos énfasis en emociones, relaciones, acciones, pensamientos, experiencias y experimentos sociales y educativos.

La historia continúa construyéndose, no quiere decir que, en la última década del siglo XXI, no se han presentado otros hitos que estimulen giros o progresos en la psicología, puesto que la ciencia no se ha detenido, sino que la investigación y práctica se ha diseminado a tal punto que es difícil de rastrear cada nuevo aporte “en vivo”, lo que hace que, al querer saber de nuevas situaciones, sea necesario listar cada investigación académica publicada. Pueden observarse siete grandes situaciones al rastrear el desarrollo progresivo de la literatura y los personajes anteriores, a saber:

1. A finales del siglo XIX, la psicología como rama de la filosofía está preguntándose por el hombre y sus dimensiones, al mismo tiempo que se cuestiona por el paradigma científico que debe acompañar la nueva ciencia. En este momento, el racionalismo que estaba en su cumbre sufre un declive asociado con la crisis del método científico cartesiano, dando lugar a las propuestas fenomenológicas y existencialistas. Así las cosas, tanto la nueva ciencia psicológica de tipo experimental como la antropología filosófica ven la luz del siglo XX con igual intensidad, a ambas historias las anudarán desde sus inicios las figuras de William James y John Dewey.

2. La psicología clínica se enarbola desde las raíces de la psicología científica manteniendo el paradigma experimental, mientras esto ocurría, apenas conocían el mundo los psicólogos que fundarán la tercera fuerza, por ello, la formación técnica y las habilidades analíticas de los pioneros humanistas derivan tanto de los modelos conductistas, como de las teorías psicoanalíticas. Así pues, cuando el descontento de los psicólogos de la tercera fuerza emerge, lo hace luego de una maduración acelerada y reduccionista de los modelos experimentales.

3. Así como la psicología clínica evolucionó por las demandas de la guerra y se consolidó por los efectos de esta, también la atmósfera para una psicología humanista se vio favorecida tanto por la crisis económica norteamericana, producto de la Primera Guerra Mundial, como también por el librepensamiento que se contrapuso a los efectos de la Segunda Guerra. Con esto se precisa reconocer que las transformaciones sociopolíticas sirvieron de marco referencial para responder a los problemas del momento.

4. Las figuras de Allport, Maslow y Rogers en la presidencia de la APA indican que los trabajos de estos autores fueron representativos, no solo para la psicología humanista, sino para toda la psicología en general. En el caso de Allport para una psicología de la personalidad, y en Maslow para una psicología positiva y de la salud que prospera hasta hoy; en el caso de Rogers para la psicología de la educación, para la clínica infantil y los estudios de la personalidad. Ahora bien, aunque las orientaciones más filosóficas que tomó la psicología de enfoque humanista se resistieron con fundamento metodológico a la operacionalización, medición y control, han estado presentes en las reflexiones que la psicoterapia ha mantenido sobre el lugar del clínico y del paciente, de su relación empática, el cuidado de la humanización, el diálogo, el respeto por lo ideográfico, lo ontológico y la subjetividad.

5. Las décadas de los 30 a los 70 fueron un periodo de oro para el desarrollo de la psicología en sus dos versiones. Para la psicología clínica se progresó en temas como el desarrollo de programas de formación en clínica, entrenamiento clínico, estándares y manuales, constructos como inteligencia,

moral, genética, test proyectivos, instintos y modelamientos; mientras que la psicología de enfoque humanista progresó en teorías de la personalidad, propuestas terapéuticas, libertad, motivación, valores humanos y sentido de la vida. Ambas propuestas se alimentaron del espíritu de la época y por ello reconocieron el inmenso valor de la cultura, la crianza, el ambiente, el grupo, la familia, y desde luego la investigación.

6. La doble hélice aquí propuesta también expone la tensión con la cual se produce el equilibrio, ya que sin los cuestionamientos que la filosofía fenomenológica y existencial le presentaron al tecnicismo experimental, este último habría derivado en fría cosificación de los seres humanos, pero sin el rigor metodológico que la ciencia moderna le ha demandado al enfoque humanista, este no habría pasado de ser un grito anárquico y desorganizado de la especulación y el antiintelectualismo.

7. En los últimos treinta años se ha podido observar según la producción literaria, cómo la hélice da un nuevo giro, y el enfoque humanista convoca cada vez más a numerosos investigadores que procuran un ejercicio clínico y académico estructurado, explorando y considerando los desarrollos cognitivos y conductuales en cuando a la comprensión del psiquismo, al tiempo que la tradicional ciencia clínica ha descubierto el integracionismo metodológico, la apertura conceptual y la humanización de la psicoterapia, tal como las corrientes fenomenológicas lo han propuesto desde su aparición.

Insistir en una psicología clínica con enfoque humanista tiene un significado de honestidad intelectual, de respeto a los desarrollos que desde la psicología clínica general han brotado, al mismo tiempo que busca mantener la tensión equilibrante, el holismo metodológico, el integracionismo conceptual de cara a la comprensión amplia y profunda. Significa insistir en la filosofía de la vida humana con una función práctica para la vida humana, es decir, continuar con la experiencia y búsqueda de significado de la existencia a través del dispositivo clínico en psicología, con fines de bienestar y salud.

Indica Villegas (2013) que tanto William James, promotor de una psicología científica, como Stanley Hall, pionero de la psicología académica e institucional, querían “una psicología de la totalidad del ser humano” (p. 16) situación que no ha sido ajena a los principios fundacionales del enfoque humanista y se mantienen hasta hoy.

Esta propuesta converge con la idea que Manuel Villegas, epistemólogo y teórico de la psicología humanista, toma de George Kelly, científico y clínico de enfoque fenomenológico:

La humanidad necesita concretarse, no sólo ser descrita o elogiada. El genuino respeto por la dignidad humana exige el desarrollo de instrumentos de acción eficaces, no proclamas encendidas de su elevada naturaleza o estatuas ecuestres en su honor, erigidas en un ángulo del parque” (Kelly, 1966, como se citó en Villegas, 2013, p. 37).

Ha de considerarse que las tensiones ejercidas desde la psicología experimental han sido respondidas desde la psicología humanista, no con satisfacción para la primera, sino con una nueva tensión, para mantener el equilibrio, a saber, con la vitalización y rehumanización; de otro modo, el siglo XXI habría asistido a la muerte de la clínica psicoterapéutica, pues la cosificación y tendencia reduccionista no habría permitido la emergencia de la subjetividad, la lectura en contexto, la conciencia individual y de otredad, el diálogo, el encuentro y el personalismo.

Se presentará en los capítulos siguientes, el reto al psicólogo clínico de enfoque humanista, para que, manteniendo la claridad por el respeto de la experiencia y el fenómeno humano, persista en una práctica ordenada y sistemática, que, sin faltar al pensamiento crítico, sea consiliente de cara al desarrollo de la ciencia psicológica.

Capítulo 2.

Psicología con enfoque humanista

Identificadas las diferentes fechas que señalan el desarrollo de una psicología con enfoque humanista, se destacarán ahora diversas conceptualizaciones que dieron lugar al desarrollo de la psicología humanista acogidas en la voz de Maslow, como uno de sus mayores exponentes. Se presenta a su vez, desde los postulados de la psicología humanista, su visión metateórica cuya finalidad fue la de brindar un terreno común que permitiera reunir las inquietudes de diferentes teóricos de la psicología de la época.

Adicional a esto, se hará énfasis en la perspectiva revolucionaria que le presenta el nuevo enfoque a la psicología precedente, a saber, una apuesta holística e integrativa a la hora de aproximarse a la realidad humana. Esta propuesta finalizará exponiendo a la fenomenología como paradigma configurador y necesario aún para el quehacer del psicólogo clínico de enfoque humanista.

2.1 La tercera fuerza

Para comprender el surgimiento, desarrollo, periodos de crisis, resurgimiento y continuidad de la psicología humanista, esta se deberá enmarcar en el contexto amplio de la psicología con su devenir histórico y sociopolítico. Los psicólogos asociados con el movimiento de la psicología humanista venían esencialmente de dos tradiciones en psicología: psicoanálisis y conductismo. Las investigaciones y la clínica psicológica de la época podían pensarse desde el lente de la conducta observable y cuantificable o de las vicisitudes propias del inconsciente y los conflictos intrapsíquicos.

Si bien estos modelos habían sido la base de operaciones sobre las que navegaba la psicología, muchos psicólogos y otras disciplinas mostraron una insatisfacción creciente en relación con las limitaciones en la concepción de la persona

y en los marcos de intervención propuestos. Quizás la mayor inquietud de los investigadores y académicos desde la década de 1930 hasta 1960, tenía que ver con una profunda inconformidad con la respuesta dada, tanto por el psicoanálisis como por el conductismo frente a los problemas y principales interrogantes de la época, pues el primero insistía en convertir el síntoma de la Viena del siglo XIX en teoría universal, mientras el segundo insistía en reproducir las metodologías de las ciencias naturales.

La primera mitad del siglo XX, como se ha identificado en la línea de tiempo del primer capítulo, anidó las tensiones paradigmáticas y las distancias en los modelos epistemológicos, pero del mismo modo creó las condiciones favorables para la consolidación de una nueva manera de pensar, ser y hacer en psicología, aspecto esencial que permite entender el surgimiento de la psicología humanista en el devenir amplio de la psicología.

Para 1956, Maslow, quien fuese un conductista de línea gruesa en la escuela de Thorndike, pero que ya cuestionaba la psicología correctiva y comparada, presenta el artículo *Toward a Humanistic Psychology*, en donde recogió diversas voces de académicos e investigadores que también convergían y mostraban su descontento con los modelos imperantes de la psicología o las dos fuerzas dominantes. Allí Maslow señaló la importancia para la psicología de replantear la visión y la imagen que la psicología otorgaba de la persona: la visión psicológica solía ser reduccionista y privilegiaba un lenguaje del sujeto en tanto problema. Al autor le orienta una pregunta: ¿qué dice la psicología de otros temas que hacen parte de la diversidad humana, como el amor, la esperanza, el significado de vivir?

Debemos saber cómo son los hombres en su mejor momento; no solo lo que son, sino también lo que pueden llegar a ser. Los subproductos de tal conocimiento son incalculablemente importantes (...). Fomentar el crecimiento tiene que ir más allá de lo meramente problemático (...), pero hay otro lado del ser humano y otro conjunto de motivaciones, las positivas, las que tienden a crecer más fuertes, más sabias, más sanas, a actualizar sus potencialidades (Maslow, 1956, p. 18).

Uno de los mayores logros de Maslow (1956), fue el de concretar y reunir en una nueva propuesta de la psicología el inconformismo de otros investigadores como Murray, Allport y el mismo James, sobre la base de un nuevo proyecto (Taylor, 2001) que diera lugar a una psicología de la persona en su globalidad, no reductible a las conductas, al determinismo biológico o psíquico. La psicología anclada a lo humano debería establecer una visión más amplia: la paz, la guerra, el odio, el amor, la felicidad, la desdicha, la explotación, la fraternidad, todas ellas son dimensiones que arrojan una comprensión del hombre, no obstante, el problema de la psicología estaba ligado a presentar intereses solo por algunas de estas y aún peor, privilegiar ciertas dimensiones como constitutivas o explicativas del sujeto.

Para Maslow el verdadero trabajo de la psicología debía permitir reconocer que, en última instancia, su tarea estaría enmarcada en brindar una concepción unificada y al mismo tiempo empírica de la persona, pues la ciencia psicológica no se escapa a la pregunta filosófica ¿qué es el hombre? De esta manera Maslow (1956) refiere algunos principios que serán claves posteriormente para el surgimiento, misión, visión y desarrollo de la psicología humanista:

- La psicología debería estar más preocupada por los problemas de la humanidad y en menor medida por los problemas del gremio.
- La psicología debe implementar con mayor frecuencia estudios sobre la filosofía de la ciencia, de la estética y especialmente de la ética y los valores.
- La psicología americana debería ser más audaz, más creativa, debería tratar de descubrir, en lugar de tratar solo de ser cautelosa, sobre la base de una mayor apertura metodológica.
- La psicología debe centrarse más en los problemas surgidos de las novedades contextuales, sin limitarse a la exclusividad del método empleado.
- La psicología debería ser más positiva y menos centrada en lo negativo. La

psicología puede elevarse en el estudio de dimensiones trascendentales de lo humano.

- La terapia debe extenderse del consultorio a muchas otras áreas de la vida, el ejercicio terapéutico debe tener en sí mismo la ambición de construir e incluir técnicas que fomenten el crecimiento de la persona y no solo la reducción de síntomas o la atención del déficit.

- El esfuerzo de la psicología debe estar enmarcado en el estudio no solo del comportamiento o las profundidades de la naturaleza humana develadas en el inconsciente, sino que también debe centrarse en el estudio de la conciencia.

- El discurso académico de la psicología privilegia una visión occidental, en tal sentido, deberá implementar e incorporar narrativas orientales que le permitan comprender lo subjetivo, la meditación, incluyendo la introspección dentro de la investigación psicológica.

- Incorporar estudios que involucren el sentido de vida, comprendiendo las experiencias para las que vive el hombre, la valía de la vida que permite soportar los dolores propios de la existencia.

- Integrar un marco que permita entender la persona en su capacidad de agenciamiento personal y no como simple arcilla pasiva: gobernado por las fuerzas externas o internas.

- Los psicólogos e intelectuales tienden a absorberse con abstracciones y conceptos depositados en su encuentro con el objeto de estudio, olvidando atender a lo básico y simple de lo que emerge; es necesario adoptar una visión estética, acudiendo a las cosas mismas.

- Las teorías del organismo y la visión de la psicología de la Gestalt deben ser incorporadas en la psicología: el hombre es más que la suma de sus partes.

- Dentro del marco de abstracciones y generalidades del objeto de estudio, la psicología no puede perder de vista el estudio de la singularidad.

- En la medida en que la psicología conozca sobre la persona, las necesidades para su crecimiento y su autorrealización, deberá emprender la tarea de fomentar una cultura de la salud.

Si bien, para la época de dicha publicación no existía como tal una asociación o comunidad académica que sentara las bases de la psicología humanista, lo anterior deja en evidencia las inquietudes y el camino recorrido para su posterior surgimiento. Solo será hasta la década de los 60 que la psicología humanista se oficializará como asociación con implicaciones políticas y teóricas que dan paso a una nueva corriente en psicología.

Aunque se ha hecho referencia a Maslow en el contexto norteamericano, el interés por investigar la conciencia, la experiencia humana en relación con la singularidad y una apuesta por una visión más allá del déficit con la incorporación de tópicos como el amor, la responsabilidad, la creatividad, son finalmente el resultado de un esfuerzo sistemático e investigativo que puede ser identificado desde la década de 1930 (Taylor, 2001).

La tercera fuerza surge en un escenario diverso y pluralista, cuyo esfuerzo se orientó a explicitar una nueva imagen del hombre, reuniendo pensadores, narrativas e inquietudes provenientes de distintos lugares. En tal sentido, este enfoque no estuvo originalmente representando en una única figura, más bien, sus inquietudes se encuentran inscritas en otros autores tales como Allport, Angyal, Asch, Bühler, Fromm, Goldstein, Horney, Maslow, May, Moustakas, Rogers, Wertheimer, etc., al igual que en ciertos escritos de Jung, Adler y otros psicólogos de orientación psicoanalítica, existencial y fenomenológica (Bugental, 1964; Carpintero *et al.*, 1990).

Como se ha evidenciado en la historia de doble hélice, la psicología de enfoque humanista está dentro del entramado evolutivo de la psicología norteamericana, su origen y posterior desarrollo revelan encuentros y desencuentros propios de la tensión que emergió. Esto queda claro al observar que en 1961 Sutich, el primer editor del *Journal of Humanistic Psychology* brinda un contexto de este nuevo enfoque. Al revisar esta primera edición, Sutich da cuenta de las serias dificultades que se tenían desde el contexto académico para estudiar el bienestar humano y sus potencialidades; de alguna manera, los investigadores y teóricos que describían estos trabajos recibían el desprecio de los editores y revistas de la época, el ostracismo académico se instauraba ante las lógicas de dar paso a una nueva imagen del hombre (Sutich, 1961).

Ante esta situación, Maslow no solo se comportó como un teórico y un académico, sino que tuvo una visión administrativa y política para la defensa férrea y la claridad investigativa que permitió desarrollar las bases de un nuevo enfoque psicológico bajo tres estrategias básicas: i) la presentación de una nueva rama psicológica, ii) la creación de una asociación que reuniera a teóricos y psicólogos provenientes de distintos enfoques y iii) la producción de una revista que albergara las investigaciones y trabajos que estaban siendo ignorados desde otros ámbitos. Esta vocería recibió el respaldo no solo de teóricos del enfoque, sino de pensadores e intelectuales de la época.

Fue de este modo que se presentó la psicología humanista como la tercera rama o tercera fuerza de la psicología, a su vez se estableció un interés primario frente a su objeto de estudio, señalando aspectos que hasta ese momento tanto el psicoanálisis como el conductismo habían descuidado.

La tercera fuerza se ocupó principalmente de las capacidades y potencialidades humanas que tenían poco o ningún lugar sistemático, ya fuese en la teoría positivista o conductista, o en la teoría psicoanalítica clásica, por ejemplo: el amor, la creatividad, el yo, el crecimiento, el organismo, la necesidad básica de gratificación, la autoactualización, los valores superiores,

el ser, el devenir, la espontaneidad, el juego, el humor, el afecto, la naturaleza, la calidez, la trascendencia del ego, la objetividad, la autonomía, la responsabilidad, el significado, el juego limpio, la experiencia trascendental, la salud psicológica y los conceptos conexos (Sutich, 1961, p. 8).

2.2 Los postulados de la psicología humanista: una visión metateórica

Es posible indicar que la psicología de enfoque humanista es una metateoría, en tanto que no pretende responder a fenómenos específicos del psiquismo, no elabora principalmente una conceptualización particular de los procesos psicológicos, aunque esto se haga luego, sino que apuesta por trazar los postulados generales de una ciencia humana de los asuntos humanos, una teoría general del conocimiento y de la ciencia (Madsen, 1988). Al respecto indican Resnick *et al.* (2001) que la tercera fuerza es una metateoría, ya que, al ser holística y descriptiva, no pretende analizar partes, sino todo el fenómeno en su contexto y su historia.

En esta misma dirección señaló Allport (1964) que la tarea de la nueva psicología debería orientarse a desarrollar un sistema ecléctico, a una percepción del hombre como sistema abierto, donde se opte por la integración en lugar de la desintegración. Igualmente, Proctor *et al.* (2016) han descrito la propuesta rogeriana como una metateoría en tanto que responde a las características globales que constituyen a la persona con funcionamiento pleno y que son susceptibles de explorarse en la investigación empírica.

Esta metateoría, que recoge diversidad de voces, lleva a Bugental a publicar en 1964 un artículo denominado *The third force in Psychology*, allí presentó cinco postulados básicos de la psicología humanista, los cuales representaron a su vez, un esfuerzo metateórico por identificar y reconocer las características de este enfoque.

Estos cinco postulados marcarán una apuesta epistemológica, teórica y política de la psicología humanista en su devenir, y también permitirán, ante la floreciente diversidad de reflexiones, inquietudes de diversos pensadores, corrientes psicológicas y filosóficas, sentar las bases que posibiliten la inclusión de diversos razonamientos, orientados a su vez por una lógica metateórica que guiará su desarrollo. Estos postulados son:

El hombre es más que la suma de sus partes: allí, el autor refiere una posición clave en la que el hombre debe ser reconocido como algo más que un producto aditivo de varias funciones parciales. En términos epistemológicos, orientará los esfuerzos del enfoque por propiciar una mirada global, evitando los reduccionismos como simples salidas en la explicación del fenómeno estudiado.

El hombre tiene su ser en un contexto humano: una de las preocupaciones centrales de la psicología humanista estará enmarcada en el potencial interpersonal del hombre. Lo anterior trasciende una epistemología del sujeto roto, ligado a la visión intrapsíquica, para dar paso a una epistemología relacional: el ser es ser en el mundo, la existencia se entiende y se configura en un escenario relacional, la vida es posible en el acto de ser acogidos por otros. En esta dirección, todo fenómeno deberá entenderse en la relación de dos o más elementos.

El hombre es consciente: parece una obviedad dentro del marco de la psicología contemporánea, sin embargo, en la psicología de la época, ni el conductismo, ni el psicoanálisis daban en sus modelos un lugar significativo a la consciencia. Esto abre paso a entender la subjetividad como elemento de saber y de interés terapéutico. Dicha visión se acerca más a la comprensión de los gestaltistas en la relación figura-fondo, la consciencia puede estar presente, aunque negada, la psicología humanista sería entonces el primer modelo psicológico que abraza las teorías de la psicología de la Gestalt. Esta escuela alemana propició una revolución en la psicología volcando su interés por el estudio de la percepción, atención, memoria, inteligencia; tópicos que hacen parte de la ciencia básica de la psicología (Latner, 1994).

El hombre tiene elección: del determinismo de las fuerzas externas divulgadas en el conductismo o de las fuerzas internas propias de la narrativa psicoanalítica, la epistemología del enfoque humanista estará guiada por reconocer al hombre como participante de su experiencia y no como un simple espectador. Aparece una visión que otorga capacidad de agenciamiento personal, de este postulado, deriva la capacidad de cambio de las personas. La elección emerge en el campo de lo fenome-

nológico como un hecho de la experiencia, no se instaura en el debate clásico de la dialéctica entre el determinismo y el libre albedrío. La elección también es posible, como una forma de asumirse y posicionarse ante los hechos fácticos de la vida.

El hombre es intencional: la experiencia se propicia en el marco de una orientación, la cual aparece a través del esfuerzo por construir un propósito, lo que valora, la creación y el reconocimiento del significado. La intencionalidad se despliega en el objetivo de la conservación y el cambio, homeostasis y desequilibrio. La intencionalidad, por lo tanto, es la base sobre la cual se configura la identidad y diferencia al ser humano de otras especies.

No es suficiente, sin embargo, con enumerar las características del modelo, sino que un paradigma debe acompañar privilegiadamente la metateoría, por lo cual Bugental (1964) busca establecer un punto de partida sobre el cual la psicología humanista se eleve y diferencie de otros enfoques o paradigmas psicológicos. Esta necesidad le habría sugerido al autor la construcción de un dogma, no obstante, a diferencia de la religión, este también llama a la interpelación y al cuestionamiento pues las orientaciones metodológicas y conceptuales no son para la psicología humanista y para Bugental un punto final, estas ofrecen un panorama que otorga una base para el desarrollo del enfoque, al tiempo que se debe seguir respondiendo a los desafíos y características que se presenten en el devenir histórico de la psicología (figura 1).

Ha de señalarse que, a nivel metodológico e incluso previo al conocimiento que autores como Maslow, Rogers y Bugental tuviesen de la fenomenología, tempranamente en la filosofía de la ciencia y epistemología de la psicología, se entendió que la base de operaciones investigativas, teóricas y clínicas podrían estar sustentadas en perspectivas fenomenológicas. Si bien se reconoce, otros métodos provenientes de la estadística o pruebas experimentales, el criterio último debe ser la experiencia humana (Bugental, 1964).

Figura 1.
Características de una psicología a la luz de Bugental



Con la apuesta por lo fenomenológico, la condición de relatividad y el contextualismo sociohistórico que debe tener todo conocimiento crítico, se estimuló el potencial imaginativo que se esperaba de esta orientación, el conocimiento debía estar sujeto a cambios, incluido el propio enfoque. Bajo dicha premisa, para Bugental (1964) el lenguaje sobre el cual se origina la psicología humanista es inclusivo, no se parte de cero, pues se reconocen los aportes previos del conductismo y del psicoanálisis, pero al mismo tiempo se da la bienvenida a diversos enfoques y razonamientos en el plano de la psicología, que podían a su vez compartir dicha visión como punto de partida.

2.3 Una propuesta revolucionaria para la investigación y la clínica

La consolidación de los modelos epistemológicos precisa elaboraciones semánticas, simbolizaciones, autores y producciones sobre los que se soporten los avances y se elaboren perspectivas para la maduración, asunto que para el enfoque humanista se asocia con la presentación a la comunidad científica de su propio corpus investigativo.

La psicología humanista en su surgimiento marcó dos líneas que, a la postre y pese a las críticas recibidas, terminaron siendo incorporadas en el plano contemporáneo de la psicología: una vuelta al estudio de la conciencia y la implementación de modelos salutogénicos conocedores de la característica de bondad y desarrollo positivo del ser humano. Este último, es uno de los campos más estudiados hoy por enfoques como la psicología positiva, propuesta que entre otras manifestaciones ha realizado un estudio estadístico a tradicionales constructos de la psicología humanista (Correa, 2021).

Una de las primeras estrategias y plataformas utilizadas para la divulgación del enfoque humanista fue la creación del *Journal of Humanistic Psychology* (JHP) que cumplió en el 2021 sesenta años de haberse inaugurado, y hoy se ubica con un alto nivel dentro de los escalafones internacionales (Q1). Esta publicación ha sido clave para la promoción e investigación desde el enfoque y ha inspirado a su vez la creación de otras revistas y comunidades académicas alrededor de la psicología humanista.

En una revisión narrativa de la primera edición de la revista inaugural de la psicología humanista, DeRobertis (2020) pone en evidencia la dirección y visión de los psicólogos humanistas sobre este enfoque, además de traer tópicos de dicho momento histórico, se devela su pertinencia para los psicólogos humanistas en la actualidad. En dicho trabajo el autor realizó una revisión exhaustiva de cada uno de los artículos publicados identificando las categorías más frecuentes y relevantes en los escritos presentados.

DeRobertis (2020) señala que la psicología humanista rescataba al ser humano como cultural sin reducirlo al determinismo de la cultura, lo miraba desde lo cognitivo sin reducirlo al racionalismo, a su vez promovía una visión desde el desarrollo sin caer en un historicismo individual o colectivo; todo lo que le permite concluir que la psicología humanista promovió, desde su origen, una visión integradora anclando al sí mismo al proceso de devenir, expresado en parámetros biológicos y culturales.

El discurso inaugural de la psicología humanista es sintetizado por DeRobertis (2020) en cinco temáticas: i) la ciencia psicológica desde un enfoque inclusivo e integrador, ii) una imagen revisada de la humanidad, iii) crítica a la visión instrumentalista de la persona, iv) la cognición desde un enfoque integral y v) un enfoque sobre el desarrollo.

2.3.1 La ciencia psicológica desde un enfoque inclusivo e integrador

Lejos de considerarse en un plano contrario a la ciencia, la invitación con vehemencia encontrada en la narrativa de los pioneros del enfoque fue la de posibilitar una mayor ampliación metodológica que permitiese no solo dar cuenta del objeto, propio de los discursos de la época, sino también develar el rostro del investigador. Esto apertura la inclusión de perspectivas cualitativas provenientes de métodos como la fenomenología, dicha intención hace emerger una ciencia centrada en la persona. Bajo esta premisa, la ciencia en términos objetivos nunca está divorciada de las personas, la ciencia existe en función de la conciencia de alguien en un contexto específico (DeRobertis, 2020).

Lo fenomenológico posibilita que la ecuación investigativa no solo incluya la descripción del objeto observado, sino que se eleva sobre la observación del observador, para incluirla y describirla en el marco del proceso investigativo. En esta dirección, se rompe con la lógica dualista: mundo subjetivo y mundo objetivo, tanto el uno como el otro se explicitan en la expresión de la persona que los vivencia: hay un mundo para la conciencia y una conciencia para el mundo (DeRobertis, 2020).

Desde este principio, el propósito de la psicología humanista se encaminó a ofrecer una narrativa más amplia y profunda, teniendo cuidado con la ingenuidad de confundir el objeto o interés investigativo con la persona, y sintetizando las diferentes percepciones de las otras corrientes con su propio campo, ya que esta fuerza no empezaba de cero, los humanistas habían llegado a un territorio explorado parcialmente, así que una nueva comprensión del ser humano no era propiamente el descubrimiento de un nuevo continente, era más bien el señalamiento básico que propone que “el mapa no es el territorio” por lo cual la psicología en su conjunto debía transitar con menor ingenuidad respecto a sus aseveraciones y formas de entender al ser humano.

2.3.2 Una imagen revisada de la humanidad

Lejos de reducir la psicología humanista a un movimiento romántico ingenuo, los autores del número inaugural del *Journal Of Humanistic Psychology*, estaban convencidos de que la psicología no debía sucumbir en los reduccionismos de un intelectualismo hiperracionalista o un positivismo infantil. La reificación del sujeto a la facticidad del ajuste ambiental o a una suerte de idealismo que lo muestra flotando por encima de una situación concreta, emergen con grandes críticas. La apuesta general de la psicología humanista debía posibilitar al científico social estudiar a la persona más allá de la dicotomía sujeto-objeto (DeRobertis, 2020).

A su vez, la subjetividad, debía entenderse como conciencia encarnada y situada en un contexto específico, el significado y sentido se propician en un entramado corporal y social. Emergen intereses centrados en las necesidades humanas fundamentales y diversas, enfatizando en la singularidad, la salud psicológica, las crisis como el sinsentido, alienación y la soledad. El estudio de la cognición se enmarcaba bajo una conciencia afectiva y una relación con lo conocido, la subjetividad está en relación con la situación encarnada de la persona, dibujada como ser en el mundo (DeRobertis, 2020).

El pasado, presente y futuro guardan una profunda unidad, interactúan continuamente dentro del proyecto vital de la persona, la psicología humanista enfatizó la necesidad de una comprensión de la persona como un agente situado, la autoactualización viene a nominar el proceso permanente de reafirmación del sujeto, con sus distintas vicisitudes, otorga una visión del aprendizaje como la capacidad de vivir de forma paradójica en distintas dimensiones del tiempo, negociando la constancia y el cambio, la tradición y la novedad (DeRobertis, 2020).

Por lo tanto, el crecimiento no será la ausencia de todo conflicto, la capacidad de agenciamiento frente al conflicto permite la satisfacción personal y otorga la sensación de estar vivo con los matices, aromas y desazones propios de la vida, esto era lo que decía Moustakas como parte del discurso inaugural de la psicología humanista:

Es esta dimensión, llámela espiritual o mística o estética, o creativa, o simplemente el hombre siendo hombre. Hablo de fuerzas desconocidas en el hombre que se fusionan con fuerzas desconocidas en el universo y dejan que ocurra lo que va a ocurrir, permitiendo que la verdad y la realidad que existe emerja en su sentido más completo y dejando que lo impredecible en uno mismo se encuentre con lo impredecible en el otro. Entonces se produce un avance del yo en el que el hombre hace lo inesperado e imprevisto, en el que el hombre emerge recién nacido y percibe y siente y experimenta de una manera totalmente diferente (1961, p. 26).

Desde esta imagen revisada de la humanidad la psicología humanista convoca una lectura ontológica de la persona, con un lenguaje abierto, capaz de responder a la singularidad del ser y del suceso, mostrándose sensible no solo por la vivencia enmarcada en un solipsismo psicológico, esta será más bien relacional con un profundo arraigo interpersonal y situacional (DeRobertis, 2020). Emerge una postura ética, pero también filosófica en la que destaca la necesidad de asumir y promover el protagonismo de los seres humanos frente a su historia como proyecto indi-

vidual, pero con el acento suficiente por la trascendencia para convocar una visión de humanidad.

El enfoque humanista emerge con este énfasis, como una voz crítica a los intentos de la reducción técnica de la experiencia humana, entendida en la presencia de un lenguaje impersonal, que distorsiona el encuentro, para convertirlo en simple dato:

¿Cómo puede la singularidad de la persona tomar forma en una situación de vida, cuando se le presiona para que se comunique de manera precisa, para que se copie o modele a sí mismo según las normas y estándares habituales, para completar ciertas tareas de desarrollo? Vivimos en una era de razonamiento en la que el yo es un sistema de sí mismo, una serie de racionalidades y conceptos que describen y definen, donde las habilidades se utilizan para explotar y manipular, donde las abstracciones son más relevantes que las realidades abstraídas, y donde el símbolo ha llegado a ser más real que la persona o la cosa simbolizada. Vivimos en una era de comodidad, listos para recibir y consumir, donde es mejor callar y mirar hacia otro lado cuando hay un clamor vibrante por justicia y verdad, cuando es mejor quedarse al margen de una relación real, porque un encuentro genuino a menudo trae dolor, sufrimiento y dolor, así como alegría y felicidad (Moustakas, 1961, pp. 26-27).

2.3.3 Crítica a la visión instrumentalista de la persona

Este tercer elemento orientador de la psicología humanista elevaría una crítica a la cultura científica de la época, refiriendo que la psicología tenía los suficientes elementos para permitir una comprensión del ser humano, en una perspectiva biocultural, sin embargo, la capacidad de agenciamiento de la persona no parecía estar incrustada en las lógicas reduccionistas de fuerzas biológicas o ambientales.

En la nueva fuerza psicológica, la persona, no podrá ser la suma de los determinismos biológicos o culturales, aun cuando la psicología pueda establecer un desarrollo operativo desde estas dimensiones, la psicología humanista reclamó una visión más amplia, capaz de captar el yo agente en dichos escenarios (DeRobertis, 2020).

Maslow (1961) manifestaba su preocupación al respecto al considerar que los enfoques sobre el bienestar operaban en una lógica funcionalista, donde el sujeto hace parte simplemente de un engranaje más amplio, obedeciendo a los patrones de adaptación cultural y social:

No debemos caer en la trampa de definir el buen organismo en términos de para qué es "bueno", como si fuera un instrumento en lugar de algo en sí mismo, como si fuera sólo un medio para algún propósito extrínseco (Maslow, 1961, p. 1).

La cultura y tradición académica de la psicología, operaba en una lógica funcionalista, las formas de categorizar, medir, predecir, controlar y manipular, obedecían a una perspectiva donde la persona aparece como instrumento. No se interrogaban los valores de la cultura, o los fines de adaptación, se buscaba que el sujeto actuara para lógicas concluyentes de la cultura dominante cuyos principales valores girarían alrededor del consumismo. Más allá de la mirada instrumental, que equipara a los seres humanos al mismo nivel que los demás elementos del entorno, el enfoque humanista buscaba describir una relación de la persona con el mundo (DeRobertis, 2020).

2.3.4 La cognición desde una perspectiva integral

La psicología humanista avaló la necesidad de posibilitar dentro de los esfuerzos académicos de la psicología una vuelta sobre la consciencia. Si bien compartía intereses similares a los que emergen del lado de la psicología cognitivista, los humanistas pioneros del movimiento, consideraban que la forma en la que se presentaba la cognición estaba arraigada a una escisión dualista, bajo el reino del racionalismo ofrecía un enfoque parcializado de la mente (DeRobertis, 2020).

En este sendero, los esfuerzos por promover un enfoque de la mente debían escapar a las lógicas artificiales en las que se presentaba la cognición: abstractas, divididas y meramente adaptativas. Una orientación que entiende la cognición a distancia, incluida la propia experiencia, ante esto no se hizo esperar una respuesta desde autores del enfoque:

Por un lado, el reino de la razón y la lógica contiene dentro de ella muchos de los elementos de un juego al que jugamos. Aunque sabemos que no es cierto, jugamos a que el mundo exterior es para nosotros el mismo mundo exterior que para los demás. Jugamos al juego de la comunicación reconociendo que la "verdadera comunicación" nunca es posible. Establecemos "reglas del juego" que todos debemos jugar, y nos sentimos "engañados" cuando los demás no están de acuerdo con nuestro juego. Por otro lado, a menudo queda un sentimiento subyacente de relación con los demás que llamamos comunión, sin preocuparse nunca de preguntar, como en la comunicación, si lo que se comunica es lo mismo para cada uno de nosotros. Experimentamos, pero luego negamos porque no se ajusta a nuestras reglas, una pertenencia inmanente al mundo y reconocemos, tal vez sólo vagamente conscientes de ello, que somos un aspecto esencial e integral de lo real (Smillie, 1961, p. 93).

Los psicólogos humanistas reconocieron la importancia de asumir una visión sobre la cognición capaz de albergar una narrativa del cuerpo, trascendiendo el dualismo, un enfoque que no se agota en el sensacionalismo o impulsos superficiales. La cognición solidaria responde al afecto sin sucumbir a él como una especie de praxis sentimentalista. La visión de la cognición es relacional, surge del mundo precientífico, acompañada de valores de los esfuerzos y objetivos humanos. La psicología humanista avaló un enfoque de la mente en el que están presentes y de forma simultánea lo corporal, la emoción, la evaluación, la voluntad y la percepción (DeRobertis, 2020).

2.3.5 Una mirada sobre el desarrollo

El último elemento transversal descrito por DeRobertis (2020) y como parte de la invención humanista tiene que ver con el hecho de que el desarrollo emocional recibe una nueva dignidad. Aquí la razón y la emoción no se entienden como opuestos, considerando que, en la construcción del conocimiento, interviene la percepción, el afecto y los valores. De esta manera, el desarrollo y crecimiento de la persona, está asociado con procesos desde el ámbito social, luego, para que se lleve a cabo el paso de convertirse en persona, es necesario encontrar un medio que posibilite el crecimiento, bajo estos parámetros el sujeto debe ser comprendido en una perspectiva biocultural que permite explicitar los diferentes elementos que emergen en la interacción.

El enfoque humanista enfatiza en la necesidad de un entorno social que posibilite aprender de los demás y de sí mismo, donde la persona pueda asumir una participación auténtica en el proceso de aprendizaje. Aquí se reconoce el mundo como proceso de estar con, por lo cual será importante que las personas en la relación con el niño lo conozcan en el nivel de vinculación, aceptación y comprensión mutua.

Estos cinco criterios fundacionales que hoy han de iluminar el quehacer del clínico con enfoque humanista, pueden concebirse también a la luz de lo que posteriormente se consideraría psicología cultural, psicología cognitiva y psicología del desarrollo, sin que se reduzca a ninguno de estos campos (DeRobertis, 2020).

2.4 Un terreno metodológico llamado fenomenología

Como ya lo concebía Bugental en los análisis de la epistemología humanista, y como efectivamente lo apropió Rogers en su terapia centrada en la persona, la fenomenología habría de orientar tanto la actitud del psicólogo, como las formas operativas de proceder frente a la realidad subjetiva y las comprensiones que de allí se desprendan y construyan.

Dada la arraigada relación que existe entre el paradigma metodológico y orientaciones conceptuales de la fenomenología, con las prácticas psicoterapéuticas de los enfoques humanistas, suele relacionarse y usarse sin mayor distinción la referencia psicología fenomenológica y psicología de enfoque humanista y existencial, así que este terreno atraviesa el discurso y análisis de todos los asuntos de la tercera fuerza.

Con lo anterior, adentrarse en esta propuesta metateórica implica atravesar por las cuestiones epistemológicas asociadas al alcance, posibilidad, cualidad, calidad y veracidad del conocimiento. A este respecto O'Hara (1989) se pregunta sobre la pertinencia y cualidad de usar el término psicología humanista, y con ello, se enfrenta a la revisión de una historia de las ciencias.

El autor expone que todas las sociedades suelen enfrentarse a diversas preguntas existenciales, las cuales se expresan a través de ideas, fábulas, mitos, religiones, supersticiones. El orden cultural evoca una imagen de la humanidad que suele impregnar nuestra percepción de dignidad como simios desnudos o como hijos de Dios. A principios del Renacimiento dichas preguntas se atendían en la contemplación de diversos mundos y dimensiones de la realidad, físicas y místicas. En el plano místico, las instituciones y sus voceros solían marcar la pauta para brindar una idea unitaria de la realidad (O'Hara, 1989).

El siglo XIX marca una ruptura de la historia dominante de la cultura en Occidente, la realidad no estará guiada por las disposiciones o narrativas religiosas, el mundo estará trazado por la trayectoria y comprensión de la ciencia natural. El positivismo se convierte en la nueva realidad. De esta manera, los discursos religiosos pierden fuerza como metarrelatos explicativos de la realidad para dar paso a un nuevo metarrelato; el método científico se eleva bajo la promesa de producir una teoría unitaria. El positivismo se mostraba con fuerza y con gran capacidad para responder lo que, en miles de años, diversos artefactos culturales no lograron atender. A comienzos del siglo XX la ciencia era sinónimo de realidad y bienestar (O'Hara, 1989).

Pero el optimismo en la ciencia como motor del desarrollo humano se ve frustrado cuando esta presenta otra cara, ya que en el escenario de la primera y segunda guerras mundiales se favoreció la creación de los artefactos bélicos más poderosos, las disposiciones políticas y sociales más oscuras capaces de arrasarse con territorios completos y provocar la extinción de la vida.

La tragedia de la guerra tocó la dinámica de la vida en el planeta como nunca antes en la historia de la humanidad. Esto se presentaba paradójicamente con los mayores avances que la ciencia de la época tenía, por lo cual no era difícil llegar a la pregunta ¿el para qué de la ciencia? Y con ello el ¿cómo de la ciencia?

Despojados de la fe, los símbolos y rituales cargados de significado y siendo testigos de la eliminación entera de generaciones arrebatadas por la guerra, la sociedad occidental se encuentra de frente con el mismo conjunto de preguntas existenciales, sin que emerja una historia coherente para abordarlas.

La psicología humanista deviene como discurso emergente que intenta captar estas inquietudes trayéndolas al debate de la psicología norteamericana, sin embargo, si esta no ofrece un panorama metodológico y operativo, no será más que una historia religiosa, constituyéndose como un sistema moral basado en artículos de fe y de creencias sobre nuestra naturaleza y nuestra situación existencial.

Por lo tanto, si el cuerpo teórico y metodológico del positivismo se situaba desde el desinterés de la experiencia humana y los dilemas existenciales, y a su vez mostraba incapacidad para captar lo simbólico y los fenómenos propios de la vida cotidiana, los reclamos, críticas, sueños, deseos, marcos conceptuales y reflexivos de la psicología humanista debían ofrecer un camino operativo y metodológico dialogante con otras perspectivas científicas, incluso las provenientes del positivismo (O'Hara, 1989).

Si bien el desarrollo y auge de la psicología humanista es posterior a la presencia e inclusión de la fenomenología en el plano de las investigaciones en salud

mental, en el marco de la psicología norteamericana la fenomenología marcaría parte del trayecto metodológico, el cual continúa presente en la psicología humanista, aunque con mayor apertura metodológica. Tal como lo indican Churchill y Wertz (2001), la fenomenología se constituye en el centro de operaciones a nivel epistemológico, teórico y clínico del enfoque.

La fenomenología fue para Husserl una respuesta a algo que al positivismo se le escapaba. El positivismo lograba captar y operativizar elementos propios del entramado físico, sin embargo, la ciencia debía ir más allá de este enfoque para tener en consideración la experiencia humana. Si bien este debate se llevaba en el plano filosófico, Husserl sabía el impacto de sus reflexiones sobre la psicología, considerando que esta última necesitaba una base conceptual y metodológica diferentes a la ofrecida por el positivismo (Churchill y Wertz, 2001).

La fenomenología dirigió su esfuerzo a incorporar en el plano académico el estudio de la experiencia humana. Sobre el trabajo inicial inaugurado por Husserl, se encuentran los trabajos de Sartre y Merleau-Ponty a los cuales se les conoce como fenomenólogos existenciales. Con inquietudes similares, y por la misma época (1930-1940), pero sin un sustento metodológico claro, en el plano de la psicología norteamericana encontramos en los trabajos de Murray, Allport y Combs, la necesidad de adoptar un modelo capaz de captar la singularidad del cual la psicología en conjunto debía ocuparse (Churchill y Wertz, 2001).

En Europa durante este mismo periodo, había un interés desde la psiquiatría por los trabajos de Dilthey, Husserl y Heidegger. En este escenario Jaspers desarrolló una psicopatología general influenciado por las ideas de Husserl y por Dilthey, de este último tomó el interés en ofrecer una psicología basada en la comprensión antes que en la explicación, con esto apareció una fenomenología descriptiva de las alucinaciones, delirios, expresiones, actividad motora, cuya intención se daba desde un enfoque integral de la caracterología (Churchill y Wertz, 2001).

La fenomenología de Husserl continuaría encontrando su desarrollo en los escritos de psiquiatras como Binswanger, Minkowski, Von Gebsattel. Al mismo tiem-

po los trabajos de Heidegger alrededor del *Dasein* ofrecieron a la psiquiatría una antropología para comprender, tanto a la persona en su propia humanidad como a las patologías de la existencia. Del mismo modo, desde perspectivas psicoterapéuticas, los trabajos de May, Allport, Rogers, Laing, Frankl, Fromm, Moustakas y Bugental hicieron un uso extensivo del pensamiento existencial y fenomenológico europeo (Churchill y Wertz, 2001).

No por recusar al positivismo la fenomenología debe considerarse como una metodología menos rigurosa, por el contrario, es capaz de dirigir el interés de clínicos e investigadores sobre la experiencia humana como totalidad trascendiendo las lógicas propias del positivismo. Churchill y Wertz (2001) indican que gracias a ello en la psicología clínica fueron incorporados tópicos como: libertad, alienación, autenticidad, inautenticidad, facticidad de la muerte, experiencia de la nada y la culpa ontológica, siempre desde un análisis crítico de la cultura occidental, sin embargo esta tendencia marcaría una mayor agenda terapéutica que investigativa.

2.5 Fenomenología existencial y psicología humanista

Derivadas y convergentes con los principios de la tercera fuerza, las consecuentes psicoterapias humanistas en todas sus vertientes encarnan diversos principios existencialistas, sin embargo, uno de los imaginarios con los que se suelen presentar, las ubican en contraposición con las provenientes del existencialismo. A menudo se señala que en las primeras se percibe a los seres humanos como criaturas básicamente positivas que se desarrollan constructivamente en condiciones adecuadas, se presentan a estas psicoterapias como demasiado optimistas. De otro lado, en la posición existencial, en la visión de las terapias existenciales, las personas podrán evolucionar frente a cualquier dirección, buena o mala, enmarcadas dentro del escenario de la elección (Rowan, 2001).

La distinción anterior suele ser simplista y desconoce a su vez el desarrollo y devenir histórico de la psicología humanista. Si bien se distingue a la psicología humanista como un movimiento con raíces en Norteamérica, su evolución y avance ha estado soportado en gran medida por nociones claves del cuerpo

teórico de la filosofía existencial. Hay diversas relaciones potentes que se reconocen desde algunos autores y que permiten hablar de psicoterapias humanístico-existenciales (Daei *et al.*, 2020; Farber, 2012; Schneider y Krug, 2010; Pacciolla, 2019).

Sustentada en las relaciones que emanan del lenguaje inicial de la psicología humanista y la psicología existencial, se encuentra una serie de diálogos con la fenomenología como método y con pensadores de corte existencialista en modelos como la terapia Gestalt, el enfoque centrado en la persona, el psicodrama, el enfoque experiencial de Mahrer, la psicología de la autorrealización (Rowan, 2001).

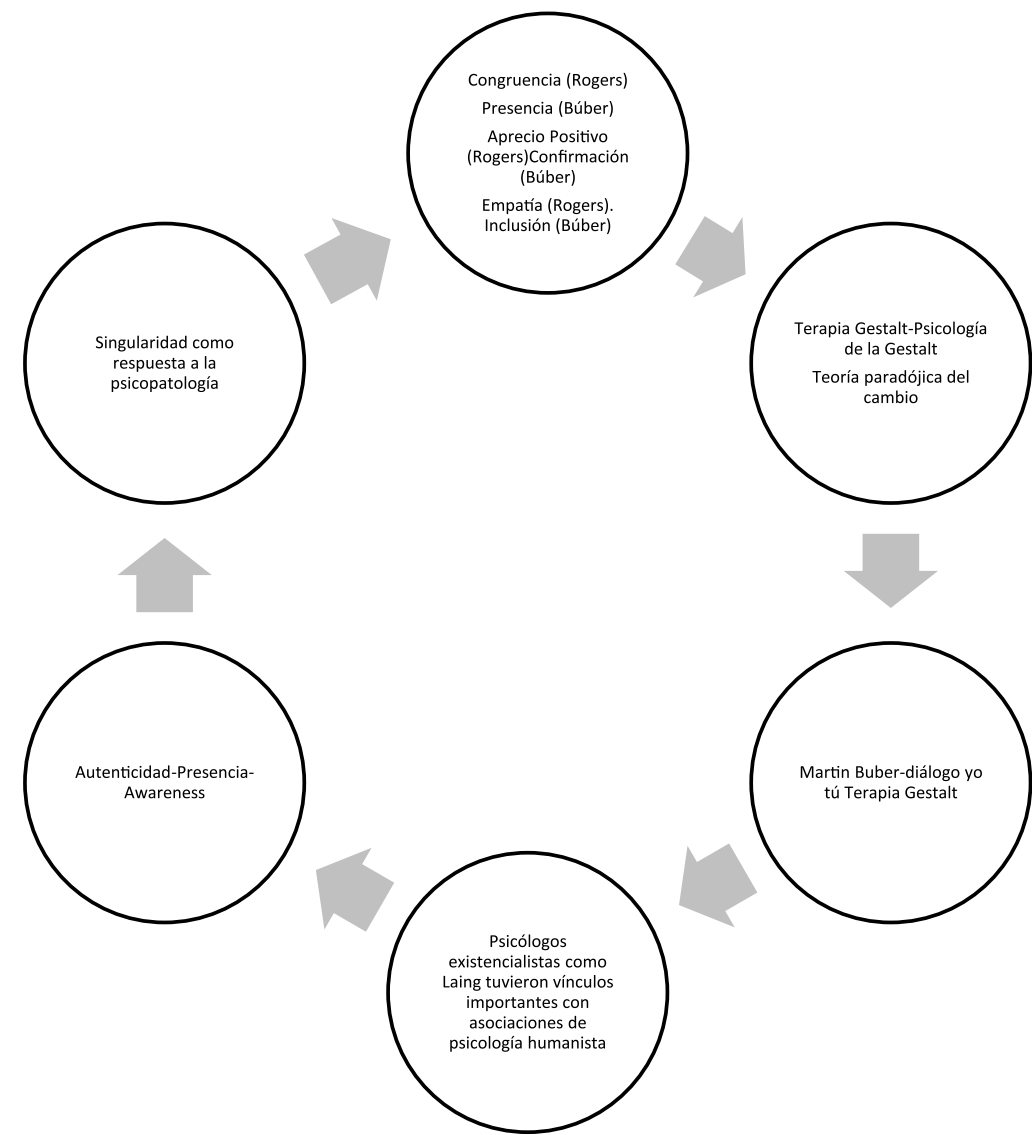
Los imaginarios y la mayoría de críticas para marcar una profunda distinción entre las narrativas existenciales y humanistas tienden a centrarse de forma general en algún elemento del pensamiento de Rogers o Maslow, sin embargo, para pensar la tercera fuerza es importante ir más allá de estos autores, mostrando los puentes establecidos con corrientes existencialistas tal como lo hicieron Bugental, Mahrer, y Rollo May, este último además de ser un teórico importante para el enfoque, desarrolló aportes y reflexiones importantes para la psicoterapia existencial (Rowan, 2001).

Bugental, además de convertirse en el primer presidente de la Asociación de Psicología Humanista, participó en el concejo editorial para el análisis existencial en Inglaterra. Según Bugental, la fenomenología y el existencialismo son fuentes disponibles para el desarrollo de la psicología humanista, refiriendo que el existencialismo más verdadero es humanista. En esta dirección nombraba su enfoque como humanista existencial, con obras claves como: La búsqueda de la autenticidad (1981) y El arte del psicoterapeuta (1987) abordó conceptos clave como la presencia en psicoterapia, derivados de las reflexiones de la palabra alemana *Dasein* (Rowan, 2001).

Dentro de los puntos de encuentro de las corrientes humanistas y existenciales (figura 2) en la psicología, ha de destacarse la introducción en el modelo rogeriano de los aportes de Martín Buber, el cual aparece también en la terapia Ges-

talt junto con la incorporación de la fenomenología. Lo propio hizo Laing, según Rowan (2001) aunque algunos puedan disentir con que no es propiamente un representante de psicoterapias existencialistas su pensamiento transita en un marco vinculante con posturas fenomenológicas existenciales, aspecto suficientemente reconocido por Van Deurzen *et al.* (2019) Laing, aportó reflexiones valiosas alrededor del concepto de presencia en el marco de la relación terapéutica al tiempo que mantuvo una relación cercana con la asociación europea de psicología humanista.

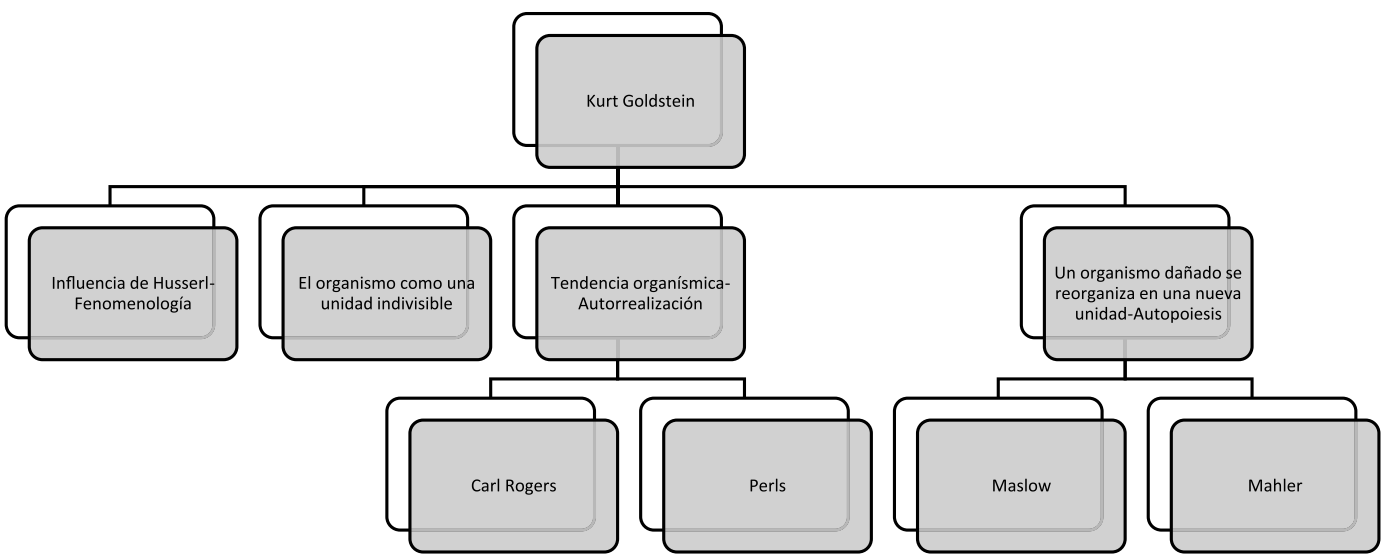
Figura 2.
Puntos de encuentro corrientes humanistas y existencialistas



Quizá uno de los vínculos más significativos entre la fenomenología y la psicología humanista se encuentre en Kurt Goldstein, quien nació en 1878 en los albores de la psicología científica, recibió influencias profundas para su obra desde los trabajos de Husserl, y mostraba a su vez cierta familiaridad con Heidegger y Merleau-Ponty.

Desempeñándose como neurólogo y psiquiatra, Goldstein desarrolló un enfoque global de la comprensión del organismo, acuñó el concepto de autorrealización usándolo en sus estudios sobre lesiones cerebrales en soldados, más allá de la observación del daño, pudo identificar las formas de reorganización de los procesos cerebrales después de las lesiones. Goldstein lideraba en el plano académico de la psicoterapia un enfoque holístico, funcional y dinámico, el cual fue captado por diversos teóricos del enfoque humanista e incorporado en sus obras.

Figura 3.
Influencias de Goldstein



Ahora bien, mientras que las narrativas iniciales de la psicología humanista proponen pensar perspectivas salugénicas del fenómeno humano, los modelos existenciales tratan de responder a los dilemas de la humanidad con relación a la guerra, la tragedia, la muerte. La síntesis dialéctica de estas propuestas, arrojan una psicología humanista que encontró en la filosofía y psicología existencial un diálogo teórico y metodológico que le permitió dirigir su mirada al

estudio del hombre como experiencia global, la autorrealización sigue estando presente tanto como la libertad y la muerte.

2.6 De la fenomenología a la clínica psicológica de enfoque humanista

El llamado de Husserl en el que señalaba la necesidad de volver a las cosas mismas, tiene una serie de implicaciones para la ciencia en general pues los conceptos básicos y el desarrollo metodológico de cada saber científico debían dirigirse a las características propias de su objeto. Otra implicación que se derivaría de esto da cuenta que los asuntos concretos de la vida cotidiana, debían ser de interés reflexivo, filosófico y científico. Lo cual permite distinguir a su vez, los campos en los que se desempeña la investigación empírica, diferenciando la vida animal y la vida psíquica humana (Churchill y Wertz, 2001).

Volver a las cosas mismas es acercarse a ese mundo que precede al conocimiento, más allá de las abstracciones en las que suele ser presentado. Ante las discusiones, preocupaciones teóricas, epistemológicas y clínicas frente a las cuales se puede llevar a cabo la praxis psicoterapéutica, lo fenomenológico propone una síntesis en la que se valide la experiencia activa del consultante, elevando desde el encuentro la presencia de los significados en sus formas simples o complejas. En este escenario, los esfuerzos del clínico e investigador no se dirigen a confirmar una teoría, modelo o abstracción, sino a la experiencia tal como se presenta, pues volver a las cosas mismas es un retorno al fenómeno desde el encuentro suscitado en la experiencia relacional.

En este orden de ideas, la vida cotidiana como objeto de estudio debe trascender la perspectiva del sujeto encapsulado en sí mismo, es más, debe identificar al sujeto que va al encuentro con el otro y con lo otro, debe centrarse en la intencionalidad ya que la conciencia siempre es conciencia de algo. Tal como indican Churchill y Wertz (2001), el mundo es diferente a la conciencia misma, por lo cual no necesariamente yace o se expresa en el interior, la experiencia debe ser entendida de forma holística: el sujeto se relaciona con un objeto a través

de su significado. Claro está que los contenidos de la conciencia y los grados de libertad en el significado son al mismo tiempo un reducto de la interacción coconstructiva del organismo y su ambiente.

Es así como el psicólogo de orientación fenomenológica, busca comprender y atender a la relación entre el perceptor y lo percibido, observador y observado. El lenguaje positivista suele captar un mensaje unidireccional: la mirada del científico sobre el fenómeno, mientras que el acto fenomenológico, no solo identifica la mirada que extiende el investigador sobre lo investigado, sino que, de alguna manera, aquello objetivado devuelve su mirada, responde y con ello, la mirada se altera, en consecuencia, se podría entender como un espacio reiterativo de cocreaciones. Por lo tanto, la actitud y método fenomenológico permiten dar cuenta de la interacción entre sujeto y objeto desde un lenguaje bidireccional. La intencionalidad se extiende como un fenómeno relacional, donde la conciencia y el objeto conforman una totalidad irreductible.

El psicólogo clínico de enfoque humanista es conocedor de que todas las experiencias vividas están inmersas bajo la intencionalidad, incluidas la imaginación, la voluntad, la percepción, el sentimiento, el comportamiento social o el recuerdo. Dichos fenómenos se extienden como potencialidades o aptitudes humanas que se configuran a través de los significados que emergen en las formas de implicarnos en las situaciones de la vida cotidiana (Churchill y Wertz, 2001).

Ahora, aunque la intencionalidad permite elucidar las relaciones de los actores del fenómeno, esta no implica un lenguaje plano y claro que envuelva un desarrollo de la experiencia tranquila y explícita. Más bien expone la inexactitud y el carácter indeterminado en las relaciones del individuo con la vida. La intencionalidad dibuja la relación dinámica del ser en el mundo, yo y vida cotidiana superando así aquellas concepciones tradicionales que separan la experiencia –interior–, de la realidad objetiva –exterior– (Churchill y Wertz, 2001).

La intencionalidad envuelve siempre una relación con la temporalidad: despliegue teleológico donde el presente está incrustado con el pasado, y la conducta se abre paso

a un futuro incierto, en un viaje que arranca con el nacimiento y finaliza con la muerte, confirmando que este mundo nos trasciende. No obstante, cada persona experimenta dicho mundo, abriendo paso a la singularidad desde una relevancia que involucra su proyecto vital: metas personales, intereses y deseos (Churchill y Wertz, 2001).

La complejidad del mundo de la vida se constituye en la base de las diversas teorías, cada una capta de forma parcial dicha relación. La psicología constructivista enfatiza el papel constitutivo de la sociedad y la cultura, el psicoanálisis da cuenta de la existencia en las relaciones familiares pasadas, el conductismo se enfoca en la instrumentalidad de la conducta. Al darle prioridad al mundo de la vida se observa que los señalamientos de cada teoría son dependientes de todo lo demás, el pasado no opera sin presente ni futuro. No se puede extrapolar la comprensión de la familia por fuera de la cultura y la conducta instrumental debe entenderse en el contexto de la cognición significativa (Churchill y Wertz, 2001).

La fenomenología como proceso investigativo dentro de la clínica psicológica y de la psicología en general, no transita bajo el desconocimiento de lo objetivo, más allá de la dicotomía subjetivo-objetivo, la fenomenología entiende la ciencia como de segundo orden, describiendo la relación que establece el sujeto incluso con eso que se le impone desde lo fáctico. A su vez se entiende que el saber y la teoría están configuradas desde un plano vivencial que permite captar el rostro del investigador y atender a la interacción entre el mundo y nuestras formas de responder a ellas (De Castro y García, 2011).

A este nivel de la exposición, y como orientación adicional para la lectura de los siguientes capítulos en los que se insistirá en que las cuestiones clasificatorias y operativas siempre se asumirán con carácter orientador, se ha de recalcar que la tarea del clínico es la de facilitar la comprensión y la expresión de la experiencia del sujeto. Sin embargo, es pertinente señalar que la investigación fenomenológica puede reconocerse desde cuatro momentos o etapas, a saber: formulación de un interrogante, ingreso a la situación, análisis reflexivo y descripción psicológica.

En general el énfasis fenomenológico estará guiado por una curiosidad permanente del investigador que le permita propiciar desde el encuentro con el fenómeno la conceptualización y desarrollo teórico (figura 4).

El desarrollo de la actitud fenomenológica permite, en el proceso investigativo y clínico, acercarse al campo de estudio sin pretender imponer las abstracciones, teorías o conceptualizaciones previas al fenómeno, se trata entonces de posibilitar la voz del fenómeno y su aparición en la conciencia del investigador (Churchill y Wertz, 2001; Sassenfeld y Moncada, 2006).

Figura 4.

Proceso fenomenológico



Formulación de un interrogante: la praxis investigativa inicia con la revisión de hechos previos sobre el fenómeno que se desea investigar. Las preguntas que habitan al investigador permiten a su vez captar la esencia para definir el mejor método posible. Las preguntas fenomenológicas girarán alrededor de la experien-

cia, significados, sentido, narrativas, percepciones. En esta primera etapa el investigador identifica hallazgos previos, vacíos investigativos y limitaciones, formas metodológicas en las que ha sido estudiado el fenómeno. Sobre esta base se determina la pertinencia de la investigación (Churchill y Wertz, 2001).

Ingreso a la situación, contacto intuitivo: este momento marca plenamente el esfuerzo fenomenológico por acudir al fenómeno mismo, trascendiendo abstracciones teóricas o conceptuales. El investigador se sumerge plenamente en el encuentro con el fenómeno. La comprensión sobre el evento estudiado marca su camino cuando se privilegia el encuentro directo del investigador con la experiencia directa de su objeto de estudio. Las formas de expresión del fenómeno pueden ser amplias: relatos, testimonios, comportamiento observado, gestos, dibujos, obras de arte, etc. (Churchill y Wertz, 2001). La premisa fundamental estará guiada por entender que la teoría emerge como acto propio dado en el encuentro con el fenómeno (Sassenfeld y Moncada, 2006).

Análisis reflexivo: partiendo de lo inductivo como forma de identificar la voz del fenómeno, el esfuerzo se dirige a captar el sentido del encuentro. Lo anterior implica sumergirse en los significados de la situación descrita, captando la posición escenificada del fenómeno. El investigador mantiene en suspenso sus preconcepciones para observar lo que se presenta a sí mismo, esta es una postura de dejar mostrarse sustentada en la apertura experiencial. La actitud fenomenológica se asume como postura, una forma de estar en relación con el fenómeno evitando caer en el plano de las preconcepciones, fantasías o abstracciones. El interés estará dado por reconocer las formas en las que el fenómeno se presenta a la propia conciencia del investigador, lo fenomenológico explicita el rostro del investigador en su acercamiento al evento de estudio (Churchill y Wertz, 2001).

Descripción psicológica: el investigador expresa los hallazgos de la investigación a partir del sentido del significado en coherencia con la experiencia vivida. En esta fase el investigador está listo para tematizar, describir el proceso sin perder el sentido de la totalidad del fenómeno. La construcción de resultados investigativos trasciende del plano íntimo al público, es decir, la experiencia del investigador con relación al fenómeno es-

tudiado aparece en un nuevo terreno que le permite dialogar con teorías, conceptualizaciones o modelos. En esta perspectiva la investigación fenomenológica opera entre la apertura al fenómeno y el diálogo teórico que se establece en un ámbito más amplio. Las implicaciones del nuevo conocimiento pueden posibilitar atender a controversias teóricas, interrogantes empíricos o problemas prácticos (Churchill y Wertz, 2001).

Capítulo 3.

Sobre la clínica, desde la profesión objetiva hasta una práctica humanizada

La clínica, según su etimología, convoca al cuidado de aquel que está en reposo, que precisa de un lecho o una cama, puesto que padece o requiere el acompañamiento de alguien más para valerse, prolongar su vida o paliar el malestar. Tal acción protectora estuvo asociada históricamente con los ancianos, chamanes, alquimistas, sacerdotes, médicos, y como se asocia hoy, también a los psicólogos, ya que esa persona o personas que sufren en alguna medida, experimentan una carencia de bienestar en su dimensión biológica, psíquica, espiritual, social o todas a la vez, como habría de entenderse desde un paradigma sistémico u holístico (Schnake, 1995).

Desde que Witmer relacionara la clínica y la psicología, diversos discursos en esta disciplina han hecho uso del término clínica, para sugerir una acción que se organiza al acompañamiento desde diferentes estrategias (Routh, 1994). En razón de lo cual, en 1945, cuando se funda el Journal of Clinical Psychology, debido a la larga tradición de producción investigativa al respecto, se presenta el campo de la psicología clínica como una psicología aplicada que recurre al método clínico que se caracteriza por ser rigurosamente objetivo, científico y experimental, lo que a su vez demandaba una formación técnica especializada y certificada, con temáticas que partían de las ciencias básicas pasando por ciencias psicológicas, estudios de la personalidad, psicopatología y psicometría, hasta terminar en psicoterapia y entrenamiento (Thorne, 1945).

Tal ambiente de rigurosidad sugirió que la psicología clínica podría relacionarse además con situaciones como la higiene mental, instituciones de rehabilitación, campo educativo, psicométrico, militar, industrial y de asesoría; de tal modo que la ciencia psicológica pudiese aportar a la solución de los problemas del mundo, “saliendo de los fríos laboratorios y volviéndose al mundo de la realidad práctica” (Thorne, 1945, p. 19).

A partir de lo anterior, la psicología clínica se comprendería como una respuesta a los problemas reales, sin embargo, terminaría abriendo las puertas de los laboratorios, no para que estos se flexibilizaran, sino para convertir el mundo en un laboratorio mismo, razón por la cual, indicó Shakow (1976) –quien fuese destinado en 1947 a la elaboración de los criterios de formación del psicólogo clínico– que esta práctica debía tener una característica especial, ser una “una profesión objetiva y una práctica humanizada” (p. 560) que combinara los valores científicos y los valores humanistas.

Tal profesión objetiva fue la preocupación de Witmer, Freud, Binet, Wechsler, Spearman, Thorndike y Rorschach, por nombrar algunos de los más significativos autores clínicos (Reisman, 1991), a quienes se han sumado numerosos laboratorios que se crearon en Norteamérica, y presentaron la psicología clínica centrada en el psicodiagnóstico que permite identificar anomalías y posteriormente proyectar tratamientos terapéuticos.

Una definición más cercana en el tiempo y suficientemente amplia de la psicología clínica, es la que presenta la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2003), al enunciar que la psicología es el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. Tales manifestaciones incluyen elementos psicofisiológicos, emocionales, conductuales y mentales, en los diferentes escenarios en los cuales la persona desarrolla su vida, en consecuencia, la psicología logra poner en evidencia la ocurrencia normal o esperada de dichos elementos en tanto generen una respuesta favorable en los contextos, al mismo tiempo que evidencia las particularidades anómalas de los individuos.

Esta meta ha acompañado el desarrollo de la psicología desde sus inicios como ciencia, pero no le ha salvado de exponerse a las dicotomías de la elaboración sis-

temática del conocimiento científico y la generación de impresiones explicativas y aplicación de prácticas en contextos terapéuticos. De modo que una comprensión de la psicología ha de indicar tanto su dimensión teórica-investigativa, como su dimensión aplicada, que, de forma más específica y actual, se recrea en el debate entre los modelos biomédicos y los contextuales (Pérez-Álvarez, 2019).

Este debate no le ha sido ajeno a la psicología de enfoque humanista, máxime cuando fue el mismo Carl Rogers, como presidente de la APA, quien solicitó a David Shakow liderar el diseño de los estándares en formación para los psicólogos clínicos, luego conocido como el modelo Boulder (Bernstein y Nietzel, 1982), derivado del cual el desarrollo de programas en formación clínica ha sido exponencial.

El enfoque humanista en psicología, tal como se ha presentado en el capítulo primero de este libro, emergió como una propuesta psicoterapéutica para revolucionar las formas de acompañar a las personas que tienen un padecimiento o que optan por desarrollar de forma positiva su vida, por lo cual, este enfoque se inscribe directamente, pero no de forma exclusiva, en una de las acciones de la psicología clínica como lo es el tratamiento, desde una categoría general que es la psicoterapia.

Del mismo modo lo hicieron y han hecho los diferentes modelos psicoterapéuticos, que en su exploración de los procesos humanos individuales y grupales encuentran nuevas formas y métodos, sin embargo, esto implica sentar un precedente para que dichos modelos permanezcan, a saber, que cuenten con esquemas psicopatológicos con los cuales tratan y por tanto con psicodiagnósticos correspondientes (EFPA, 2003).

Maslow (1965) indica justamente que la psicología debe estudiar al ser humano, incorporar a la investigación científica nuevas técnicas, y sobre todo velar por la singularidad de la experiencia humana, siempre con rigurosidad científica y de cara a promover la salud. La descripción de esta experiencia humana llevó al autor a diseñar algunos esquemas generales de comportamiento y ser usados para el análisis de cualidades positivas y negativas para la salud.

Del mismo modo, Carl Rogers, al presentar su propuesta psicoterapéutica, no refundó la psicopatología sino que, asumiendo las caracterizaciones existentes, se propuso acompañar a las personas desde otros roles, con otras actitudes y hacia metas igualmente benéficas para la salud mental y tan trascendentales como la transformación general de la vida. Tal acentuación en el desarrollo de la personalidad evidencia la necesidad de un marco de referencia que dilucide las condiciones patológicas y fuentes de ansiedad que fragmentan o disocian la totalidad del organismo.

Una clínica humanista por tanto no es ajena a la identificación de problemas, no solamente mentales, sino existenciales. En palabras de Villegas (1986) la pretensión del enfoque desde Maslow fracasó en mantenerse del lado de la ciencia por su falta de un método ordenador, pero como puede observarse en otras lecturas (Sharf, 2015) la fenomenología como método transversal le ha permitido aproximarse a la subjetividad y con ello identificar características ontológicas evidenciables en todos los hombres y que sean objeto de ocupación por parte de la psicología. Estos ontológicos serán los que se presentarán en este capítulo y en el siguiente, como una referencia descriptiva para la comprensión de fenómenos de importancia clínica.

Por ejemplo, en la lógica de Maslow, para poder hablar de un hombre autorrealizado, es necesario identificar un meta ideal de autorrealización y una condición en la que se encuentre ausente esa cualidad; hablar de la satisfacción de las necesidades conlleva a identificar situaciones de insatisfacción y consecuencias de tal carencia; reconocer un hombre con una patología y metapatología, pasa por describir aquellas situaciones que se presentan en el organismo y configuran en el entorno, para que no pueda llevar a cabo una vida saludable.

De esta manera, que el hombre tienda a lo bueno significará que tiene a su alrededor elementos, acciones y otras formas de ser que son contrarias a esta perspectiva. En todos los casos se podrán observar cualidades y cantidades usando estas duplas como referencia psicopatológica, con lo cual el psicodiagnóstico propenderá por un reconocimiento de dichas cuestiones en el sujeto en

particular, y el tratamiento apuntará al acompañamiento para estimulación de la toma de conciencia y con ello de la autodirección.

Igualmente, se advierte en Rogers, cómo la autenticidad tiene su contrario, la inautenticidad, la congruencia puede no ser consistente y presentarse un hombre incongruente, la empatía posible en una persona es susceptible de perderse, una aceptación incondicional podría pasar a ser condicionada, el funcionamiento óptimo diezmarse y, en general, todas las cualidades con las que el organismo se convierte en persona pueden caracterizarse de tal modo que, su presencia o ausencia, intensidad o particularidades en la vivencia de estas, den como consecuencia bienestar o padecimientos de algún tipo.

En este marco, la teoría inicial de la psicología humanista no redefine las categorías nosológicas, pero tampoco las niega, sino que presenta una comprensión integradora de tales patologías, no específicamente en la identificación de signos y síntomas, sino mediante la observación de la vida de cada persona, en donde el malestar mental o las dificultades psicológicas son una consecuencia de la forma en que el individuo atraviesa por sus asuntos ontológicos y existenciales, esto justamente demanda al psicólogo clínico de enfoque humanista la apropiación de estrategias que, sin reducir las diversidades existenciales a una lista de criterios, sean un insumo metodológico y técnico para aproximarse a la complejidad humana.

Desde Maslow hasta hoy, la psicología de enfoque humanista ha dado pasos significativos en la elaboración de estrategias de diagnóstico que son congruentes con el fenómeno humano, sin embargo, es necesario insistir y explorar nuevas opciones que le sean favorables a esta forma de hacer clínica, esto con el fin de evitar que la psicoterapia pierda su potencia, pues en muchos casos, algunos practicantes de la clínica humanista no establecen metas y objetivos terapéuticos claros que orienten la intervención, situación más que necesaria, puesto que no se puede comprender lo que no se ha identificado y no se puede acompañar hacia la transformación a alguien de quien no se conocen los elementos que se interponen en su proceso.

Esto significa que una intervención psicoterapéutica como actividad de la psicología clínica, es un ejercicio ciego cuando no ha estado precedida de un ejercicio psicodiagnóstico previo. Razonamiento que no es novedoso, pues ya Villegas (1986) referencia que la psicóloga humanista Elizabeth Campbell, a mediados de la década de los ochenta, se preocupa entre otras cuestiones, por la necesidad de aumentar la investigación en el campo de la psicología humanista y desarrollar nuevas metodologías para el estudio de la totalidad del ser humano. Tal como lo propone Kelly refiriéndose a la psicología humanista, "el genuino respeto por la dignidad humana exige el desarrollo de instrumentos de acción eficaces" (Kelly, 1966, como se citó en Villegas, 1986).

Para soportar e insistir en la necesidad de elaborar un ejercicio clínico ordenado dentro del enfoque humanista, se presentarán a continuación referencias de los autores clásicos de la tercera fuerza, quienes en su producción literaria más temprana, mantuvieron la atención sobre los valores de la ciencia, dando clara prioridad a los aspectos propiamente humanos y subjetivos, y que les llevó en una producción intelectual más madura, a estructurar propuestas terapéuticas menos directivas y menos fijas a protocolos rígidos.

3.1 Maslow: una clínica de la realización positiva

En el libro *Motivación y personalidad*, Maslow (1956) se ocupa de describir una génesis de la patología y algunas consideraciones sobre la salud y la normalidad, estas elaboraciones son útiles en el contexto de la clínica como un marco de referencia comprensivo para articular diversos fenómenos. Seguidamente el autor también se encarga de explicar cómo esta nueva ciencia psicológica, que es el enfoque humanista, se refleja en contextos como el de la psicología clínica. A continuación, se presenta una articulación posible, ya que el estilo narrativo de dicha teoría se desarrolla sobre posibilidades, presunciones y recomendaciones para el futuro de la psicología.

Para el autor, la clínica se ocupa principalmente de estudiar la personalidad,

la patología, la salud, la adaptación y los efectos psicoterapéuticos, así que la propuesta en psicología humanista no consiste en cambiar los estudios o en dejar de hacerlos, sino orientarlos hacia nuevas dimensiones como amor, éxito, educación, deseo de vida, vitalidad, habilidades, arte, creatividad, fortalezas y otras características de las personas saludables, que no fueran consideradas en el conductismo clásico y en el psicoanálisis.

En esta propuesta se asume que el conocimiento de lo patológico es amplio y siempre tiene su contrario positivo, por ejemplo, agresividad/amabilidad, deterioro cognitivo/genialidad, ira/tolerancia, ansiedad/serenidad, tristeza/felicidad, entre otros; lo que conduce a la consideración de que la clínica no es lo mismo que la psicología de lo anormal pero la incluye, y en ese escenario el psicólogo también se debe ocupar de metas positivas, incluso de lo que Maslow (1956) refiere como las verdaderas enfermedades, que son formaciones contrarias a los valores del ser.

La evaluación, el diagnóstico, tratamiento e investigación, sugiere el autor dirigirlos a la comprensión de los caminos que toma la motivación hasta convertirse en necesidad y con ello tramitarse en una satisfacción, requisito jerárquico de la autorrealización. Esto traduce, como se verá en el siguiente capítulo, en que la motivación es la fuerza movilizante del desarrollo positivo del organismo, tal fuerza permite que las necesidades básicas y las trascendentales puedan ser satisfechas y con ello obtener un estado de bienestar suficiente como para cumplir con la meta de la vida, que es expresar todas sus potencialidades.

El siguiente fragmento ejemplifica de forma sintética y ubica conceptual y metodológicamente la actividad del clínico según lo dicho y lo que se desarrollará posteriormente.

¿Qué es bueno? Cualquier cosa que conduce a este desarrollo deseable en la dirección de la realización de la naturaleza humana interna. ¿Qué es malo y anormal? Cualquier cosa que frustra, bloquea o niega la naturaleza humana esencial. ¿Qué es lo psicopatológico?

Cualquier cosa que perturba, frustra o impide el curso de la autorrealización. ¿Qué es psicoterapia, o con respecto a esto, cualquier terapia o crecimiento de cualquier clase? Cualquier medio, del tipo que sea, que permite devolver a la persona al camino de la autorrealización y el desarrollo según le dicta su propia naturaleza no sólo lo que los seres humanos son, sino también lo que pueden llegar a ser. Las potencialidades (Maslow, 1956, p. 117).

Con lo anterior, la naturaleza esencial del hombre, su posibilidad de desarrollarse y trascenderse, es la que se ha visto obstruida y llega al escenario clínico, sin embargo el psicólogo debe considerar la imposibilidad e insuficiencia de crear una estandarización, clasificación y comprensión absoluta de la personalidad y de la experiencia humana, pues cada persona debe ser acompañada desde su particularidad y solo desde allí tendrá sentido la patología. Así pues, la clínica es clínica de la autorrealización, no solo de esta como meta, sino de todo lo que se configura en una totalidad para impedirla o favorecerla.

Servirá al clínico el conocimiento teórico, científico y empírico de la autorrealización y de todos los recursos saludables y positivos para potenciar su presencia y dominio en las personas que precisen mejores adaptaciones, lo que es viable siempre que las actividades de evaluación y seguimiento se ejecuten con rigor, pues como lo indica el autor "la psicoterapia mejora a la persona. Si no se hace seguimiento de la personalidad tras la terapia perdemos la oportunidad de observar a la persona en su mejor momento" (Maslow, 1956, p. 270). Esto implica que los primeros momentos de evaluación y diagnóstico estén acompañados de estrategias para el establecimiento de una línea de base de la condición psicológica del individuo, de tal modo que se evidencie a partir de una referencia, el progreso y efecto que se obtiene de la intervención.

Puede leerse en el autor, cómo el psicólogo que se orienta de forma holística y dinámica, y en consecuencia el psicólogo clínico, debe proceder en la identificación de las raíces primeras, de los "porqué" de la conducta y los "desde dónde" de esa generación; al mismo tiempo, logra describir observando el cómo, con

qué y cuánto de lo que sucede. En otras palabras, la tarea de evaluación y diagnóstico remite a las causas y a las manifestaciones patológicas.

Presentado de esta manera, la psicopatogénesis es un insumo esencial para la comprensión de las experiencias y posibilidades de la persona, el por qué, tiene tanto que ver con el tiempo, como con las necesidades que motivan la conducta, por tanto la introspección es una técnica favorable para tal fin, y en consecuencia, se ha de tener presente en todo momento que en la exploración de la conducta, son tres los determinantes que alimentaron y alimentan todo el tiempo, en alguna medida la personalidad y sus alteraciones, ellas son:

La estructura del carácter: esta estructura está soportada en los antecedentes biológicos, genéticos, en los restos instintivos heredados de los animales, en el temperamento como síntesis afectiva de la herencia familiar.

La presión cultural: que refiere a las condiciones sociales, prácticas, ideologías, hábitos, costumbres, instituciones, interacciones, leyes, lenguaje, significados, valores culturales.

El campo o situación inmediata: es el contexto que el organismo ha construido por sí mismo y de algún modo es el halo con el que ambienta sus experiencias, es la subjetividad y personalidad.

Visto así, en clave de proyectar una intervención, se reconocerá que el material biológico heredado, si bien no determina y reduce las posibilidades de autorrealización, sí participa según el significado que la persona le asigne. Del mismo modo, el ambiente satisfactorio, protector y amoroso es un insumo para las gratificaciones tempranas, pero también de nuevas demandas que no son propias del organismo, con lo que se reconocerá la participación saludable o negativa de ese ambiente pasado y actual; y por último el ambiente personal que involucra los recursos emocionales, intelectuales, físicos, de afrontamiento y autonomía, con los que se consolida el comportamiento.

Instrumentalmente, si en los anteriores tres determinantes se explora información relevante para evaluar las condiciones del proceso de autorrealización, el diagnóstico ha de cuantificar y cualificar las siguientes tres fuentes psicopatológicas.

3.1.1 Privación y amenaza

Los organismos presentan necesidades instintivas que deben satisfacerse para poder sentar con ello las bases de la realización, esto porque la gratificación favorece la orientación a la satisfacción de necesidades cada vez más trascendentales, entonces, una causa de malestar es la privación de esas fuentes de satisfacción, o una vez se ha obtenido la gratificación, resultará movilizador de malestar aquello que se interponga entre el organismo y la fuente, de forma real o imaginaria, amenazando el fin de la satisfacción y limitando la expresión de la necesidad. "La privación supone mucho menos de lo que generalmente implica el concepto de frustración; la amenaza supone mucho más. La privación no es psicopatológica; la amenaza sí" (Maslow, 1956, p. 118).

Pero la amenaza no es fuente de patologías obligatoriamente, sí lo puede ser de un sufrimiento transitorio, ya que se pueden identificar dos tipos de amenaza, aquella que limita los deseos conscientes y superficiales, o la amenaza que confronta el centro de la personalidad y las metas vitales de cada individuo.

La idea previa es graficada por Maslow con el ejemplo de un niño que quiere un helado y se le niega, la amenaza superficial expondrá al niño a la frustración de no tener su helado, pero, como es un deseo pasajero, no pone en riesgo el significado de su ser o el centro identitario, el niño puede continuar luego de la frustración desarrollando otras acciones que en cierta medida puede comprender más importantes. "La frustración se expresan sencillamente como el no conseguir lo que uno desea, como interferencia con un deseo o con una gratificación" (Maslow, 1956, p. 115).

Por otro lado, si el niño a través del helado lo que está demandando es la atención de la madre, su cariño, protección, apoyo, reconocimiento, aceptación o estima en general, el helado era el medio para una necesidad más profunda que se instala en el corazón de su personalidad, con lo cual la posibilidad para que se organice una percepción de indefensión y con ello rencor, ira, tensión, miedo, y otras formas patológicas es más probable. "Hay pocos efectos de frustración si el niño no concibe estas privaciones como amenazadoras para su personalidad fundamental, para los objetivos principales de su vida, o para sus necesidades" (Maslow, 1956, p. 117).

3.1.2 Conflicto-amenaza

El conflicto es otra situación de amenaza, y con este también se pueden identificar dos capas de amenaza. Por una parte, el conflicto puede emerger por dos o varias fuentes atractivas, una puede llegar a ser mejor o igual a la otra, pero son atracciones para la satisfacción de deseos no esenciales, por lo cual la elección de alguna expondrá a un malestar que también es superficial, pero cuando el conflicto se da entre metas que el organismo encuentra esenciales, primordiales y básicas, la satisfacción de una de ellas remite a la insatisfacción de la otra. Al respecto indica Maslow (1956) que "los conflictos no amenazadores no tienen casi importancia, ya que no son normalmente patógenos; los tipos amenazadores de conflicto son importantes porque a menudo son patógenos" (p. 119).

Una de las metas del organismo es desarrollar cierta autonomía funcional, con esta puede crearse un entorno en el cual satisfaga sus necesidades, aquellas que requería fueran satisfechas por sus padres o su entorno temprano. Es por ello por lo que los conflictos y amenazas y las frustraciones son en muchos casos favorables, pues preparan al organismo para el desarrollo de la independencia, empero, no es posible estandarizar cuáles conflictos son útiles y necesarios, ya que la tolerancia de las crisis depende de la psicología particular de la persona.

Indica Maslow (1956) que en la teoría de la neurosis es absolutamente necesario entender la naturaleza del sentimiento de amenaza y también la reacción del organismo a este sentimiento. En tal sentido, es de suma importancia que el psicólogo en el escenario clínico se esmere por la identificación de un cuadro de amenazas, lo que involucra lograr hacer conscientes las necesidades que mueven la conducta, los deseos mediante los cuales se trata de satisfacer las necesidades, las fuentes de gratificación superficiales y las metas de gratificación profunda, la percepción de amenaza, las experiencias de frustración y las respuestas defensivas o adaptativas ante la amenaza. “Podemos entender la mayoría de las experiencias individuales de amenaza como situaciones que inhiben o atentan contra el desarrollo de la autorrealización última” (Maslow, 1956, p. 122).

3.1.3 El trauma y la enfermedad

También son situaciones que le generan amenaza al organismo, ya que la posibilidad de enfrentar la propia muerte o la experiencia previa en un accidente o deterioro de las funciones biológicas, lleva al organismo a percibirse vulnerable o más vulnerable ya que debe afrontar un fenómeno que escapa al control total de las variaciones y posibilidades; claro que, estas mismas experiencias en una persona que ha desarrollado suficiente confianza en sí misma, otorgarán otro significado y la percepción de amenaza será menor.

Con todo lo anterior, lo que se ha llamado clínica de la autorrealización, sugiere desarrollar las actividades psicodiagnósticos y la respectiva intervención, de cara a los aspectos que favorecen el bienestar, y no solo la corrección de los síntomas. Esto se logra observando y poniendo en evidencia los caminos que ha tomado la persona para expresar sus potencialidades y los recursos con que cuenta para resolver las amenazas, con lo que el camino terapéutico hará emerger personas “buenas, felices, serenas, sin culpa, que se autoaceptan y están en paz consigo mismas, se satisfacen a sí mismas y se convierten en lo que ellas pue-

den ser” (Maslow, 1956, p. 179). Lo que se corresponda con esto es lo deseable, bueno y acertado, lo que no se corresponda con ello es malo, equivocado e indeseable.

Por último, a pesar de la taxativa necesidad de ser rigurosos a la hora de observar y acompañar, ya en una obra de mayor madurez como *El hombre autorrealizado* (Maslow, 1972), el autor indica que entre más ansioso se esté en formular un diagnóstico y planear la acción, menos útil es el psicólogo, y cuanto más ansioso está por curar más largo es el proceso. A esta conclusión llega tras reconocer que el papel de las personas que están alrededor de otros que buscan su proceso de realización está en presentarse desinteresados y comprensivos, fortaleciendo las relaciones antes que cubriendo los déficits, centrarse, antes que en la tendencia a catalogar, en “utilizar un lenguaje experiencial, concreto, ideográfico y centrado sobre el paciente” (Maslow, 1972, p. 95).

3.2 Rogers: una clínica de la relación

El enfoque de psicoterapia centrado en la persona que propuso Rogers para llevar a cabo los acompañamientos a las personas que precisan recorrer el camino para el funcionamiento óptimo en sus vidas, tiene como característica principal la contextualización de la actitud fenomenológica de un investigador en el escenario clínico; esta situación permite comprender, por una parte, cuáles son las condiciones para el clínico en tanto disposiciones y habilidades principalmente personales y no técnicas, y por otra parte, el alcance en la posibilidad de elaborar un conocimiento sobre la experiencia patológica del sujeto.

Tales comprensiones presentan, de un lado, la descripción de la empatía, aceptación y presencia incondicional, autenticidad, apertura y congruencia con las que debe acoger el clínico a su cliente y, de otro, recuerda que el conocimiento que se elabore en el contexto clínico es ideográfico, es decir, se entiende y justifica en la experiencia personal, caso a caso, y sin posibilidades de reducciones absolutas ni estrategias de manipulación del fenómeno diferentes al dejar que este se exprese tal y como aparece.

En este sentido, se caracteriza la propuesta rogeriana como un contexto de aplicación de la psicología clínica, asumiendo que la psicoterapia es consecuencia de la evaluación clínica y su prospectiva de intervención, desde luego, con las lógicas propias del enfoque epistemológico, comprensión de salud e ideal de persona que le acompañe. Puesto que a toda psicoterapia le subyace una valoración en clave positiva o negativa del estado actual de la persona o personas que se exponen en ese contexto, y desde los objetivos más etéreos hasta las metas rigurosamente validables, dicho ejercicio clínico tiene una entelequia y un sentido, es decir, una tendencia hacia una finalidad a la que le acompañan unos significados sobre tal finalidad y forma de orientarse hacia ella. Quiere decir lo anterior, que la psicoterapia lleva implícito un ideal de transformación con unos valores vitales asociados.

Rastrear la referencia sobre la clínica en Rogers significa comentar las características de su propuesta terapéutica: la terapia centrada en la persona, sin embargo, lo que se rescatará a continuación de esta figura formada, educador y pensador de la clínica psicológica, serán los postulados que se acercan a la versión de una clínica en la que se realiza evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación, para tales fines, se exploran dos orientaciones, la investigación de la que se insiste en la obra *El proceso de convertirse en persona* (Rogers, 1981a) y el problema del diagnóstico que se aborda en el libro *Psicoterapia centrada en el cliente* (Rogers, 1981b).

3.2.1 La investigación como clínica

En relación con la investigación, no se puede juzgar a este enfoque de carecer de rigor y sistematicidad, verificación de resultados y proposición de constantes, puesto que Rogers fue revolucionario y pionero en la investigación en la práctica psicoterapéutica, ya que quiso identificar qué era lo que facilitaba en la terapia el cambio y crecimiento de las personas, así que, observante de los procesos comunicativos que se establecen en terapia, centró su atención en el discurso, las elaboraciones y devoluciones que se juegan en el encuentro y diálogo, hasta identificar mediante el análisis de las grabaciones en audio de las sesiones, que el reflejo discursivo, la devo-

lución limpia de defensas del discurso del cliente, a la manera de un espejo, movilizaba y era pretexto para una mayor toma de conciencia.

Posteriormente, dichas investigaciones con sistemas y metodologías empíricas lograron aportar elementos para la teoría de grupos, la educación, la familia y la psicología en general. En el libro *El proceso de convertirse en persona*, indica el autor que, tras veinte años de la puesta en marcha de la terapia centrada en el cliente, se contaban más de 200 trabajos de investigación sobre la base de sus teorías. Él mismo establece un complejo esquema para el diseño de la investigación para establecer las relaciones cambiantes entre el sí mismo, el sí mismo ideal y el diagnóstico (Rogers, 1981a).

La preocupación de Rogers por hacer de sus planteamientos un insumo no especulativo y validable le llevan incluso a proponer como formulación provisional y sometida a la validación y pertenencia, una ley general sobre las relaciones humanas que se presenta así:

Cuanto mayor sea la coherencia entre experiencia, conciencia y comunicación por parte de un individuo, mayores serán las posibilidades de que la relación que establece con el otro presente una tendencia a una comunicación recíproca de coherencia cada vez mayor y determine una comprensión mutua más precisa de los mensajes, mejor adaptación y funcionamiento psicológico de ambas partes y más satisfacción mutua en la relación. Recíprocamente, cuando mayor incoherencia haya entre experiencia y apercepción consciente, más factible será que la relación origine ulteriores mensajes también incoherentes y provoque un deterioro de la comprensión, peor adaptación y funcionamiento psicológico en ambos individuos e insatisfacción mutua en la relación (Rogers, 1981a, p. 333).

Como puede observarse, al autor le interesa presentar formalmente, aunque de manera provisional, una ley de las relaciones humanas y de la alianza terapéutica, pues si bien es enfático en que las personas siem-

pre se expresan desde su marco de percepción personal, son diferentes unas de otras, y existe una gran dificultad en operacionalizar experiencias humanas. También estuvo en sus perspectivas clínicas establecer hipótesis susceptibles de verificación y líneas generales de reflexión que expliquen, si bien no a un individuo, sí las dinámicas globales que se establecen entre ellos. Al respecto expresa:

En primer lugar, la teoría de la psicoterapia centrada en el cliente nunca ha sido considerada un dogma ni una verdad incuestionable, sino una enunciación de hipótesis o un instrumento para acrecentar nuestros conocimientos. En general, pensamos que una teoría, o cualquier elemento de una teoría, sólo es útil si puede comprobarse empíricamente. En nuestra opinión, la verificación objetiva de cada aspecto significativo de nuestra hipótesis era la única manera de separar los conocimientos de los prejuicios individuales y de las impresiones generales por las expectativas del observador. Si una investigación es objetiva, ello implica que otro investigador, al reunir y elaborar los datos de manera idéntica, deberá llegar a descubrimientos iguales o semejantes y extraer las mismas conclusiones. En resumen, desde el comienzo pensamos que el campo de la psicoterapia se enriqueció gracias a la verificación abierta y objetiva de todas las hipótesis, con métodos comunicables y reproducibles (Rogers, 1981a, p. 238).

Resultará más que suficiente este fragmento, que aparece en la madurez de una obra de más de cuarenta años, para considerar y aceptar la promoción por parte de Rogers, del espíritu científico en psicoterapia, pues además define la ciencia (Rogers, 1981a) como una orientación, que puede iniciar en cualquier nivel de refinamiento, que puede contar con instrumentos de evaluación y protocolos cada vez más especializados para aproximarse a los constructos que se evidencian en el escenario clínico, y de la cual la psicoterapia centrada en el cliente no es ajena, pues ha madurado desde y con la investigación.

Esta presentación no ha de llevar a un juicio ligero, en el que se considere que el autor propone hacer de la clínica un procedimiento científico anómico, nivelador, homogeneizador, estandarizado y distante, pero sí considerarse validable, ponderable, conmensurable y limitado, objetivo y replicable.

Allanar la apertura de Rogers a la investigación como elemento que transversalice la práctica clínica, "soy un científico-clínico" (Rogers, 1973, p. 56) permitirá realizar el contraste con las referencias a la evaluación y el diagnóstico; recordando que es una clínica que se inscribe en la fenomenología, entonces se entenderá que las clasificaciones esquemáticas y reduccionistas de algunos sistemas categóricos de la personalidad y la psicopatología son imposibles dentro de este enfoque; tal aparente distancia es salvada por Rogers con simplicidad y apertura al expresar que "el objetivo que se persigue al analizar los complejos fenómenos de la psicoterapia desde el punto de vista de la lógica científica y con los métodos de la ciencia consiste en alcanzar una comprensión de los fenómenos" (Rogers, 1981a, p. 203).

Una de las metas perseguidas por la ciencia es la predicción de los fenómenos, pero allí el autor expresa con firmeza que la psicoterapia centrada en el cliente nunca brindará una verdad absoluta, sino que solo alcanza la descripción con alto grado de probabilidad, así que el comportamiento puede ser observable, discriminado y enunciado de forma operativa, incluso establecer enunciados que demarquen las relaciones de unas variables con otras, pero no puede ser predecible, ya que si la ciencia se aplica con todas sus lógicas en la psicoterapia, terminaría alejando al verdadero fenómeno de que se habría de ocupar, la experiencia subjetiva.

Analícese entonces que en el proceso de evaluación y diagnóstico, se le permite al clínico de enfoque humanista recurrir a instrumentos para la medición de los constructos, de los fenómenos clínicos relacionales y

personales, entre ellos menciona Rogers (1981a) los test de actitudes, objetivos o proyectivos, la técnica Q o cualquier otra opción semejante que favorezca la comparación de un antes y un después de la intervención terapéutica, incluso recurriendo a la delimitación de los tiempos de exposición y los grupos de control para establecer relaciones y correlaciones.

Con todo ello, las evaluaciones clínicas en las que se establecen datos para analizar y formular hipótesis diagnósticas, y en general todo el ejercicio psicoterapéutico, está para Rogers puesto en cuestión por los científicos racionalistas debido a la veracidad, confiabilidad, estabilidad, replicabilidad, universalidad, utilidad y leyes; todo a lo cual puede responderse recurriendo al hecho de que la psicoterapia explora las experiencias de los sujetos y las relaciones entre dos individuos que aportan cada uno experiencias vivas, las cuales, por su naturaleza subjetiva y dinámica escapan al método científico que solo puede tocar los "acontecimientos muertos de la psicoterapia" (Rogers, 1981a, p. 209) es decir, aquellos acontecimientos observables fuera del yo.

Lo anterior significa, además, que el sujeto no puede ser un "objeto" de la ciencia porque puede sentir, elegir, creer y actuar desde lo más íntimo y privado, y como tal es impredecible, porque su manipulación sería posible solo si se establecen todas las leyes que atraviesan la subjetividad, asunto hasta el momento improbable.

Con lo presentado, la ciencia se reconoce, no como un conjunto de métodos y datos absolutos, sino como una creación de personas para personas, lo que implica que el clínico reconoce en los procesos psicodiagnósticos las lógicas científicas como instrumentos que le aproximan a conocimientos emergentes de la experiencia individual, de las relaciones y los valores personales, razón por la cual, el clínico se permite la creatividad para que no se limite la experiencia, sino que se recree.

Así pues, el psicodiagnóstico se logra también mediante estrategias de expresión personal y de experiencias relacionales donde emerja lo íntimo, ahora, para evitar que los fenómenos allí expresados sean mal interpretados, mal comprendidos, indica Rogers (1981a) que:

En este contexto, y tal vez solamente en éste, ocupan un lugar significativo la vasta estructura del operacionalismo, el positivismo lógico, la planificación de investigaciones, los test de significación estadística, etcétera (...) para verificar, mediante la confrontación con el hecho objetivo, la creación subjetiva que aparece como sentimiento, presentimiento o hipótesis (p. 215).

Los instrumentos, si bien son rigurosos, no determinan las decisiones del clínico pues es el individuo quien usa la ciencia y no al contrario. Resultado de esta decisión subjetiva sobre los hallazgos de la evaluación y el diagnóstico puede exponer al científico a errores pero, al tiempo, a grandes descubrimientos no planeados, los cuales, para respetar la misma subjetividad, siempre deben ser formulados y comunicados en términos de provisionalidad.

Como es consecuencia tradicional, la psicoterapia permite llevar a cabo una intervención que parta del diagnóstico, pero también de las condiciones subjetivas y de las relaciones. Del efecto y éxito de la psicoterapia no se tienen hoy ninguna duda, sin embargo, el autor también se preocupó por responder con su propuesta terapéutica a las demandas en este campo, encontrándose en primer lugar con la necesidad de exponer los resultados de la psicoterapia a la valoración científica, así que sugiere que para ello, en términos pragmáticos, es necesario recurrir a instrumentos que puedan aproximarse mejor al fenómeno y den una medida adecuada de lo que se pretende medir (Rogers, 1981a, p. 224).

La psicoterapia con ello no mostrará un éxito en la curación, ya que no se ocupa de enfermedades, pero sí podrán observarse progresos en la

transformación subjetiva, en la experiencia subjetiva e inmediata de una persona. El clínico pues, para el autor, es un participante y no un observador, por ello los procesos técnicos que sea necesario llevar a cabo en la clínica han de responder a la experiencia subjetiva y existencial, al vínculo de dos personas que no se reducen a objetos, pero que pueden acompañarse en una relación terapéutica y científica. "Esto sucede porque también la ciencia, en su comienzo, es una relación yo-tú con una persona o un grupo, y solo es posible ingresar en estas relaciones como persona subjetiva" (Rogers, 1981a, p. 220).

3.2.2 El diagnóstico está del lado del paciente

Hasta aquí sin embargo se ha presentado el ejercicio clínico en relación con las actividades de un psicólogo que opera como un científico, y puede evidenciarse la importancia que tienen para Rogers las preguntas de la ciencia, ahora bien, si se examina su obra Psicoterapia centrada en el cliente (Rogers, 1981b), se puede identificar que su postura frente a lo que significa el diagnóstico es menos esquemática que sobre las evaluaciones que debe realizar el científico.

Por tradición, Rogers identifica el diagnóstico con la consecuencia del cambio, es decir, se realiza un diagnóstico de lo que funciona de alguna manera, típicamente negativa, para poder tener la posibilidad de mostrar que, tras el tratamiento, la situación diagnosticada pudo cambiar, lo que conlleva a que la intervención fue efectiva. Esta aproximación es resistida por el autor, pues le sugiere una linealidad limitante, es decir, convierte el diagnóstico en el primer paso o prerequisite para poder intervenir, desconociendo que ya la terapia ha iniciado, antes de realizarse un diagnóstico.

El autor sugiere que con la información entregada por el diagnóstico se puede llevar al paciente a enfrentar asuntos para los cuales no está preparado o que no hacen parte de su experiencia, este último fenómeno, la experiencia personal, es lo más importante en la terapia puesto que

esta es una experiencia en la cual el paciente cambia sus percepciones y reconfigura la manera de percibir el mundo y a sí mismo, y es él mismo quien se encuentra progresivamente con los asuntos que ha de reconfigurar y puede darse lo que necesita para tal configuración. Al respecto se lee que "en un sentido preciso y significativo, **la terapia es el diagnóstico**, y éste es un proceso que se desarrolla en la experiencia del cliente, más que en el intelecto del clínico" (Rogers, 1981b, p. 197).

Rogers no dice que el diagnóstico no se deba hacer por ningún motivo, tampoco que es imposible, sino que no es un prerequisite para la psicoterapia, sobre todo cuando la confianza en él es demasiado grande, tanto como para que obstruya la experiencia subjetiva y relacional. Aunque un diagnóstico tradicional que venga de un agente externo que supone conocer lo que el cliente necesita es una orientación racional que cuenta con validez, también la experiencia de la terapia centrada en el cliente demuestra que cuando es el mismo paciente quien se experimenta y se diagnostica, se orienta y reconfigura con igual eficacia.

En esta orientación centrada en el cliente, se presentan tres claras objeciones al diagnóstico psicológico, tal como fue heredado del modelo médico y tal como se aplicaba en la época. La primera tiene que ver con la responsabilidad que se quita al cliente de asumir su propio proceso, pues cuando el diagnóstico le es dado al paciente, este puede experimentarse incapaz de conocerse a sí mismo y en consecuencia desplazar la responsabilidad sobre el evaluador; la segunda se refiere al monopolio del conocimiento psicológico que se imprime sobre la mayoría desconocedora de la técnica, es decir, los psicólogos como sujetos de saber y los pacientes como limitados e incapaces de elaborar por sí mismos un conocimiento de su propia experiencia y, por último, las formas como se nombra y se experimenta el malestar pueden estar más allá de las etiquetas diagnósticas utilizadas, lo cual debe ser captado desde una perspectiva fenomenológica.

Desde luego, si se superan estas tres situaciones, y se permite la responsabilidad personal del paciente sobre sus propios asuntos, y no se retiene y administra un supuesto conocimiento del otro, entonces el cliente pasa al primer plano, y es él quien dirige su propio proceso. La tarea del terapeuta consistirá en consecuencia en "proporcionar las condiciones en las cuales puede tener lugar la autodirección tanto del individuo como del grupo... el experto tendría la habilidad de facilitar el crecimiento independiente de la persona" (Rogers, 1981b, p. 199).

Ahora bien, el clínico puede estimar favorable esta disminución del lugar del diagnóstico, siempre que lo reconozca como un obstáculo para la experiencia, pero puede advertir un psicólogo avezado, que, para ese aparente autodiagnóstico y autodirección, un recurso evaluativo que sea experimentado y no invasivo, no hegemónico, no explicativo y limitante de la experiencia y desarrollo del propio potencial, puede ser un insumo valorado y valorable por el mismo paciente.

Lo anterior coincide con la posibilidad explorada por el autor, al reflexionar que, en relación con problemas psicosomáticos de los que el experto que diagnostica sí tiene un conocimiento más amplio que su cliente, una inversión de los roles darían un lugar benéfico al diagnóstico, en el cual se podría "confiar la evaluación al paciente en los procedimientos diagnósticos utilizados, y según el uso que haga de ellos, tendería a elegir por sí mismo el camino que condujera al posible descubrimiento de aspectos psicogenéticos" (Rogers, 1981b, p. 200). Claro está que esta hipótesis se realiza para situaciones psicosomáticas, mas, de cara al campo terapéutico, no se ha identificado una objeción en la teoría. Adicionalmente, refiriéndose a los retos científicos en la terapia de grupo, y asumiendo que se puede obtener un conocimiento pertinente en la voz de los participantes, Rogers (1973) expresa: "¡Imaginemos que cada "sujeto" fuese enrolado como investigador!" (p. 176).

En conclusión, es preciso entonces que el clínico, resuelva estratégica y creativamente, y también con rigor científico, la necesidad de:

Evaluar las capacidades de la persona, motivaciones, conflictos y necesidades, evaluar la adaptación de la que es capaz, el grado de reorganización que debe sufrir, los conflictos que debe resolver, el grado de dependencia al terapeuta que debe desarrollar, y los objetivos de la terapia (Rogers, 1981b, p. 199).

De lograr una exploración de estos elementos sin suponerlos e imponerlos al cliente, sino que permita su emergencia durante el acompañamiento terapéutico en donde el cliente descubre y decide qué hacer con ello, entonces efectivamente el diagnóstico y sus consecuencias, serán la terapia misma.

3.3 Perls: una clínica de la maduración

La aproximación a la clínica desde la propuesta original realizada por Perls, no compete o discrimina la clínica psicológica ya que, por su tradición médica y psicoanalítica, el autor debe realizar un tránsito que va desde la reproducción de ciertas dinámicas de evaluación y tratamiento heredados de dichos modelos (el Perls de Nueva York), hasta una última versión, en la que se encuentra un Perls distanciado tajantemente de la clínica tradicional (el Perls del Instituto Esalen).

De forma transversal, a pesar de las evoluciones de la propuesta gestáltica, se logra reconocer como uno de los elementos ordenadores, una nueva forma de establecer la experiencia terapéutica y, en consecuencia, la demanda de nuevas cualidades terapéuticas, diferentes formas de acompañar que no están del lado de la distancia analítica y conductista, ni tampoco del reduccionismo de la ciencia experimental y objetivadora.

Del mismo modo que en la propuesta rogeriana, aquí también se presenta una nueva terapia, al mismo tiempo que se redefinen conceptos y fenómenos sobre

el psiquismo, sin embargo, lo más importante, tal como se presentará en el siguiente capítulo, la comprensión del ser humano se centra en identificar cómo el organismo se relaciona con el ambiente y logra asimilar de él lo que requiere para su crecimiento, ello de la mano de la conciencia como facultad que le permite funcionar eficazmente.

En este sentido indican Perls *et al.* (1951) que “la conciencia está caracterizada por el contacto, la sensación, la excitación y la formación de la Gestalt. Su funcionamiento adecuado pertenece a la psicología normal; cualquier perturbación se pone bajo el signo de la psicopatología” (p. 12). Recuérdese que el concepto de Gestalt, es una palabra alemana que tradicional y comúnmente se traduce como totalidad, y es utilizada por los autores fundadores para describir una terapia que implica todos los fenómenos de la existencia humana. Por otro lado esta palabra ya había sido usada por Wertheimer, Köhler, Koffka en Alemania a finales del siglo XX (Schultz y Schultz, 2011), para describir una psicología que describe los procesos de percepción. Este antecedente que sugiere esquemas de procesamiento, invita a Perls, Hefferline y Goodman a poner en práctica “la noción de que la masa de datos sin organizar que se nos presenta a través del entorno está organizada y formada, por el perceptor, en “totalidades” estructuradas subjetivamente” (From, como se citó en Perls *et al.*, 1951, p. 31). Justamente estas experiencias subjetivas son las que se exponen en psicoterapia y permiten dar cuenta de cómo la persona organiza su mundo y establece contacto con él, exponiéndole al sufrimiento o a la maduración, según la calidad de sus contactos con aquello a lo que decide o se le hace figura y también decide o se va al fondo.

En consecuencia, el clínico tiene en frente dos manifestaciones humanas, por una parte, la que apunta al crecimiento mediante la adecuada conciencia y trámite de ese ciclo de sensación excitación-formación-contacto y, por otra, aquella que da cuenta de la perturbación del ciclo. Siendo ambas situaciones un *continuum* ir y venir, es decir, ni de interrupción constante y generalizada ni de conciencia eterna y absoluta, la experiencia clínica ha de favorecer la exploración y conciencia de las formas personales de estar en el mundo en relación con esa conciencia o interrupción.

Ya que esta toma de conciencia la realiza el sujeto, acompañado por el terapeuta, aquellos elementos de los que tome conciencia serán el objeto de un diagnóstico, esto convierte a la clínica gestáltica en una clínica fenomenológica, consistente en explorar la experiencia personal. Así lo indica Isadore From cuando realiza la introducción del libro *Terapia Gestalt* para The Gestalt Journal: “la terapia Gestalt es una fenomenología aplicada” (From, como se citó en Perls *et al.*, 1951, p. 36).

En este escenario, realizar clasificaciones patológicas no es una prioridad para la clínica gestáltica, pero sí hace un énfasis particular en explorar desde una aproximación fenomenológica las relaciones del organismo con el ambiente que llegan a alterar el funcionamiento homeostático y que ameritan que se acompañen de cara a la reintegración. Justamente señalan Perls *et al.* (1951) que la tarea del clínico es la de “promover el poder creativo del paciente para volver a integrar sus partes disociadas” (p. 17).

La apuesta por la comprensión fenomenológica en la Gestalt, pone de manifiesto el principio del aquí y ahora, y le permite comprender que una persona es un organismo en continua construcción, en movimiento, inacabado y por tanto indefinible, así que establecer una etiqueta con la cual nombrar un fenómeno humano sería asumir que ese fenómeno ya se estableció y se cerró, lo cual no ocurre, pues ya que dicha experiencia es de un ser vivo entonces es abierta y dinámica, por lo que no queda más que describirla desde la experiencia subjetiva.

Por esto la Gestalt resiste a las categorías diagnósticas tradicionales expuestas en manuales y que consisten en una suma de signos y síntomas, en la elaboración de un corpus que vincule o excluya manifestaciones que luego se conviertan en una definición, por tanto, reducción de lo que es el organismo humano. Así las cosas, evaluar y diagnosticar se han de traducir por **describir**, en conjunto con la persona, diversas experiencias insatisfactorias para ella, formas de adaptación o inadaptación a las que se haya llegado en el curso del crecimiento.

Ya que dichas experiencias se organizan inicialmente en el escenario de la neurosis (Perls *et al.*, 1951) es posible elaborar una lista de situaciones a describir, para ampliar la comprensión de la experiencia terapéutica, lo que significa que debe realizárselas el clínico en relación consigo mismo, en relación con el paciente, y el paciente para sí mismo, a saber:

- ¿Cuál es el tipo de figuras con las que se establece contacto?
- ¿Cómo interactúa la persona con las diferentes figuras que le emergen?
- ¿La persona establece un contacto creativo con el entorno?
- ¿Cuáles y cómo se organizan las defensas del organismo para protegerse?
- ¿De qué manera se está estableciendo la relación terapéutica y cómo esta refleja la forma de relacionarse con el mundo?
- ¿La estructura de la personalidad es rígida y fragmentada?
- ¿Cuáles son los mecanismos defensivos que emergen de la interrupción del contacto?
- ¿Es consciente la persona de todo lo anterior y se responsabiliza de ello?

Como se puede identificar en esta lista de preguntas, el psicodiagnóstico es un acto de valoración continua para que la persona tome conciencia de su forma de estar en el mundo, en general es una acción a lo largo de toda la terapia y está en manos del paciente, sin embargo, una identificación por parte del terapeuta de las formas defensivas o interruptoras de estar en el mundo o contactarse, favorecerá un mejor acompañamiento de cara a la presentación de los experimentos para la toma de conciencia. Sumado a esto indica Perls (1975a; 1974) que la psicoterapia analiza el cómo de la experiencia, cómo se recuerda, cómo se dice y enuncia, cómo se expresa con gestos y cuerpo, qué elementos paralingüísticos le acompañan, emociones, tonos, omisiones, y otros.

De otra parte, también evalúa y acompaña la experiencia de ansiedad, formas de percibir, sentir, imaginar, enfrentar la frustración, establecer proyecciones, anclaje en polaridades, soñar, autorregularse, introyectar, movilizar energía, fantasear, situaciones inconclusas y otras muchas formas de alienación y expresión de la agresividad que mantienen la evasión y el conflicto (Perls y Baugardner, 1994).

En las anteriores situaciones, se sugiere considerar la patología como una alteración del contacto, pues esta surge de la relación entre el organismo y el entorno, "la experiencia se da en la frontera entre el organismo y su entorno" (Perls *et al.*, 1951, p. 5), por tanto, no pertenece solo al organismo ni al entorno, sino que pertenece a todos y se recrea en la frontera del contacto, es decir, allí donde se establece el vínculo, con esto la ansiedad es ansiedad desde la frontera de contacto, la depresión es depresión emergente del tipo de contacto, los delirios son delirios en respuesta a la necesidad de contacto, y así con todas las posibles patologías clásicas.

Ahora bien, ya que un sujeto en particular es quien vivencia esa relación, entonces en él se refleja o encarna tal ruptura, alteración o sufrimiento. En este contexto, con la evaluación, no se hace referencia a la patología para clasificar a las personas, sino para describir patrones de funcionamiento que ocurren en el campo, en las situaciones aquí y ahora; al mismo tiempo, el tratamiento apuntaría a la restitución de lo que describe Perls *et al.* (1951) como el "buen contacto, como la unicidad, la claridad, el cierre de la relación figura-fondo, la gracia y la fuerza del movimiento, la espontaneidad y la intensidad de la sensación" (p. 49).

Es necesario insistir en que en esta tarea de acompañamiento, el psicólogo clínico no se excluye del campo, sino que lo configura y participa de él, afectándose y afectando el campo y por tanto a la persona acompañada, por eso indican Perls *et al.* (1951) que se debe "practicar la psicología sin ideas preconcebidas de lo que es normal o anormal; desde este punto de vista, la psicoterapia es un método no de corrección sino de crecimiento" (p. 19).

Con esta referencia desde la Gestalt, se identifica la afinidad con la comprensión propuesta por Rogers sobre el diagnóstico, a saber, que el juicio de evaluación y diagnóstico no ha de ser un criterio extrínseco, sino intrínseco, con la confianza adicional de parte del psicólogo en que el organismo es capaz de reconocer lo bueno o lo malo de su experiencia y, por tanto, el clínico gestionará las experiencias para que se restituya el proceso de maduración, y con el diagnóstico, tener conciencia e intensidad de la relación.

3.4 May: una clínica de lo ontológico

“A decir verdad, debemos ser científicos, pero primero y ante todo debemos ser hombres sabios” (May, 1961, p. 40). Esta referencia resume la perspectiva integrativa, rigurosa y abierta de May en relación con la clínica y que resulta favorable a la pretensión de la presente investigación de asociar las lógicas de la clínica en sus funciones y operaciones científicas, con el nuevo enfoque existencial.

Justamente una comprensión de la propuesta clínica en May, como cualquier modelo de investigación, pasa por examinar el objeto y el método de su que-hacer, más aún, cuando May (1961) expresa que “la posición psicológica existencial no es anticientífica en absoluto. Pero insisto en que resultaría verdaderamente irónico si nuestra dedicación a ciertas metodologías psicológicas nos cegara para la comprensión de los seres humanos” (p. 41).

Respecto al objeto de investigación u objeto de la clínica, el autor presenta los conceptos de salud, enfermedad y neurosis y explora hacia dónde se debe orientar la tarea del terapeuta. Respecto al método, propone la actitud y postura epistemológica para desarrollar dicha tarea, esto hace que la clínica existencial tenga un matiz adicional en relación con la clínica tradicional “como yo la empleo, la palabra existencial hace referencia a una actitud hacia los seres humanos y a una serie de presupuestos sobre estos seres humanos” (May, 1967, p. 113).

En este contexto la actitud es el método y los presupuestos son el objeto, pero no por ello significa que la clínica existencial refunda la clínica o la psi-

cología, sino que hace un énfasis particular en los llamados presupuestos no se trata “de un sistema de terapia, sino de una actitud hacia la terapia, no de un conjunto de nuevas técnicas, sino de una preocupación por comprender la estructura del ser humano y su experiencia, las cuales deben subyacer en toda técnica” (May, 1961, p. 19).

De lo anterior se desprende que los procedimientos, protocolos, instrumentos, y en general las estrategias de evaluación, diagnóstico, intervención e investigación clínica, no son un problema dentro del enfoque existencial, siempre y cuando estos no configuren toda la tarea del terapeuta y no impidan el reconocimiento de la experiencia humana de cada individuo, sin embargo, en la percepción del autor, esta situación suele limitar al clínico tradicional y es por ello que encuentra en la fenomenología el método adecuado para acercarse a una comprensión del hombre en su naturaleza básica, y le permite además la identificación y elaboración de presunciones con las que se examine la vida humana en general (May, 1967).

La contraposición entre los procedimientos clínicos tradicionales y la fenomenología como aparente desprendimiento de tal reduccionismo es identificada por May y al mismo tiempo explorada para salvar las brechas, de la siguiente manera:

A veces el énfasis fenomenológico en psicoterapia se utiliza para menospreciar el aprendizaje de la técnica, o como una excusa para no estudiar los problemas del diagnóstico y de la dinámica clínica. Opino que esto es erróneo. Más importante es reconocer el hecho de que las preocupaciones técnicas y de diagnóstico se hallan a distinto nivel de la comprensión que tiene lugar en el encuentro inmediato de la práctica terapéutica. El error consiste en confundirlas, o en dejar que una absorba a la otra (May, 1961, p. 28).

Es crucial por tanto que el clínico comprenda esta diferencia de niveles, pues de darse tal confusión, el encuentro, la relación y vínculo que se establece en

la experiencia terapéutica estará interrumpido y alejará al psicólogo de la comprensión real. Así, para May toda la formación técnica precede a la psicoterapia, entendiendo que la cualificación en los rigurosos métodos y pensamientos clínicos, los elementos a considerar operativamente en primer nivel estarán incorporados en el clínico, para que, al momento de encontrarse con la persona, estos ya sean parte implícita y espontánea, desde luego, en el progreso de la terapia se puede dar un cambio de nivel donde se exploren nuevamente asuntos diagnósticos dependiendo de las necesidades que se van expresando por parte del paciente.

May (1961) grafica esta situación con el ejemplo del artista que debe aprender muchas técnicas y considerar muchas acciones y detalles para obtener una obra perfecta, pero si estos conocimientos aparecen mediando a la hora de pintar, interrumpen la creatividad y generan ansiedad.

El diagnóstico es una función legítima, particularmente al comienzo de la terapia, pero distinta de la terapia misma, y requiere actitud y orientación diversas respecto del paciente. Conviene insistir en que, tan pronto se inicia un tratamiento y se decide acerca de la orientación a seguir, se debe olvidar desde ese instante el problema del diagnóstico (May, 1961, p. 30).

La actitud y abordaje fenoménico como método del clínico existencial, le permitirá acercarse al fenómeno humano sin que se nuble su presencia y comprensión por la técnica, con ello habrá aprendido a pasar del nivel diagnóstico al nivel terapéutico, ambos, asuntos de la clínica psicológica.

3.4.1 Las características ontológicas: ansiedad versus afirmación

Establecido el lugar del diagnóstico, como elemento de primer nivel sobre el que descansa pero no depende ni se reduce la psicoterapia, entonces la salud pasa al primer plano, pues tanto el diagnóstico como la psicoterapia se proponen frente a la organización de la enfermedad y la neurosis. La enfermedad es consecuencia de la percepción de amenaza al centro:

Supongo que esta persona, como todos los seres, se tiene a sí misma como centro, y un ataque a este centro es un ataque a su existencia. Está en mi consultorio porque su centro se ha perdido o está amenazado (May, 1967, p. 118).

La amenaza hace emerger la ansiedad, puesto que mientras más se perciba expuesto el centro, mucho más patológica será la ansiedad en la medida en que la persona identifique los recursos personales para hacerle frente a la amenaza, la ansiedad igualmente emerge, pero el centro se preservará sin mayores conflictos.

El tipo de respuesta ansiosa, normal o patológica, la intensidad y manejo de esta hará surgir en diferentes medidas la neurosis, entendida como un ajuste para contrarrestar la amenaza. Indica May (1961) que "la neurosis es una adaptación necesaria mediante la cual se preserva el centro; es una manera de aceptar no-ser, a fin de que pueda preservarse algún ser, aunque restringido" (p. 89).

De la necesidad de preservación del centro y la consecuente ansiedad y neurosis patológica se desprenden otras características ontológicas (May, 1961) que son fenómenos comunes a la existencia, pues, aunque se parte de la consideración de que todas las personas tienen experiencias particulares sobre las cuales construyen su vida, es posible identificar elementos con los cuales todos tienden a encontrarse y precisan resolver, siempre desde su contexto personal.

Con tal realidad subjetiva, aunque es presupuestada, el clínico se encontrará en el escenario psicoterapéutico y se validará solo allí, por ello el autor propone "que nos atengamos al único dato real que se nos brinda en la situación terapéutica, a saber, la persona existente que se sienta en un consultorio acompañada de su terapeuta" (May, 1961, p. 87).

En este marco de relación existencial, May observó ciertas lógicas transversales en la relación humana que se recrea en psicoterapia, y como consecuencia, principios generalizables a toda la existencia humana; estos principios se abordarán en el siguiente capítulo, presentados como los principios ontológicos de la persona. Aunque el terapeuta siempre tenga presupuestos sobre el paciente, como por ejemplo la experiencia de ansiedad y las características ontológicas, May (1967) indica que el terapeuta no debe abandonar la pregunta sobre la unidad básica de estudio en psicoterapia, en lugar de operar direccionados por diagnósticos preestablecidos; comprender cuál es el centro de la terapia o sobre qué centrar los esfuerzos permitiría un acompañamiento menos pretencioso y reduccionista.

La respuesta a tal cuestionamiento se centra, en primera instancia en señalar que cuando una persona presenta un problema no se le debe reducir o identificar con el problema, eliminando a la persona y reconociéndolo por su alteración, por ejemplo, el psicótico; puesto que esto sería identificar al individuo a través de categorías diagnósticas reduccionistas, así que la unidad de estudio no es el trastorno prioritariamente y el diagnóstico de este tampoco una tarea dominante.

Ya que la unidad básica de estudio no estaría del lado del diagnóstico clásico por su potencial anómico, supresor de la persona, el autor presenta una respuesta claramente fenomenológica al indicar: "sugiero decir, para empezar: tenemos dos personas en un espacio dado, en un universo dado" (May, 1967, p. 99). En este espacio relacional, el terapeuta se presenta tradicionalmente con la presunción de que la persona llega porque quiere estar bien, lo que forzaría al clínico a buscar las respuestas y estrategias para entregar una cura. Sin embargo, más allá de ello, May como terapeuta existencial, que también tiene presupuestos sobre la persona, asume que quien está al frente del terapeuta busca en esencia:

Autoafirmarse: desea y necesita preservar su centro, un centro que, a diferencia de un árbol que se equilibra automáticamente, debe ser defendido con su propio valor.

Establecer una relación: en la cual el paciente debe salirse de su centro para relacionarse con el terapeuta, pues debe salir de él para encontrarse en lo social.

Expresar su potencial: pues este es el que se ha perdido y por ello su vida se ha visto afectada, no poder dar una respuesta satisfactoria en la que sus valores personales sean configuradores de sentido y satisfacción se debe entre otras cosas a la alienación y la percepción de amenaza.

Dadas las anteriores situaciones, la relación terapéutica es una expresión de las formas en que la persona experimenta su vida en general y por ello lo que ocurre en ese contexto permite explorar de forma particular el fenómeno humano, en este orden expresa May "he estado convencido de que se debe entender la naturaleza del hombre mismo como la base de la ciencia y el arte de la psicoterapia" (1967, p. 93).

3.4.2 La meta de la psicoterapia: un acompañamiento comprensivo

Con base en las anteriores tres manifestaciones, el proceso clínico se describe de algún modo, desde la experiencia y necesidad de afirmación, el encuentro y necesidad de apertura al otro, y la apertura a la nueva experiencia, la síntesis de estos elementos impactará lo sintomatológico y la reorganización de la experiencia de sufrimiento.

May expresa que "desde el enfoque ontológico, vemos que la enfermedad es precisamente el recurso que el individuo emplea para preservar su ser" (May, 1967, p. 100) por ello afirmarse con rigidez es también un recurso para tolerar la existencia, y al preservar su ser, también está participando de algún modo en la represión de su potencial.

En el paciente la conciencia de sí mismo, la conciencia del mundo, el conocimiento que elabora sobre su propia experiencia está movilizadora y sesgada

por su necesidad de mantener su centro, por ello el clínico ha de preguntarse qué es lo que sucede para que la persona no sea capaz de reconocerse en la posibilidad y potencialidad de ajustarse creativamente.

El acento en una psicoterapia centrada en la relación y el encuentro, se justifica por los tres aspectos extraídos del movimiento existencial y que aportan a la psicología, a saber:

La realidad es fenomenológica: lo que significa que, en lugar de explicar prioritariamente las causas de una manifestación humana, buscar los porqués de la enfermedad, los orígenes causales, los puntos neurales en la configuración del malestar; se debe comprender y describir el sentido personal, la vivencia del sujeto y su relación con esa manifestación.

Examen permanente de los supuestos sobre la experiencia: indica May (1961) que, a las aproximaciones sobre las diferentes experiencias humanas, tanto comprensiva como analíticamente, en la teoría como en la práctica, les subyace un supuesto, prejuicio o modelo conceptual que debe evaluarse críticamente con continuidad y cuidado, como para que estos no se esquematicen en la mirada del terapeuta y le impidan tener una experiencia clara de la experiencia del paciente. En este sentido, para el autor la realidad humana siempre precede a las conceptualizaciones, y por ello, los fenómenos, antes de ser operacionalizados, tienen una forma de expresión particular, personal, única y dinámica. Sobre estos fenómenos las ciencias pondrán su mirada y harán un zoom especial según los intereses o prejuicios del observador, además de las condiciones históricas y culturales que enmarcan las dinámicas investigativas, y puesto que prejuicios, historia y lógicas de investigación cambian de algún modo, lo expresado y comprendido sobre el fenómeno debe actualizarse en cada momento, procurando una comprensión siempre consistente con el aquí y ahora de su emergencia.

Con lo anterior se comprende que las investigaciones científicas con métodos de cuantificación deben considerarse con la advertencia de que son reducciones dirigidas, intencionadas por el observador, de fenómenos más trascendentales. Indicar aquí que la ciencia empírica es una reducción, no significa que acerque al clínico a errores, sino que le entregue miradas posibles y parciales, válidas, aunque no absolutas, siempre temporales y exploratorias de la existencia.

Cualidad ontológica: lo ontológico en el método existencial significa hacer del estudio del hombre una ciencia del ser, en la que las aproximaciones al fenómeno humano han de responder a la pregunta por el ser del hombre en cuanto tal. En los procedimientos clínicos esto significa que las manifestaciones sintomáticas, las quejas, datos, toda la información y expresiones del individuo, además de lo emergente del encuentro, no solo tienen un sentido instrumental sino que son llamados o expresiones del ser en sí mismo, lo que permite entender que en la angustia, queja o demanda, se juega no solo el bienestar transitorio sino todo el ser, toda la existencia amenazada, no se trata de pensar entonces que el síntoma habla solo de la enfermedad, sino de toda la esencia de la persona expuesta en la experiencia terapéutica.

Lo que estos aspectos permiten comprender, es que la clínica con una actitud existencial, es decir, abierta y centrada en la realidad concreta de la persona, se aproxima a la valoración de la experiencia del paciente desde una comprensión de lo ontológico, y de examen constante de los supuestos, es una clínica consecuencia de una actitud fenoménica, suspendida temporalmente de prejuicios y con unos métodos que le correspondan, centrada y volviendo siempre a las cosas mismas, a la intencionalidad, la descripción y la horizontalidad.

Para lograr responder y permitir tal apertura, la forma de asumir el encuentro clínico ha de ser desde un acompañamiento comprensivo en el que se pueda recrear una relación que no sea amenazante e inquisitiva, sino de aceptación y estímulo que lleve al paciente a salir de su centro

para la construcción de lo social, el clínico debe, recurriendo a lo mejor de su humanidad, "ser capaz de establecer una verdadera relación con otro ser humano que está experimentando una profunda ansiedad, culpa o el sentimiento de la tragedia inminente" (May, 1967, p. 111).

Hasta aquí se puede advertir que la tarea del psicólogo clínico, sin desmérito de las actividades operativas e instrumentales, pero sin que estas interrumpen e invisibilicen una auténtica comprensión de la persona, debe involucrar en primer plano, el favorecer un encuentro humano para que el paciente explore su ontología, reconozca su centro y las amenazas a su centro y en una actividad dinámica de ida y vuelta, de apertura al otro y autoafirmación, pueda expresarse existencialmente y encuentre suficiente satisfacción con su vida.

Nuestro interés principal en la terapia se centra en el potencial del ser humano. El objetivo de la terapia es ayudar al paciente a realizar sus potencialidades (...). El objetivo de la terapia no es la eliminación de la ansiedad sino, más bien, el cambio de la ansiedad neurótica por la normal y el desarrollo de la capacidad de vivir con esa ansiedad normal y aprovecharla (May, 1967, p. 111).

Capítulo 4.

El proceso del crecimiento, de lo bueno a lo perfectible

El presente capítulo se desenvuelve sobre tres ideas transversales y latentes representadas en fenómenos fundamentales para la psicología de enfoque humanista y con las que se ilustra una estructura del desarrollo, o un proceso sobre el cual se pueden realizar referencias descriptivas sobre lo bueno y perfectible, a lo largo de la vida humana, a saber, el organismo, sus procesos y su crecimiento.

El organismo: el ser humano, en cuanto ser existente, se expresa desde su dimensión material, biológica y extensa, pero también desde sus dimensiones relacionales, psicológicas, espirituales y trascendentales. Al mismo tiempo que está en el mundo, se diferencia de él gracias a un proceso de toma de conciencia y elaboraciones de autoconceptos; esta elaboración de significados personales se integra a la totalidad de la existencia, reconfigurándola y permitiéndole a este organismo trascender su condición básica de ser existente para convertirse en una persona dotada de cualidades y disposiciones con las que se humaniza. Esta estructura básica e integradora se reconoce como organismo. Para Maslow (1965, p. 15) el organismo es un todo integrado que está en situación con el entorno y allí construye y crea su carácter, satisface sus necesidades y proyecta su realización. Roger utiliza el concepto para referirse a lo "global y psicofísico, al conjunto de funciones constitutivas del hombre, la estructura de la experiencia y la manifestación de esta en el comportamiento" (Rogers, 1967, p. 32). En este mismo sentido para Perls *et al.* (1951) el organismo es organismo/entorno, y con ello hace referencia a ese ser que se encuentra en un campo con el

que entra en contacto y de cuya interacción emerge la experiencia. May (1963) reconoce al organismo como “un ser humano viviente (...) que ha dejado de ser solo un organismo animado como en la lógica freudiana, para convertirse en un ser viviente que muere su vida y vive su muerte” (p. 32).

El proceso: en todas las orientaciones humanistas se reconoce que la existencia humana en general, y la vida de cada hombre en particular, es proceso. Schneider *et al.* (2014) indican que el concepto de actualización describe la situación en la cual la persona se hace plenamente funcional, aunque es un ideal que representa la actualización del organismo humano. Esta tendencia actualizante o tendencia realizadora, no es estática ni estable, es un proceso que algunas personas logran encontrar en mayor o menor medida; es una historia, un movimiento de realizaciones y retrocesos.

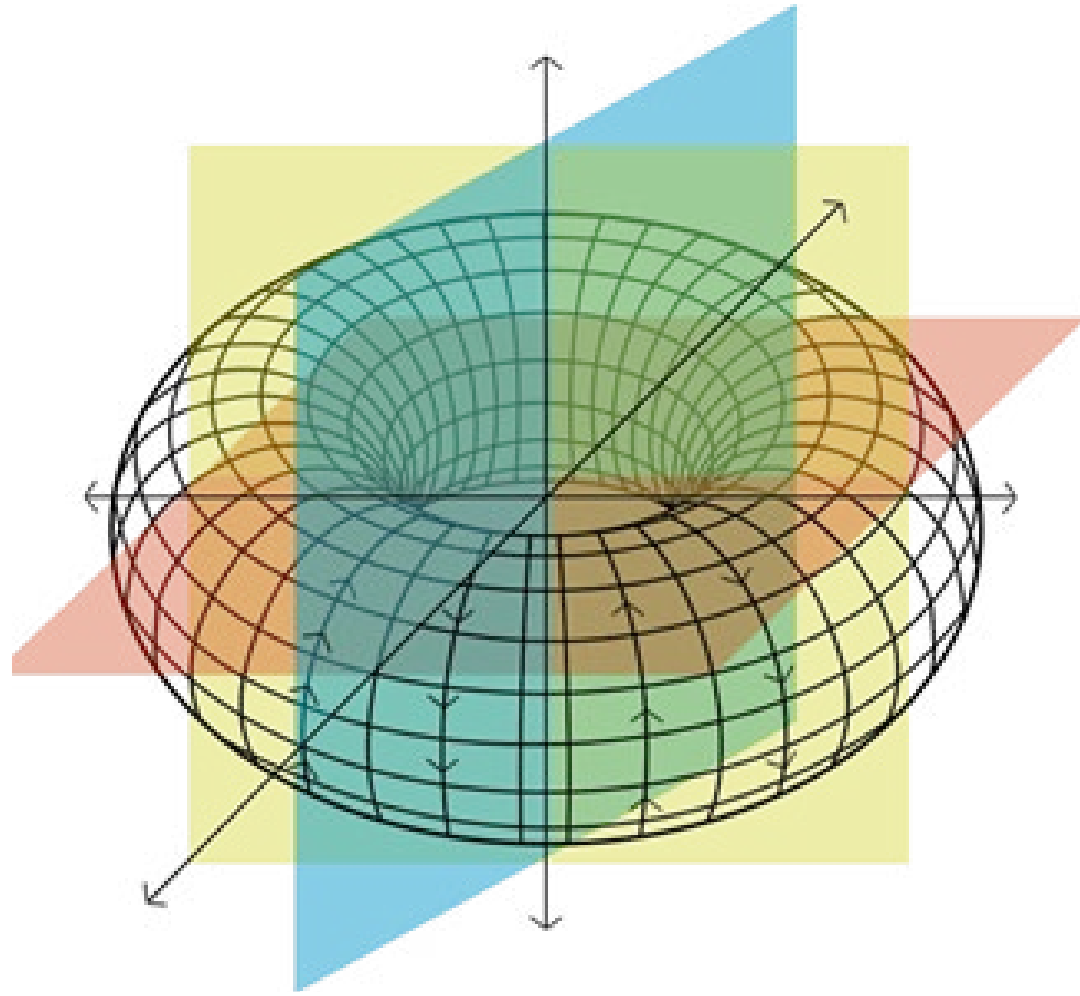
El crecimiento: es maduración y especialización compleja. Es un principio general en la psicología de enfoque humanista es su comprensión en positivo del desarrollo humano, ya que su revolución en el escenario de la psicología y la psicoterapia se soportó en rescatar las cualidades positivas del ser humano, para reconocerle como bueno y consciente en lugar de máquina perversa. Schneider *et al.* (2014) señalan que Maslow se interesó por la persona plenamente funcional, que se autotrasciende y autorrealiza, y pasa de lo básico a lo trascendental. Sobre Rogers, indican que buscó las condiciones suficientes y necesarias que le permitieran a los individuos crecer y buscar la realización y el funcionamiento óptimo, igual fue el caso de Perls quien se preocupó por el crecimiento, la maduración y expansión de las formas de ser, asunto mucho más en sintonía con May, para quien una de las metas más importantes estaba en la exploración de la creatividad para desarrollar el potencial.

Aunque no son conceptos que describan fenómenos absolutos y únicos para comprender el desarrollo, organismo, proceso y crecimiento son lo suficientemente transversales, como punto de partida, transcurso y meta, respectivamente. Si

se consideran en un plano tridimensional se habrá de observar al organismo como punto de partida para el desarrollo, y cuya transformación y construcción personal es una meta en expansión, que se habilita por un proceso dinámico, que se realimenta a sí mismo y se presenta en forma toroidal (figura 5).

Si se lee la figura toroidal en movimiento continuo, de adentro hacia afuera, que va y vuelve en una realimentación continua, el punto de partida se hace indiferenciado, ya el organismo no es origen, sino que se vuelve origen y meta y un todo al mismo tiempo, en todas las direcciones y en cada persona, con diferentes ritmos y situaciones que le alimentan y enmarcan. Las líneas espaciales en los diferentes ejes señalan el crecimiento, las flechas hacia arriba y abajo indican la realimentación constante del organismo y los paneles de colores axiales exponen la multidimensionalidad y multifactorialidad del contexto. A este nivel, es posible comprender que todo lo que interfiera en el proceso de crecimiento que tiene el organismo humano para convertirse en persona y desarrollar todas sus potencialidades, le puede exponer, sugerir o hacer parte de una configuración patológica o en el mejor de los casos, perfectible.

Figura 5. Organismo-proceso-crecimiento



Como se ha identificado anteriormente, el ejercicio de la clínica se desarrolla, en última instancia, de cara a la intervención de los procesos personales o grupales que se presenten desfavorables, la meta de todo lo que se disponga en el contexto clínico estará orientada, como es sabido, a la maduración, la transformación y el enriquecimiento positivo de las formas del sujeto de estar en el mundo. En este capítulo se presentan perspectivas de los autores fundadores, para delinear estas situaciones.

Con la intervención se busca que la persona identifique la forma más pertinente de proceder en relación con su experiencia perfectible o de cara al desarrollo

de las acciones, sensaciones, emociones o pensamientos que se ha propuesto cambiar y que son la razón de estar en el escenario clínico.

Ya sea por el padecimiento u obstáculo que ha venido a interrumpir el flujo saludable de la persona y su respectiva adaptación al ambiente o por las nuevas demandas de recursos personales para un óptimo funcionamiento, el individuo en consulta ha realizado un balance de su historicidad y se expone a un antes y un después de la necesidad de acompañamiento. En otras palabras, dado el dinamismo en el proceso existencial, la persona, previamente al escenario clínico, estaba siendo de una forma, mientras que en el proceso psicoterapéutico se está experimentando y construyendo de otra, y se espera que tras el tratamiento o acompañamiento movilice nuevos recursos para enriquecer su dinámica vital.

Ahora bien, al ubicar a una persona en un antes, durante o después, no se quiere decir que las estructuras configuradoras de la personalidad se reorganizan completamente como si de un fluido que se deposita en recipientes de muchas formas se tratara, sino que cada carencia o perfeccionamiento suplido y recreado en el entorno clínico adhiere exponencialmente al constructo previo o a la gama de posibilidades con las que la persona ha contado, siendo así otra persona cuantitativamente con una nueva posibilidad cualitativa.

Con lo anterior, se debe reconocer que antes de la queja, la persona se ha desenvuelto de alguna manera en el mundo, esto es, tiene una historia. Esta historia es una compleja organización de todas las dimensiones multicausales que de forma dialéctica y sinérgica, aportan a la construcción del sí mismo, su propiocepción y su lugar en el mundo; las emociones, relaciones, experiencias, pensamientos, inteligencia, espiritualidad y estructura orgánica, han convergido en su realidad espacio-temporal hasta el punto que, al ser interpeladas, demandadas o exigidas por el ambiente o intrínsecamente, el sujeto no ha encontrado en sí mismo un respaldo, entiéndase por respaldo algunos recursos con el cual continuar la construcción de su historicidad o la narración de la que venía siendo actor.

Es por ello por lo que el clínico suele recabar la información necesaria para ha-

cerse una imagen global y un esquema general sobre el cual pueda, progresivamente, profundizar en detalles que infiera y definir centrales y organizadores, según el lugar que cada persona le dé en la cadena de significados o las referencias sintomáticas, y según se vaya expresando y reacomodando en la toma de conciencia y las transacciones afectivas con el terapeuta.

Este panorama conlleva a reconocer que cuando se está en la exploración de un trastorno o una forma particular de comportamiento, estos no son fenómenos aislados de una historia, sino que son la consecuencia, hincapié o movilización de esta. La persona en consulta se habrá visto sofocada por los síntomas que de alguna manera se le imponen pues no ha contado e identificado los recursos personales para hacerles frente, o se ha nombrado insuficiente para la consecución de nuevos objetivos, razón por la cual, el clínico y el consultante, son arqueólogos y hermeneutas de esa historia, pues aducen y asumen que existe una construcción de la persona a lo largo de la misma.

El juicio psicopatológico o el señalamiento de lo que debería ser la historia actual, lo ha realizado previamente el individuo, y tras ese juicio subjetivo, el terapeuta se dispone a explorar cómo se estructuró esa persona actual, de tal modo que logre comprender las dimensiones que deben ser puestas en evidencia de la conciencia, reexperimentadas mediante formas creativas, o resignificadas; pero ya que cada historia o narración es digna en su esencia de ser expuesta y no juzgada pues es la consecuencia subjetiva de estar en el mundo, entonces el marco de referencia inicial para el quehacer clínico no puede ser la psicopatología general sino la organización multidimensional de la historia personal.

En otras palabras, el malestar o la necesidad que en el presente es experimentada por la persona, recibirá un significado igualmente personal, una organización sintomática personal, una posible categorización o sistematización con la cual se elabore y mantenga una demanda y sobre lo cual el clínico hilará o generará las asociaciones entre fenómenos y variables que estén al alcance de su acompañamiento.

Lo anterior no significa que los sistemas de clasificación, las listas de valoración o las herramientas diagnósticas se subvaloren, sino que no aparecen en el primer plano del encuentro haciendo un puente o mediando la relación clínica, sino que podrán cobrar su espacio cuando el clínico les juzgue como herramienta para ampliar la comprensión de una experiencia del paciente, que si bien irreductible, sí es asimilable por la vía de la evaluación proyectiva u objetiva si fuese el caso.

Así pues, la organización y reorganización de la historia personal, la sistematización de la experiencia subjetiva, antes que señalarse desde un deber ser, derivado de ideologías o discursos especulativos, es lograda por la psicología humanista a partir de su aproximación fenomenológica y con ello descriptiva de las formas en que ocurre, tanto el desarrollo biológico como la vivencia personal de ese desarrollo.

Dichas formas se derivan de la comprensión de ser humano, no como un producto acabado y definido desde siempre, sino de un proceso de maduración que está sometido o con cierta determinación, enmarcado en el desarrollo saludable tradicionalmente esperado de la vida, no como una espera estereotipada por una cultura, sino por referencia de la vida misma, pues la vida propende por ser vivida. En consecuencia, es posible establecer un marco común de reflexión entre los vinculados a la experiencia clínica, esto quiere decir que el terapeuta utiliza como referencia fenoménica y pragmática el ciclo vital.

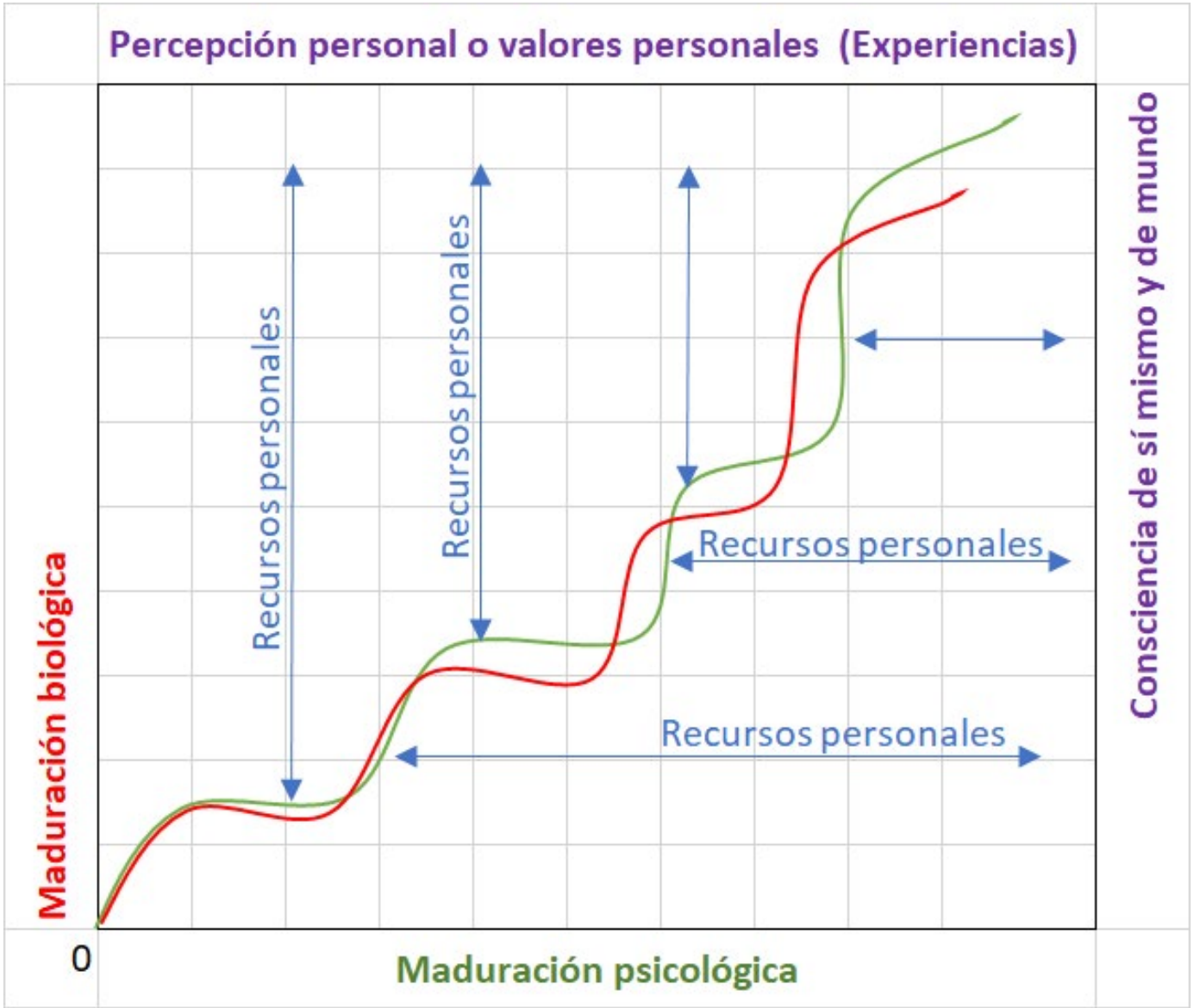
En la figura 6 se ilustra cómo este énfasis en el desarrollo biosociológico es un elemento objetivo inicial para contrastar lo que se podría señalar como organizaciones patológicas, pues es a lo largo del desarrollo que el paciente ordena la narración de sus construcciones personales, lo cual le permite al clínico acompañar la toma de conciencia asociada a los caminos que tomó y está tomando el organismo en su proceso vital, a fin de que se evidencie la posible carencia y consecuente desorganización en el aquí y ahora de la persona, claro está, que es justamente la vivencia de la persona la que validará el sentido de sufrimiento o no sufrimiento en sus desarrollos psicobiológicos, que se puede corresponder o no a unas tareas del desarrollo predefinidas o demandadas.

La toma de conciencia por la que propenden las terapias humanistas no es de una conciencia extrasensorial y metafísica, sino que esta solo es posible cuando el organismo presenta las condiciones estructurales suficientes como para que de forma dinámica, las experiencias por las que va atravesando, le otorguen o le omitan recursos personales para el funcionamiento óptimo, así, una mejor conciencia de sí mismo y del mundo está favorecida o disminuida por los diferentes caminos y ritmos que la persona se haya o le hayan permitido valorar, caminos o formas que serán el contraste mismo del sufrimiento actual. Esto quiere decir que la psicopatología que guía los procesos clínicos emerge de la experiencia personal del paciente a lo largo de su desarrollo evolutivo, y se contrasta con los valores percibidos, imaginados o demandados intrínseca o extrínsecamente, y que son el atolladero en las vías del desarrollo de la conciencia.

Se ha de comprender hasta aquí que es objeto de la clínica de enfoque humanista, en primer plano la experiencia subjetiva, pero sin olvidar que esta experiencia se ha articulado en un *continuum* que, aunque no se pueda demarcar en etapas exactas del desarrollo dados los ritmos en la maduración psicológica, los eventos a lo largo del desarrollo son un insumo con el cual el individuo alimenta y alumbra su experiencia.

Figura 6.

Desarrollo humano



La anterior aproximación orgánica y psicobiológica ha de considerarse como una integración de las dimensiones corporales y mentales sobre las cuales se recrean las relaciones, significados, posibilidades en las expresiones físicas y funcionales, contextos sociales y relaciones institucionales, anhelos espirituales y demás áreas vitales a las que se les haya asignado un valor o sentido y sobre las cuáles el paciente ahora se percibe con la necesidad de ser acompañado.

En los siguientes segmentos se presentará una aproximación a la descripción que las principales figuras del enfoque humanista han expuesto sobre la comprensión de la persona. A través de estos postulados se podrán identificar los posibles caminos que, de forma tradicional, toma la organización multidimensional y multicausal de la personalidad y que pueden ser objeto de la evaluación por parte del clínico, ya que las particularidades en las narrativas vitales explican y otorgan información respecto a las necesidades de acompañamiento por parte del paciente.

4.1 Crecimiento de la persona en la aproximación de Maslow

Las ideas con las que se expondrá la aproximación de Maslow, han sido evidenciadas por los investigadores en los libros fundacionales y capital de otras expresiones del mismo autor, a saber: *Motivación y personalidad* (Maslow, 1956) y *El hombre autorrealizado* (Maslow, 1972).

Para Maslow, la psicología de la época estaba anclada a las pseudosoluciones o filosofías del inconsciente que no necesariamente contaban con un examen crítico y una validación con la que se pusieran a prueba para darle a la psicología constructos con los cuales pueda trabajarse empíricamente.

Así pues, lo primero que realiza el autor es ubicar al hombre dentro del reino animal, asignando claro está su propia especie, una naturaleza humana que permite al hombre tomar conciencia de sí mismo y trascender la cultura y las influencias sociales. Seguidamente, el ser humano es comprendido como un organismo que, aun con una serie de determinantes genéticos y constitucionales, puede expresar un potencial de realización con el cual expresa su identidad y se proyecta al futuro (May, 1961).

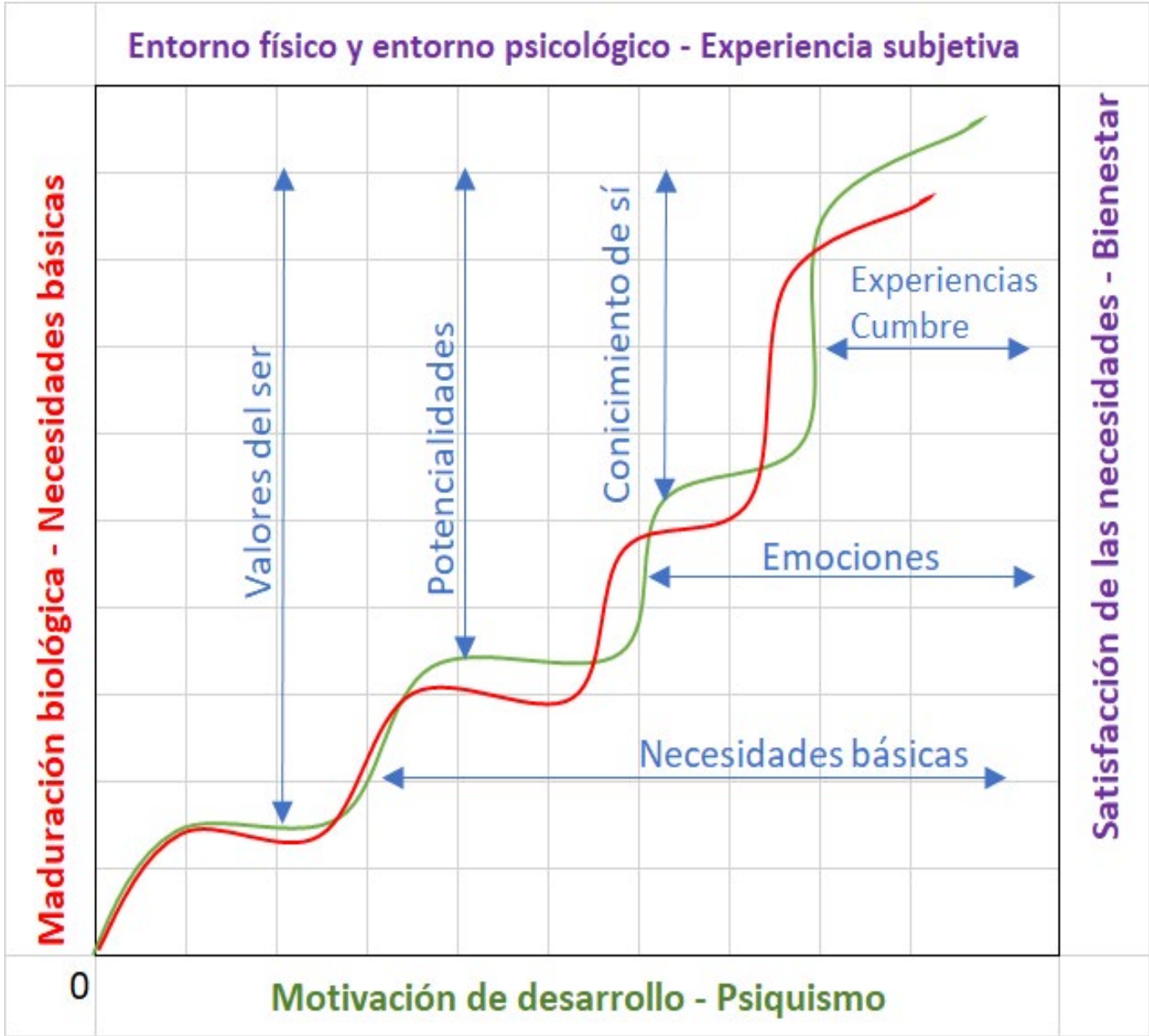
Tal como lo indica el autor en los supuestos básicos para elaborar una psicología de la salud (Maslow, 1972), cada ser humano posee una naturaleza esencialmente biológica, que al preexistir a los aprendizajes y derivar de la herencia,

entrega información pertinente sobre diversos factores innatos que aportan a la personalidad.

Esta naturaleza, sin embargo, expresa dos fuentes constituyentes: por una parte las características de la especie humana en general, y por otra las características propias del individuo, aquellas que se configuraron para hacerlo un organismo diferenciado, a partir de esta condición, el ser humano podrá expresarse en el mundo según sus necesidades básicas, sus emociones y su potencialidad, estas tres dimensiones no entregan suficiente información como para considerar al hombre un ser de naturaleza perversa, sino por el contrario con una base neutral que tiende a lo bueno y que en la medida que se le permitan las condiciones favorables para su expresión, el hombre podrá desarrollarse saludablemente.

Esta comprensión del hombre como un organismo, debe realizarse desde una visión holística, esto es, la integración de la estructura biológica y estructura psíquica, las cuales se dirigen y organizan en su totalidad según las situaciones que deba enfrentar el organismo, ya sea algo positivo o algo negativo. Al tomar la referencia general de la figura 6, la propuesta de las motivaciones puede leerse de la siguiente manera.

Figura 7.
Esquema sobre el crecimiento, propuesta desde elementos en Maslow



En la figura 7 se puede identificar que la construcción de la historia personal está organizada por el eje vertical de la estructura biológica que se extiende, al tiempo, hacia la misma tendencia de las motivaciones de desarrollo, en ese marco la diagonal de la maduración fluctuará según el nivel de satisfacción de los déficits y la posibilidad de expresión de las potencialidades, así

mismo, el autoconocimiento que tenga la persona le permitirá sobreponerse a las condiciones del entorno que le resulten desfavorables para su bienestar, razón por la cual la capacidad creativa es un recurso de adaptación consciente. El ser humano no obtiene una satisfacción completa de sus necesidades, solamente una satisfacción parcial, incluso con esto, puede escalar en la satisfacción de una nueva necesidad, cada vez menos básica, antes bien trascendental e intelectual.

El desarrollo de la personalidad en toda su extensión es el resultado del influjo consciente e inconsciente, de cómo la motivación de desarrollo impulsa la satisfacción de las necesidades básicas que son innatas e instintivas, necesidades que, por ser de tradición biológica, siempre tienden a salir a la luz, mientras están sometidas y son susceptibles a la modificación por las presiones sociales que nublan su naturaleza. Esta necesidad es pues una deficiencia que, al igual que los nutrientes esenciales, debe ser suplida. Con esto, la personalidad sana se relaciona con la satisfacción de las necesidades, mientras que la enfermedad significa una ausencia de satisfacción, aumento del déficit y supresión de la motivación.

La descripción anterior propone una perspectiva del desarrollo humano que se valida en las investigaciones que Maslow realizó con las personas descritas como autorrealizadas, y que como consecuencia permitieron obtener las principales tres clasificaciones que, dentro del escenario clínico, son un esquema para contrastar el déficit en la satisfacción y las cualidades con las que no cuenta el paciente y que le exponen a la patología y postergación de la autorrealización.

Tabla 2.

Taxonomías dentro de la teoría de las motivaciones		
Jerarquía de necesidades	Características del hombre autorrealizado	Valores del ser
1. Necesidades fisiológicas (de supervivencia, comer, respirar, dormir).	1. Una percepción superior de la realidad.	1. Totalidad (unidad, integración, tendencia a la unicidad, interconexión, simplicidad).
2. Necesidades de seguridad (estabilidad, dependencia, protección, ausencia de miedo, ansiedad y caos; estructura, ley y orden, límites, protección).	2. Una mayor aceptación de uno mismo, de los demás y de la naturaleza.	Organización, estructura, superación de la dicotomía, orden).
3. Sentido de pertenencia y necesidad de amor (estas necesidades suponen dar y recibir. Temor a la soledad, destierro, rechazo, no pertenencia, falta de amistad, desarraigo. Grupos F, necesidad de contacto, intimidad, pertenencia).	3. Una mayor espontaneidad.	2. Perfección (necesidad, justicia, determinación, inevitabilidad, conveniencia, equidad. plenitud, inmejorabilidad).
4. Necesidad de estima (fuerza, logro, educación, maestría, competencia, confianza ante el mundo, independencia, libertad. Reputación, prestigio, fama, gloria, reconocimiento, atención, aprecio).	4. Una mayor capacidad de enfoque correcto de los problemas.	3. Consumación (terminación, finalidad, justicia, “estar terminado”, realización, <i>finis</i> y <i>telos</i> , destino, hado).
5. Necesidad de autorrealización (auténticos con su propia naturaleza. Satisfacer por sí mismo lo que ella es en potencia. Es básico tener libertad de expresión, defensa, equidad, honestidad, disciplina, acceso a información, apertura, honestidad).	5. Una mayor independencia y deseo de intimidad.	4. Justicia (rectitud, orden, legitimidad, autenticidad).
6. Necesidades cognitivas básicas (deseos de saber y de entender). Filosofía, aprendizaje, experimentación. Esto presenta patologías como inanición intelectual, desgano, depresión de la vitalidad, monotonía, pérdida de capacidad, iniciativa, desconfianza hacia los demás. Esto es también la necesidad de buscar significado, construir un sistema de valores.	6. Una mayor autonomía y resistencia a la alienación.	5. Vida (proceso, no estar muerto, espontaneidad, autorregulación, funcionamiento pleno).
7. Necesidades estéticas: anhelan activamente y sus anhelos solo se satisfacen con la belleza. Necesidad de orden, simetría, conclusión, sistema y estructura)	7. Una mayor frescura de apreciación y riqueza de reacción emocional.	6. Riqueza (diferenciación, complejidad, intrincación).
	8. Una mayor frecuencia de experiencias superiores.	7. Simplicidad (honestidad, desnudez, esencialidad, estructura abstracta, esencial, esquemática).
	9. Una mayor identificación con la especie humana.	8. Belleza (rectitud, forma, vida, simplicidad, riqueza, totalidad, perfección, terminación, unicidad, honestidad).
	10. Un cambio (los clínicos dirían un mejoramiento) en las relaciones interpersonales.	9. Bondad (rectitud, apetecibilidad, inmejorabilidad, justicia, benevolencia, honestidad).
	11. Una estructura caracterológica más democrática.	10. Unicidad (idiosincrasia, individualidad, ausencia de comparabilidad, novedad).
	12. Una mayor creatividad.	11. Carencia de esfuerzo (facilidad, ausencia de fatiga, empeño o dificultad, atractivo, funcionamiento perfecto).
	13. Algunos cambios en la escala de valores propia.	12. Alegría (diversión, placer, gozo, viveza, humor, exuberancia, carencia de esfuerzo).
		13. Verdad, honestidad, realidad (desnudez, simplicidad, riqueza, rectitud, belleza, puro, limpio y carente de adulteración, consumación, esencialidad).
		14. Autosuficiencia (autonomía, independencia, “carencia de necesidad de ser otro que uno mismo a fin de ser uno mismo”, autodeterminación, trascendencia del medio, separación, vivir de acuerdo con las propias reglas).

Fuente: elaboración de los autores a partir de Maslow (1972).

En la columna de las necesidades se ubican las categorías que describen las motivaciones generales que los hombres tienden a satisfacer y comparten con el todo el género humano. A partir de la conducta motivada, es decir, del impulso para la satisfacción que emerge de la necesidad o la pérdida de equilibrio, el hombre aplica sus recursos personales para buscar la satisfacción, para ello se orienta a unos objetos o fuentes que están en relación con los valores del ser, el resultado de esta tendencia básica permite la ubicación en mayor o menor medida en el proceso de autorrealización y la adquisición y consolidación de las características del hombre autorrealizado.

Por ejemplo, si una persona está movida por su necesidad de pertenencia, quizá tratará de tramitar este déficit mediante la consecución de una pareja o de un grupo social que le asigne la satisfacción física y psicológica, ahora bien, si en su sistema de valores no se encuentra en primer plano la simplicidad, entonces las fuentes a las que recurrirá estarán caracterizadas por la deshonestidad y lo artificial, lo que no le permitirá mayor espontaneidad, frescura e independencia, reduciéndole su progreso en la autorrealización.

Tal ralentización en la tendencia actualizante es consecuencia de la incapacidad de la autogestión y la no dependencia del ambiente, ya que es característico del hombre autorrealizado una mayor autonomía e independencia, así cuando la necesidad de pertenencia aparece, este hombre la satisface de tal modo que no presenta una dependencia angustiosa ni sugestionable. No quiere decir que la necesidad no busque ser satisfecha, sino que no se convierte en la totalidad de la vida de la persona por lo que podrá dar paso a una nueva necesidad de mayor valía.

Así pues, se puede observar en el escenario clínico, que, de forma básica, la patología se ha estructurado allí donde la satisfacción es insuficiente o no ha permitido trascender positivamente a una metanecesidad, pues cuando un déficit en específico emerge y se rompe la homeostasis del organismo con su entorno, el entorno es la meta, es decir, es quien señala con intensidad lo que debe ser buscado o evitado, pues se presenta como fuente o estímulo. En consecuencia,

todas las emociones, instintos, experiencias y potencialidades se dirigen al unísono a la satisfacción, generando una suerte de secuestro o rapto, nublando al individuo la posibilidad de encontrar otras formas.

Es preciso entonces que el psicólogo clínico de enfoque humanista no deje de considerar los elementos de tipo orgánico que anteceden al nacimiento, que afectan la gestación y que acompañan la evolución a lo largo de la vida, pues estos entregan una información ineludible y de algún modo determinante y en posible relación con la queja, la dimensión biológica debe considerarse una expresión consecuente o causante del malestar subjetivo.

Al mismo tiempo, ya que toda persona hace lectura de sus necesidades, traduciéndolas como deseos y procediendo con cierta consciencia en esa búsqueda, es posible que aspectos psicológicos como metas, anhelos, esperanzas, motivaciones, estímulos, sueños, fantasías, ideas, miedos, angustias, proyectos y significados, entre otros, sean susceptibles de una exploración psicotécnica, de un diagnóstico ordenado y sistemático, para poder correlacionarlos con las necesidades como impulso y la autorrealización como meta, es decir, se puede establecer, de un modo holístico, la injerencia de unos sobre otros multidireccionalmente.

Con ello, los síntomas y mecanismos defensivos, las respuestas agresivas o negativas, son formas que tiene el organismo de sobreponerse contra la frustración de no poder expresar y satisfacer sus necesidades básicas, emociones y potencialidades. De paso se pone en evidencia lo que el organismo necesita en términos de experiencias de sufrimiento o resolución a la carencia, pues quien no logra confiar en su capacidad para reestablecer la homeostasis y autorregularse hacia la maduración y salud, permite que se ahogue la necesidad y se suprima la motivación, en consecuencia, se instala la enfermedad.

4.2 Crecimiento de la persona en la aproximación de Rogers

Las fuentes principales en las que se desarrolla la comprensión sobre el ser humano en la obra de Rogers son, a consideración de los autores de este libro, la clásica obra *El proceso de convertirse en persona* (Rogers, 1981a); así como *Psicoterapia y relaciones humanas* (Rogers y Kinget, 1971) y *Psicoterapia centrada en el cliente* (Rogers, 1981b). Estos insumos exponen principalmente las características de los procesos psicoterapéuticos y las habilidades y actitudes humanas del terapeuta para llevar a cabo un proceso de acompañamiento clínico exitoso, sin embargo, para llegar a la identificación de aquellos elementos que deben observarse en la clínica, Rogers también evidencia su comprensión sobre los procesos de construcción y consolidación por los que atraviesa un individuo y que le hacen gozar de bienestar y salud o enfermar, razón por la cual, la comprensión de la organización de la personalidad es la base para el contraste de los fenómenos clínicos.

Para comprender la propuesta sobre la personalidad, es necesario ubicar a Rogers en una aproximación fenomenológica de la realidad, dentro de esta, incluir los principios que exponen que la existencia es una totalidad donde ocurren todas las cosas al mismo tiempo, y donde el sujeto es al mismo objeto de esa totalidad que organiza su campo fenoménico asignándole significados o convirtiendo el mundo en un utensilio según la integración consciente que haga de él, así pues, el comportamiento humano, la personalidad como constructo psicológico es el resultado de la dialéctica entre la experiencia inmediata sujeto-mundo y la elaboración consciente que se deriva del sujeto-mundo representado.

La experiencia así entendida, es un campo fenoménico que se afecta con los significados que el sujeto asigna y al mismo tiempo se afecta con ellos mismos, es decir, crea una realidad y esta misma entra a ser referencia para las siguientes elaboraciones, claro está, que aunque el mundo, los otros, operan inicialmente como agentes neutros, amenazantes o protectores, siempre están emitiendo una información que, por una parte afectará al organismo en cuanto estímulo incondicionado, y por otra será traducida por el sujeto según los marcos de referencia previos. En síntesis, la personalidad y com-

portamiento del individuo es el resultado de las simbolizaciones o representaciones del mundo y de sí mismo.

Dado lo anterior es posible identificar que la evolución y desarrollo de las personas, tanto en su esfera de sanidad como las respectivas formaciones patológicas, están influidas por las fuerzas externas favorables o desfavorables y por las fuerzas internas positivas o negativas, aportantes o no a la actualización.

Con la fenomenología como referente epistemológico para la comprensión de la totalidad, Rogers se aproxima a la vida humana desde su dimensión biológica. El autor considera que el hombre es un organismo que de forma dinámica integra todos los recursos que le entregan el entorno y la experiencia para configurar la percepción de sí mismo y para proyectarse. El hombre evoluciona progresiva y positivamente al igual que todos los organismos de la naturaleza, todos se configuran desde lo simple a lo complejo hasta establecerse, no definitivamente, pero sí cada vez más funcionales. Así que el hombre no está a la deriva de las interacciones del campo fenoménico, sino que es, por tendencia intrínseca, un promotor de su desarrollo.

Dicha evolución se da de forma inconsciente en lo que respecta a los condicionantes previos como corporalidad, entornos y herencias, sin embargo, cuenta con cierta libertad para tomar conciencia de los factores circundantes e integrarlos para la realización de sus metas. Con esto se puede observar que Rogers, en su lectura sobre la naturaleza humana, tampoco deja a la sombra de la perversión la totalidad de lo que es la persona, comprende que las formas destructivas y disociales de las personas son resultado de mecanismos defensivos y de miedos susceptibles de ser combatidos conscientemente mediante la psicoterapia y la educación.

El organismo entonces atraviesa por un proceso de convertirse en persona, pues llegar a ser persona es el resultado de la toma de conciencia, de la autodirectividad con la que el individuo elija y se haga autónomo, esto no ocurre sin embargo por inercia, es necesario que se den las condiciones favorables en el entorno para que todo ese potencial se pueda expresar.

Son dos entonces las fuerzas en este desarrollo: por una parte, la del entorno y los determinantes previos a la conciencia y, por otra, los significados personales, conscientes, que el sujeto pone en marcha. De esta manera, la personalidad es un estado de tensión psicológica, que puede nombrarse desde la diferenciación versus la indiferenciación.

Ahora bien, este organismo humano que tiende a la organización y es capaz de elecciones conscientes y positivas para sí mismo, está movilizado por una tendencia actualizante, una predisposición propia de todos los organismos para alcanzar la mejor versión de sí mismos. Allí donde Maslow describió la motivación como el instinto que dispone la autorrealización, Rogers describe la tendencia realizadora.

Tal tendencia es la que permite que el niño, a medida que desarrolla su conciencia, vaya estableciendo de forma rudimentaria una idea de sí mismo, y vaya tomando del ambiente la información con la que tendrá una base conceptual de referencia para la organización de la identidad, el organismo infantil entra en un proceso "metabólico" en el que ha de establecer una forma de relacionarse con el entorno para tomar de él o valerse de él de alguna manera para potencializar o proteger su identidad. Cuando esta construcción entrega a la persona los elementos necesarios para la configuración y seguridad del sí mismo, entonces la tendencia actualizante se convierte en tendencia de autorrealización.

Hasta aquí puede observarse entonces que el organismo y el sí mismo son dos dimensiones que se integran en una totalidad física y psicológica. El organismo tiende a la realización y organización de forma inconsciente prioritariamente y el sí mismo es un autoconcepto según las ideas e ideales conscientes que la persona elabore. Estas dos dimensiones y procesos, cuando están alineados, permiten la congruencia, autorrealización y empatía, de lo contrario, emergen la incongruencia, la tensión, el miedo y la enfermedad. La autorrealización es congruencia entre lo que es el organismo y los significados del sí-mismo; fenomenológicamente es la vuelta del sí-mismo a las cosas mismas, al organismo mismo; autorrealización es también autenticidad y aceptación del sí-mismo, sobre su sí-mismo-organismi-

co. El concepto organísmico no debe confundirse con el de organismo, este último hace referencia a la dimensión física, en contraste con la dimensión psicológica, mientras que la palabra organísmico se refiere a lo propio del ser humano que está configurando la totalidad, es otra manera de hablar de la totalidad de la existencia en donde no es posible discriminar lo psíquico y lo orgánico, pues eso que se llama organísmico es una unicidad configurada, es la totalidad convocada en determinada manifestación del ser, también lo íntimo o lo óntico filosóficamente hablando.

En una observación más detallada del sí-mismo, como dimensión aparentemente psicosocial, ha de comprenderse que el sí-mismo es una organización que toma su información de lo que el individuo conceptualiza de sí mismo en el presente, y de lo que proyecta como deseo, anhelo o meta en el futuro.

En el presente la persona se hace una imagen de sí misma, se ve de cierta manera, como cree que debe ser o como ha sido influenciada a ser. Este auto-concepto es moderadamente estable e inflexible, ya que las personas tienden a proteger su identidad al ser aquello que asumen como su “yo”, es todo lo que creen ser y temen que se les juzgue si son de otra manera, pero puede llegar a ser reorganizado, en la medida que se encuentren en un ambiente de aceptación incondicional. Si en el caso del sí-mismo ideal, los deseos que se integran en la identidad provienen del deseo del otro, de las instituciones, familia, cultura en general, y por tanto responden a condiciones para la aceptación, la persona no se expresará auténtica y a ello le sobrevendrá el malestar.

Con esta información se identifica que la intervención clínica del psicólogo con un enfoque humanista rogeriano, apunta en términos generales, a la movilización de la congruencia, autenticidad y aceptación para una vida plena. Es útil para estos fines citar las expectativas que desde las investigaciones clínicas propone Rogers y son útiles para diseñar una estructura descriptiva de contraste para el escenario clínico, a manera de taxonomía no jerárquica, como en el caso de Maslow, sino de orden horizontal con igual importancia y urgencia (tabla 3).

Tabla 3.

Taxonomías dentro de la teoría del proceso de convertirse en persona

Características de la persona que funciona integralmente		
Orientaciones de las personas en el proceso de terapia.	Situaciones que debe advertir el individuo en sus procesos para convertirse en persona.	Características de la personalidad modificada por un proceso que le acerca a la vida plena.
Dejan de usar máscaras.	Descubrimiento de sí mismo en la experiencia	Menos ansiedad y vulnerabilidad.
Dejan de sentir y asumir los <i>deberías</i> .	Vivencia de los sentimientos.	Más flexibilidad en la estructura del sí mismo.
Dejan de satisfacer las expectativas impuestas	Apertura a la experiencia.	Menos conductas defensivas.
Dejan de esforzarse por agradar a los demás.	Confianza en el propio organismo.	Menos experiencias distorsionadas sensoriales-visceralas.
Comienzan a autoorientarse.	Foco interno de evaluación-responsabilidad	Comportamiento auténtico, congruente.
Comienzan a ser un proceso en lugar de un producto.	Deseo de ser un proceso más que un producto.	Mayor aceptación de sí mismo.
Comienzan a ser toda la complejidad de su sí mismo.	Mayor apertura a la experiencia.	Experiencia organísmica integrada al sí-mismo.
Comienzan a abrirse a la experiencia.	Tendencia al vivir existencial.	El verdadero <i>sí mismo</i> , es el sí-mismo orgánico.
Comienzan a aceptar a los demás.	Mayor confianza organísmica, confianza en la naturaleza humana.	Mayor aceptación y comprensión a los demás, sus diferencias.
Comienzan a confiar en sí mismos.	Tendencia al funcionamiento pleno.	Sistema de valores flexible y adaptable.
Comienzan a explorar sus recursos creativos.	Mayor riqueza de la vida.	Mayor aceptación de los dolores de la vida de forma constructiva.

Fuente: elaboración de los autores a partir de Rogers (1981a).

Obsérvese, por ejemplo, un caso en el que una mujer adulta llega a la consulta con una gran angustia porque se encuentra en la disyuntiva de continuar con su relación matrimonial de diez años o separarse y construir una nueva forma de vida, sin embargo, el continuar con su relación le significa tener que tolerar a un hombre que es amado y admirado por su familia pero que para ella es intolerable por las diferencias tan marcadas que ha estado experimentando en el último año.

Al indagar por su historia personal y familiar, ella comenta que sus padres son muy tradicionales y con un gran estatus en medio de su comunidad, siempre le criaron fiel a los preceptos y la rectitud que la clase social alta a la que pertenecían les ha demandado, su educación se llevó a cabo en instituciones religiosas y declara obtener los mejores puestos llevada también por la presión de los padres para que lo hiciera.

Se comprometió y se casó al graduarse de la universidad con un joven que había sido su amigo desde la infancia y muy cercano a ella por las buenas relaciones que tenían los padres de ambos, refiere que a los ojos de sus padres era un hombre que estaba a su altura y podía darle lo que necesitara. La relación matrimonial se desarrolló como ella lo había predicho, pues indica que los matrimonios de sus amigas y de sus padres y conocidos son una fiel reproducción uno a uno, siempre llevado además por el estatus, situación con la que ella no estaba inconforme originalmente.

Al indagar más sobre la relación con sus padres, ella dice que los respeta mucho pues han hecho grandes cosas con disciplina y esfuerzo y así se lo han enseñado. Comenta que quiso ser bailarina desde pequeña, pero su padre dueño de una empresa le reprochó estas actividades porque no eran productivas ni decentes, luego en la universidad sus intereses estuvieron en la pintura y las artes escénicas pero debía realizarlas al escondido, pues a su madre siempre le pareció una práctica de personas sin ideales, y sin un sentido de la responsabilidad. En este orden, describe su relación con ellos, como un "amor odio, pero más amor pues son mis padres y a ellos les debo todo".

El progreso en el escenario terapéutico permitió a la paciente reconocer en su historia personal una participación muy fuerte de los deseos de sus padres, organiza la experiencia de ser presionada por sus progenitores a estudiar, y comportarse como ellos siempre se lo propusieron, en su discurso aparece la frase "soy un proyecto de mis papás". Experimenta con resentimiento y autorrechazo que nunca pudo estudiar teatro, que estudió para heredar la empresa, que sus amigos son a conveniencia y su esposo un movimiento estratégico para seguir manteniendo la comodidad económica a la que estaba acostumbrada.

En lo que respecta a su queja inicial, identifica que su indecisión sobre dejar o no a su pareja, está soportada en que se sentiría muy culpable de defraudar a sus padres y de "traicionarlos por no lograr llevar un matrimonio como se debe", dice que se siente mal con ella misma cuando piensa que va a traicionar también a un hombre bueno, pero que ya siente que la sofoca tener que llevar esa vida social a la que ahora está sometida, pues si bien le ha dado las comodidades económicas esperadas, su "corazón arde cuando puede escaparse a una obra de teatro y a bailar en una discoteca de mala muerte, pero donde se enteren mis padres, me desheredan, y no hablo de plata, muero para ellos, dejarían de amarme... ellos y todo el mundo".

Recurriendo a la taxonomía previamente expuesta, tenemos en este caso a una persona que necesita usar máscaras de las que se desprende cuando huye de su ambiente original, reprime y ha reprimido históricamente sus sentimientos para seguir los deseos de otros, es un producto de la elaboración social y en consecuencia desconfía de sus propias decisiones.

En el tiempo que estuvo en el proceso clínico, entre otras cosas, se permitió aceptar su rechazo a sus padres por las formas en que le presionaban, reconoció que el amor por su pareja era una forma de agradecimiento y compromiso, con ello se fue permitiendo una expresión más auténtica de sus emociones y un "dejándome ser toda completa, si me nace, lo hago y me siento bien con eso", es decir una apertura a la experiencia y vivir más existencial.

En consecuencia de lo anterior también atravesó por una etapa defensiva, en la que creyó que tenía que rechazar todo lo que viniese de otros, pues no eran sus deseos, se convirtió temporalmente en una persona agresiva y sin intención de asumir otras responsabilidades en contextos familiares y laborales, en un intento por ser "más yo misma, ser mi propio proyecto", pero logró identificar que así como antes no era ella misma, ahora tampoco pues no se sentía satisfecha con esta versión más "agresiva" de sí misma. Llegados a ese impase, logró experimentar que expresiones más creativas le podrían aportar mejor a su nuevo proyecto, nadie quería hacerle daño de forma intencionada y confluir parcialmente con los otros, no significa perder la identidad.

Actualmente se reconoce como más flexible, menos ansiosa y más consciente y “respetuosa consigo misma”, lo que para la teoría significa una integración y autoaceptación, sin perder de vista que depende ahora de ella seguir construyéndose, considerando las tendencias organísmicas, sus emociones y deseos. De forma precisa, ha dejado de comportarse calculando si dejarán de amarla o no a partir de su comportamiento más congruente consigo misma, lo que traduce autoaceptación que antes tenía soportada en la aceptación condicionada de sus padres y ambiente cercano.

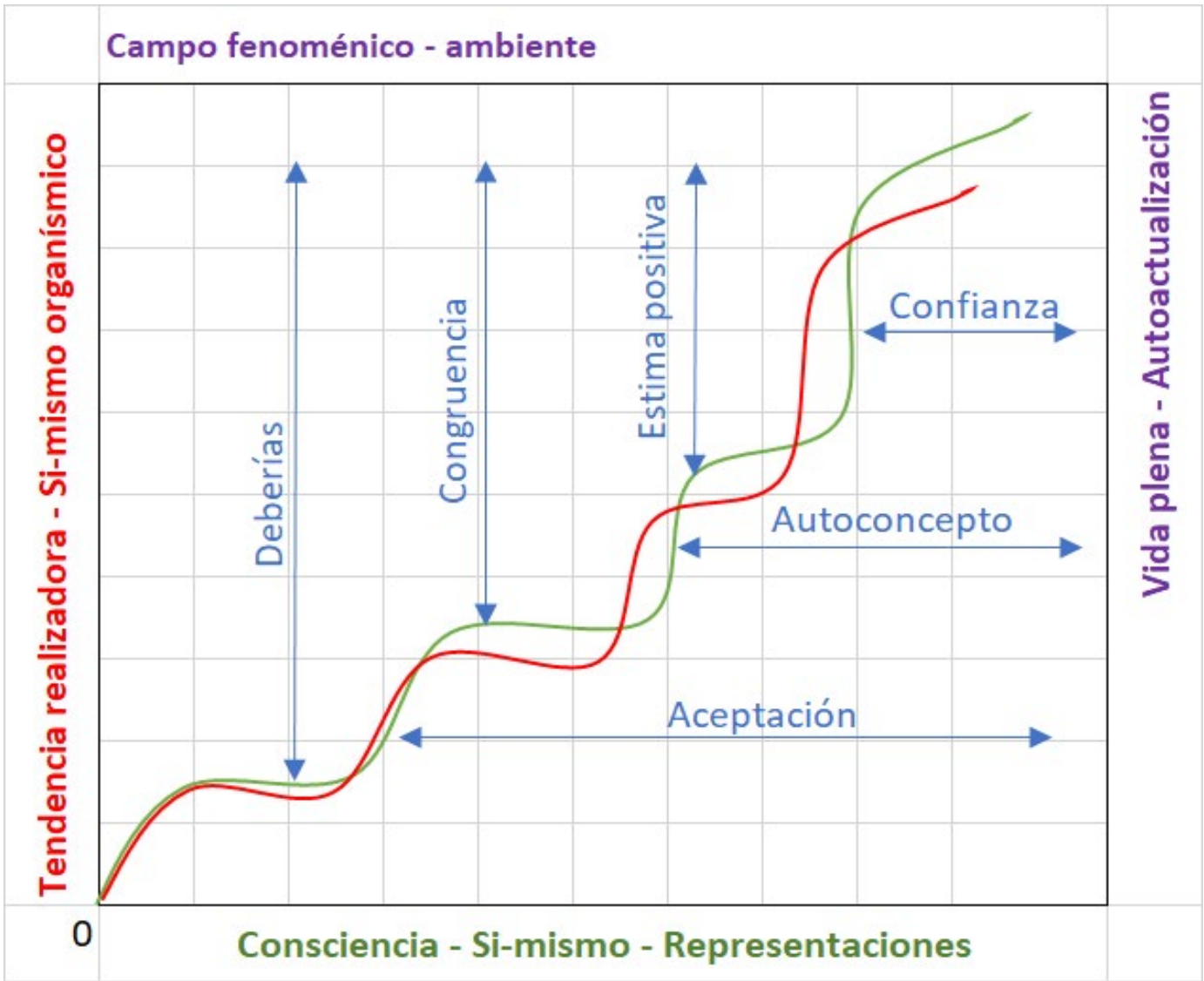
En este caso se identifican, no solo elementos de un proceso de toma de conciencia hacia un funcionamiento óptimo, sino también que, en cuanto a lo psicopatológico, el diagnóstico y los caminos del desarrollo terapéutico, estos derivan directamente del marco de referencia del propio sujeto. Centrar la terapia en la persona significa entre otras cuestiones, que lo bueno o lo malo solo lo juzga la misma persona protagonista del proceso, no para fines de autorreproche, sino porque el significado de los síntomas o quejas solo tienen sentido en una narración personal, en tanto la conciencia y resignificación de ellos, depende completamente de la capacidad que tenga el paciente para aceptarse y expresarse de forma auténtica en el mundo.

El proceso de convertirse en persona desde la infancia hasta el final de la vida, es un proceso con posibilidades de autodirección, ya que es en la conciencia particular donde se integran todas las informaciones del ambiente, de este modo, el individuo es el centro de las experiencias ya que procesa aquello que le resulta significativo, lo emergente del fondo del campo fenoménico, así, si el campo o entorno le entrega a la persona información amenazante o positiva, con ella se construirá la percepción de sí mismo y de su realidad.

Ante tal realidad, no solo el sí mismo como centro identitario, sino todo el organismo responde, todos los procesos conscientes e inconscientes se ponen en marcha para elaborar una relación con esa realidad, es decir, el individuo configura su mundo y se configura a sí mismo a partir de allí, en un *continuum* de realimentación bidireccional.

Figura 8.

Esquema sobre el crecimiento, propuesta desde elementos en Rogers



En la figura 8 se relaciona a la conciencia con el sí-mismo, pues es la conciencia el escenario mental en el que se consolidan las simbolizaciones de sí mismo y de las experiencias. Es la integración de las emociones positivas y negativas, de lo que emerge del fondo, el resultado de la tensión, que, en lugar de dominar la vida psíquica en la lógica freudiana del conflicto intrapsíquico que es padecido por el yo, aquí el yo es quien dirige y regula.

Pero en esta tarea, el yo se convence de sus autoconceptos, que inicialmente debió tomar del ambiente, los cuales quizá no corresponden a lo que es el organismo realmente sino una percepción distorsionada. El sí mismo aprende a mirarse de forma distorsionada, pero no se hace consciente de esto hasta que no se haga sintomático, por ello las personas se aferran a las versiones de sí mismas, se rigidizan en sus propios conceptos y todo lo que contradiga estos esquemas o representaciones les resulta amenazante. Con esto puede emerger una noción del yo incorrecta, o una realista, según las posibilidades con las que haya contado el individuo de tener expresiones de libertad y experiencias auténticas (Rogers, 1981b).

Si por el contrario, el individuo no se siente amenazado, juzgado o presionado a ser de una manera particular, entonces se flexibiliza y se permite una expresión auténtica, ya que la valoración o estima positiva externa lleva a la autovaloración positiva. La conducta así entendida, es una reacción del organismo a la realidad subjetiva que ha configurado, lo que en consecuencia indica que las tensiones que se generen entre el organismo y el ambiente hacen emerger la necesidad de satisfacer la tensión, de suprimir la necesidad o de recuperar un funcionamiento positivo por encima de los sufrimientos o contrariedades “el organismo progresa a través de la lucha y el dolor” (Rogers, 1981b, p. 416).

Para terminar este apartado ha de advertirse que, como lo señala Rogers (1981b), cuando las condiciones de existencia son tales que exigen un divorcio constante entre la experiencia y la representación, el sujeto pierde el bienestar, la confianza y la eficacia, ya no sabe lo que piensa y lo que quiere. Clínicamente, la inadaptación de una persona se configura cuando el mismo sujeto intenta rechazar las simbolizaciones o las necesidades del organismo, mientras que hay adaptación cuando se da una integración congruente de las necesidades del organismo con el sí-mismo consciente.

4.3 Crecimiento de la persona en la aproximación de Perls

La psicoterapia gestáltica, como reformulación inicial de la teoría freudiana, conserva una comprensión psicodinámica de la vida humana, esto significa que el tránsito de una persona por el mundo está sometido a las fuerzas biológicas que demandan satisfacciones, a influencias sociales que ejercen cierta determinación primordialmente discursiva, y a procesos mentales que no necesariamente están al alcance inmediato de la conciencia, sin embargo, la maduración de esta propuesta pasó rápidamente de una epistemología psicológica a una fundamentación de la psicoterapia, lo que significa que no se encuentra allí una redefinición amplia de lo psicológico, sino una serie de fenómenos que habrán de atenderse en el escenario psicoterapéutico.

Lo que se puede conocer como una fundamentación básica y original del enfoque gestáltico en psicoterapia, se encuentra expuesto en el libro fundacional *Excitación y crecimiento de la personalidad humana*, más conocido como PHG, por las siglas de los autores. En este se evidencia desde la reflexión de Goodman, el lugar de la sociedad y el ambiente para la constitución del psiquismo; los componentes comportamentales estimulados, de parte de Hefferline; al mismo tiempo que se evidencia la influencia de la filosofía existencial aportada por Laura Perls.

Esos tres conocimientos se sintetizaron con las experiencias médicas y psicoanalíticas de Frederic Perls, y con ello se presentó el enfoque gestáltico como una psicoterapia experiencial que hace énfasis en las formas en que las personas se relacionan con su mundo y su propia experiencia, por tanto, de forma básica se identificará en el escenario clínico que las alteraciones o particularidades presentadas por un individuo y que le han llevado a demandar acompañamiento psicológico, han emergido de un fracaso de la persona por mantener una experiencia satisfactoria en la relación con el mundo y consigo misma, esta expresión suficientemente genérica se explica a continuación a través de la comprensión del proceso de maduración y crecimiento de la personalidad.

El primer supuesto básico para comprender tal crecimiento es la tautología filosófica de Parménides, de que el “ser es lo que es” que, para la fenomenología,

se traduce en que el ser es lo que ocurre allí donde es y mientras está siendo. Esto significa que para comprender la existencia es necesario revisarla en la dimensión espacio-temporal, el dónde y el cuándo.

Tal premisa, permite abrir el espacio a la preocupación por el aquí y ahora de la propuesta gestáltica, pues en el análisis fenomenológico-existencial, fundamento epistemológico de esta propuesta, la existencia ocurre allí en donde el organismo se encuentra expresando su vitalidad de forma extensa y cognoscente, es decir, allí donde la dimensión corporal ocupa un espacio real y empírico, al tiempo que la dimensión conciencia acompaña esta materialidad para que el organismo se experimente existente.

Del mismo modo, la temporalidad como aparente categoría mental para la descripción del movimiento y la expresión de la vida, permite demarcar una cantidad de experiencias que se sistematicen en la consciencia, lo que significa que el ahora, que podría describir el momento inmediato en el que la conciencia se vuelca sobre la existencia, puede extenderse hasta donde el organismo compile y proyecte su existencia.

En el contexto clínico esta situación evidencia que cuando una persona no experimenta satisfactoriamente su vida, puede deberse, por una parte, a que su dimensión corporal no ha recibido la suficiente atención como para obtener la satisfacción de las necesidades que le emergen y en consecuencia hay un olvido o esquematización de las formas de estar a nivel corporal en el mundo y, por otra parte, como consecuencia o causa, porque su consciencia está siendo dirigida a situaciones que ya han ocurrido materialmente, y ya no siguen ocurriendo más que como recuerdos que se actualizan, o a situaciones que no han ocurrido pero que se predicen típicamente de forma catastrófica, haciéndolas ocurrir en la imaginación. Con ello, la dimensión corporal, mental y ambiental, se configuran en una totalidad para atender el cuándo y dónde está ocurriendo la existencia en el individuo, lo que afecta su experiencia y por tanto el cómo, es decir su respuesta adaptativa y positiva o desadaptativa y patológica.

Adviértase la presentación que se realiza de lo corporal, mental y ambiental como dimensiones, y no debe olvidarse que fenomenológicamente no existen causa y efecto sino una ocurrencia compleja y total donde se afectan todos los elementos o formas, una a la otra al mismo tiempo, por lo que estas tres dimensiones no son partes de un todo, sino que son el todo que para fines didácticos precisan aproximación delimitada y progresiva. El todo es más que la suma de sus partes.

En relación con las teorías de Maslow y Rogers, se ha de considerar al organismo como una estructura que está integrada por lo biológico y lo animal, que es un común denominador a todos los hombres, además de lo social y cultural, síntesis de lo cual, el cuerpo y las experiencias en particular cobran un significado único en el sujeto.

Derivado del primer caso, lo biológico, se ha de entender en el fenómeno clínico descartando o incorporando, según corresponda, los elementos físicos que participan en lo patológico o susceptibles de potencializarse en el tratamiento. Derivado de lo segundo, lo social es otro insumo que da información satisfactoria o amenazante al organismo, razón por la cual también deben rastrearse los canales comunicantes que también participan en la experiencia clínica.

Con lo anterior, debe reconocerse, que el desarrollo de la personalidad se considera en el enfoque gestáltico como lo emergente de un campo fenoménico, de un escenario que sirve como pretexto para el organismo, con lo que la salud es el mantenimiento equilibrado de este campo. Dicho de otra manera, las diferentes funciones humanas, todo lo que se juega en la vida del hombre, deriva de las dinámicas relacionales entre personas-personas, persona-mundo, y de los significados que tienen estas relaciones para cada individuo: persona-sí mismo.

A tal relación se conoce como contacto, por lo que lo patológico es la ruptura del contacto que estaba siendo homeostático o de un contacto con situaciones en las que se intercambian experiencias negativas.

De la mano del contacto, se requiere entonces de un segundo presupuesto para la comprensión de esta teoría, a saber, el de la teoría de campo que se traducirá en figura-fondo. De forma básica se comprende que el campo es el fenómeno en el que se vinculan muchas situaciones que interactúan entre sí, y en el momento en que una de las situaciones tenga una potencia superior a las demás, todo el campo se reconfigurará alrededor de esa potencia; esto hará que el campo que era un fondo en el cual todas las situaciones eran horizontales o estaban indiferenciadas, ahora se convierta en el "receptor" de la atención que recibe la situación más potente, es decir, aquello que se convierte en figura.

La figura traduce una o varias experiencias a las cuales está atendiendo la persona de forma primordial, no quiere decir que las demás situaciones de su vida desaparezcan, sino que pasan al fondo a la espera de ser atendidas, cuando la figura que pasó al frente sea resuelta, con el agravante de que, según se resuelva esta figura, se reestructurará el campo o fondo, y al mismo tiempo, la solución que se dé a la figura, será posible con los recursos que aporte el fondo.

Este campo fenoménico recibe el nombre en Gestalt de campo del contacto, y ciertas formaciones sintomatológicas el de interrupciones del contacto. En esta aproximación fenomenológica, el organismo y el ambiente son una totalidad que se coconstruye, es decir, están en el mismo campo determinándose el uno al otro, pero no se debe olvidar que a diferencia de un campo de objetos, la persona tiene la posibilidad de jugar un papel activo dentro del campo, pues es un sujeto con consciencia, con ello, las figuras que pasen al frente y la forma de afrontarlas están al alcance de sujeto como actor consciente dentro del campo o todo lo contrario cuando es la información del campo la que se impone y la persona no filtra voluntariamente esta información.

Por tanto, una aproximación clínica debe comprender principalmente el fenómeno conocido como frontera del contacto, que de forma simple es la dimensión en la que ocurre la experiencia, es decir, es el límite material del organismo y el inicio material del ambiente. Con énfasis en que es material, pues en primera instancia se trata de una frontera física, de la piel de la persona, pero en

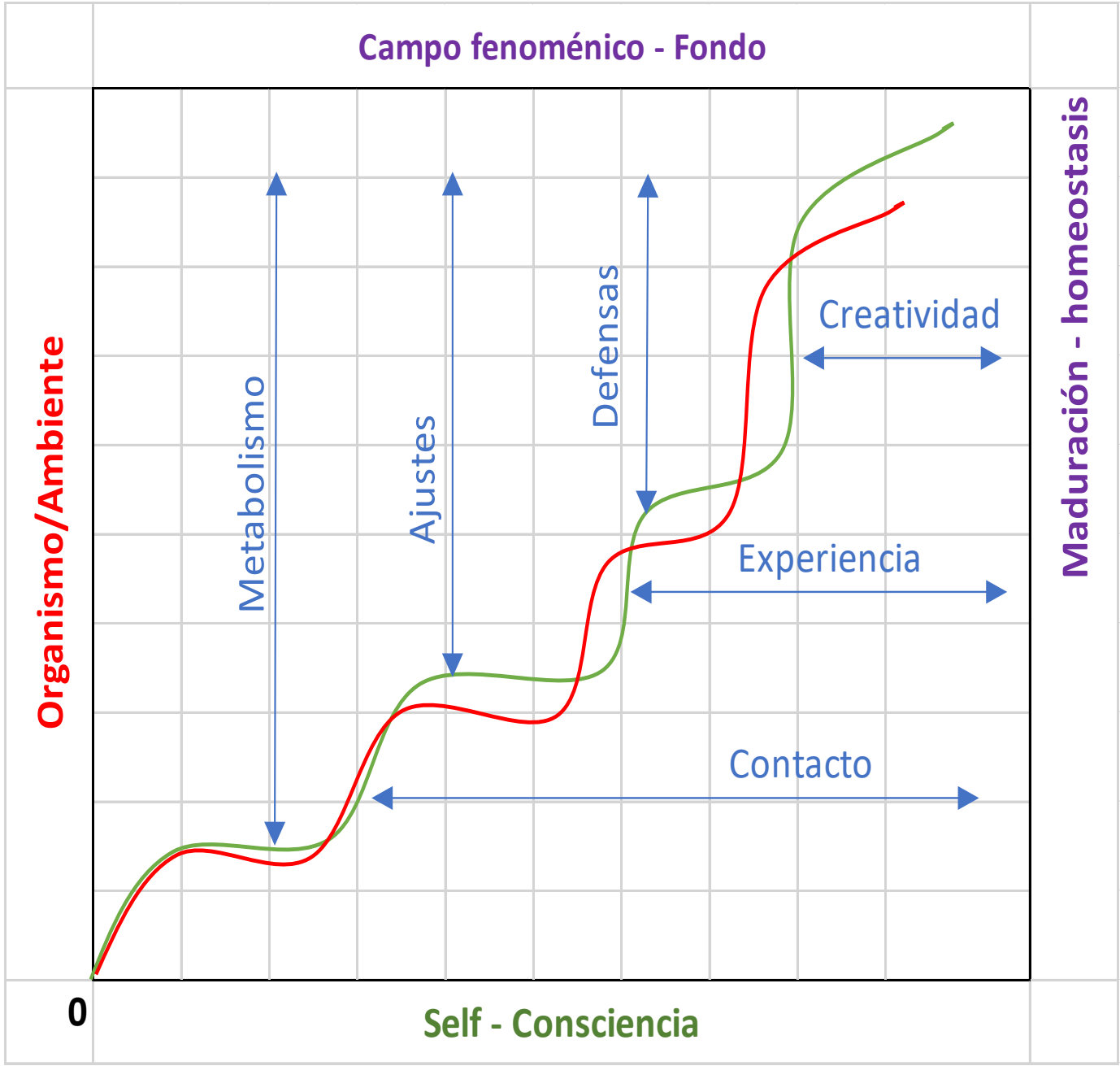
segunda instancia, el contacto ya no se hace material, sino que es la colonización, significación, in-corporación que el organismo hace del mundo con y en su consciencia, esto permite entender que alguien "tome contacto" con situaciones que no están en el aquí y ahora, pero representen algo propio o externo. "La experiencia es contacto: es el funcionamiento de la frontera organismo/entorno" (Perls *et al.*, 1951, p. 7).

Asúmase un tercer y último presupuesto, el de la analogía del metabolismo físico, asignada al metabolismo mental. Se ha indicado que el organismo al estar en el entorno se encuentra en un aparente equilibrio, siempre y cuando le sea posible tomar del entorno lo que necesita para su satisfacción, y también pueda devolver lo que no necesita pues le es amenazante o no le pertenece o representa. Esta dinámica es un proceso metabólico, que en su versión saludable recorre el camino de: necesidad-consciencia de necesidad-disposición de recursos para la satisfacción-movilización hacia la fuente-encuentro con la satisfacción- vuelta a la calma. Estos momentos describen genéricamente lo que la Gestalt de forma específica presenta como ciclo del contacto (sensación-figura-energetización, acción-contacto-retirada).

Con lo anterior, es posible establecer que lo patológico o lo saludable también es consecuencia de las formas que tiene el organismo de establecer contacto con el ambiente, metabolizando o asimilando, o por el contrario bloqueando el contacto. Los diferentes caminos que tome el contacto harán emerger, por la insuficiente consciencia, mecanismos defensivos que de forma inconsciente intenten reestablecer el equilibrio de manera transitoria.

Resultado de estos tres presupuestos es posible la comprensión del desarrollo de la persona como se muestra en la figura 9.

Figura 9.
Esquema sobre el crecimiento, propuesta desde elementos en Perls



El nacimiento del organismo humano se da en un contexto o ambiente que está cargado de las historias y prácticas culturales, de instituciones y dinámicas relacionales que le preceden y por tanto ya tienen delimitados los recursos que el organismo puede encontrar para mantener la vida. Claro está, estos recursos son el *ground* básico con el que se constituirá el yo, pero que no necesariamen-

te sea lo único con lo que contará definitivamente, es solo un insumo inicial, pero suficientemente importante como para que a partir de allí las formas de establecer contacto se organicen.

Según lo presentado, los fenómenos clínicos están asociados a los recursos insuficientes o negativos que hayan sido parte del *ground* y que según la patología precisan delimitarse. Si, por el contrario, el organismo ha tenido un campo o fondo suficientemente satisfactorio, protector y equilibrado, tendrá insumos suficientes para construirse a sí mismo, para diferenciarse como una persona que ha hecho propios sus recursos y le han de servir para responder a otras demandas futuras del ambiente.

El proceso de crecimiento de la personalidad humana es la consecuencia del dónde, cuándo y cómo el organismo se enfrenta con diversas tareas del desarrollo y demandas ambientales, adicional a las expectativas y deseos que el organismo se forme para sí mismo, sea por la fantasía o por los introyectos, que son todas las demandas que el ambiente hace a lo largo de la vida y de los que el individuo se convence y repite acríticamente.

Con esto, el metabolismo mental sugiere que las personas se alimentan de lo que les rodea, asimilan tal alimento haciéndolo parte de sí mismo, y podrán desechar aquello que no esté acorde a sus necesidades, lo que resulta problemático a este nivel es que las personas pueden creer que muchas formas de vida son un deseo personal o una necesidad propia, pero están ejecutando el guion demarcado por el ambiente, entiéndase por ambiente a padres, familiares, amigos, parejas, autoridades, etc. "El organismo sobrevive asimilando, cambiando y creciendo" (Perls *et al.*, 1951, p. 9).

Tal proceso metabólico inadecuado, deja en evidencia que las personas han establecido un contacto de mala calidad, que perdieron el contacto con sus propias sensaciones y satisfacciones y se contactaron con el mundo hasta cargarlo. Este contacto fijo es una imposibilidad de retirada, de terminación del vínculo con el ambiente.

Aunque el campo fenoménico es una totalidad en el que las dimensiones tienen la misma importancia y posibilidad de emergencia, el organismo está en una aparente dialéctica con el ambiente, para la cual necesita la fuerza destructiva, sobreponerse y negarse o limitar lo que el ambiente quiere descargar sobre él, si de esta dialéctica el organismo puede extraer un aprendizaje para futuras y saludables adaptaciones, entonces continúa su proceso de maduración. De otro modo, queda al servicio de figuras para las cuales no cuenta con los recursos de trámite, es decir, figuras que emergen demandando una respuesta. "El proceso de formación figura/fondo es un proceso dinámico en el que las necesidades y los recursos del campo prestan progresivamente sus poderes al interés, intensidad y fuerza de la figura" (Perls *et al.*, 1951, p. 11).

Ya que el organismo debe responder de cualquier manera, lo realizará con lo que tenga en su fondo, a esto se le conoce como ajuste creativo, que es un intento de conservación, confrontación y asimilación para mantenerse seguro. Con ello señalan Perls *et al.* (1951) que "la psicología de lo no normal, es el estudio de la interrupción, inhibición u otros accidentes a lo largo del ajuste creativo" (p. 10).

El contrario de estos ajustes es la creatividad, que es la consecuencia de atravesar conscientemente por experiencias de las que se puedan asimilar recursos saludables; allí donde en el *ground* o fondo temprano no fue suficiente para el organismo, en la medida que madura puede entrar en contacto con experiencias que prolonguen o restituyan el equilibrio "la respuesta consciente en el campo (orientación o manipulación) es el agente del crecimiento" (Perls *et al.*, 1951, p. 9).

De algún modo, el proceso terapéutico se orienta hacia el acompañamiento del individuo para que se permita tener experiencias con las que se contacte de tal manera que, tome de ellas lo que requiera para construirse y reintegrarse. El clínico entonces ha de evaluar la calidad del contacto, las formas de interrumpir el contacto, las alteraciones que emergen en la frontera del contacto, la cantidad de contacto y las dimensiones de la existencia con las que más contacto se establece. La conciencia es una función del contacto.

Perls expresa que, a lo largo del crecimiento, el organismo va perdiendo partes de su personalidad pues el sometimiento a las demandas del ambiente y la necesidad de controlar el mundo de forma angustiante, le hacen perder la espontaneidad y la fluidez en el campo. Consecuencia de ello son las diferentes dimensiones: cuerpo, mente y mundo, sufren una desintegración, y alguna de ellas o ninguna pasa a resolver las Gestalt que emerjan, así las cosas, se debe identificar con cuál dimensión de su existencia está más contactado el organismo para poder vislumbrar cómo la desintegración de la totalidad también del organismo se suma a la desintegración organismo-mundo, este proceso de completar *gestalten* se fijaría de tal forma que en consecuencia se organicen experiencias de enfermedad.

4.4 Crecimiento de la persona en la aproximación de May

Rollo May aporta al enfoque humanista, tanto producción literaria como antecedentes en la formación, por ejemplo, del teólogo y filósofo Paul Tillich, tanto Rogers como May se afianzaron en la fenomenología existencial durante su formación en el Union Theological Seminary. Si bien no es el alcance de este volumen exponer la psicología existencial, ya que sería obligatorio exponer las ideas de Ludwig Binswanger, Medard Boss, Erich Fromm, Ronald Laing, Víctor Frankl, entre otros, las conceptualizaciones de May se desarrollaron de forma cercana con las de Rogers y Maslow y otros psicólogos norteamericanos, mientras que los psiquiatras y psicólogos europeos entraron en el marco de la corriente humanista posteriormente.

Las afinidades entre el enfoque humanista y el existencial se fundaron concretamente en el trabajo sintetizado por la editorial Random House en 1961, y cuya fuente es valorada por los autores e investigadores del presente libro como una base obligatoria para orientar la comprensión de muchos otros conceptos en la psicología de enfoque humanista y existencial. En dicha obra la editorial convocó a figuras como Abraham Maslow, Carl Rogers y Rollo May, entre otras importantes figuras de la psicología de la época, para exponer las percepciones y fundamentos de una psicología existencial (May, 1961).

En la lógica de las exposiciones anteriores, ha de comprenderse que en May también se asume al individuo como un organismo integrado o como una *gestalt*, es decir, una organización de funciones y dimensiones que al unísono permiten la expresión de la vida humana, pero de forma más compleja que la biología general.

El hombre comparte con el resto de los seres vivos, animales y plantas, procesos básicos que le permiten orientarse al desarrollo y mantenimiento de la vida, procesos defensivos y adaptativos que de forma mecánica le permiten una adaptación adecuada al ambiente, pero May es mucho más incisivo en que la psicología y las ciencias que se ocupen del hombre, deben trascender las interpretaciones biológicas y mecanicistas. De igual manera, indicó que es absurdo negar los fundamentos y determinismos que preceden y acompañan la biología humana, mas, explicar la complejidad del hombre desde tales procesos significa converger en la explicación más simple y justo allí se pierde lo que es el hombre mismo, que no es para nada simple.

A diferencia de lo que se pudo observar con Maslow y Rogers, May no realiza una propuesta sobre el desarrollo del individuo en la que se puedan identificar fases del ciclo vital o factores asociados, proceso de maduración, aprendizaje o motivaciones, pues esto significaría fragmentar la experiencia humana; a falta de esta referencia más desarrollista, del proceso clínico no se podrían obtener categorías en las que se identifiquen alteraciones antecedentes y explicativas del comportamiento humano, ya que para el autor, intentar comprender al ser humano desde los mecanismos que permiten su conducta no hacen posible tener una comprensión de lo que es realmente la experiencia de la persona en el escenario clínico, ni de lo humano en general.

Sin estos criterios, los fines diagnósticos en la clínica humanista tienen otra lógica, y es justamente la que corresponde al método fenomenológico con el cual, al ser humano ha de comprenderse desde su contexto personal y ontológico, desde lo que le caracteriza como humano e individuo y le hace ser él y no otra cosa u otra persona. May indica que en lugar de observar tratando de identificar

un porqué y un cómo, el terapeuta experimenta el encuentro, se reconoce como parte del fenómeno relacional y orienta la conciencia propia y la del paciente, a la presencia, es decir, a lo que ocurre en el momento específico de la relación terapéutica.

Derivado de lo anterior y volviendo a la comprensión del hombre, para el autor no es recomendable ver el desarrollo de la vida como un proceso que mecánicamente se puede clasificar y en el que la patología sería una alteración de ese funcionamiento, sino que la actitud fenomenológica debe llevar a la comprensión de las formas en que el hombre “vive su muerte y muere su vida” (May 1963, p. 32), por lo cual, el psicólogo clínico debe estar por encima de las interpretaciones y prejuicios de la teoría, que si bien son importantes, también deben ser prescindibles en el encuentro psicoterapéutico para que se exprese el hombre desde su ontología.

Se obliga así una propuesta orientadora que permita identificar situaciones susceptibles de valoración clínica, ha de establecerse que el desarrollo de la personalidad es la consecuencia del tránsito que el individuo atraviesa desde su nacimiento hasta su muerte, para la expresión de sus características ontológicas, con esto, dichas características son el objeto de observación del clínico a fin de evidenciar la vivencia actual de las mismas, y cómo puede ser esta forma de vivenciar lo que aporta al malestar subjetivo.

Al macrocontexto de la expresión ontológica, es decir, a la situación en la cual se encuentra el hombre y dentro de la cual se expresa, May lo nombra *destino* esto es, todos los determinantes biológicos, predisposiciones genéticas y factores psicológicos y culturales en los que se enmarca la existencia. No debe entenderse, sin embargo, el destino como una suma de determinantes, sino de elementos dados para que la vida se exprese, pero también muera, en términos de Sartre, son las facticidades, lo que está puesto pero que no señala una intensidad de determinación, pues el hombre tiene la posibilidad de elegir en ese marco, dentro de lo que puede llegar a ser.

La vida es pues una especie de dialéctica en la que el destino se presenta como opción, pero a la que se contrapone la libertad, fenómeno este último que es la consecuencia de la conciencia que el hombre tiene de su existencia y de su destino, lo que significa que, cuando elige, pone en evidencia que vive en los límites del destino, mismos límites que pueden expandirse cada vez que se elige. Libertad y destino son por tanto dos fenómenos inseparables que se fundan el uno al otro.

No se niega aquí que el hombre cuente con ciertos determinantes dentro de su vida, sino que es el individuo quien asigna la fuerza o el nivel de determinismo a los determinantes, lo que, en la versión existencial más clásica, significa que cada hombre puede elegir cómo dejarse afectar de sus determinantes en la medida que les otorga ciertos significados, y en la medida que les dé y convierta en valores. En este sentido indica May (1967) que "el hombre es el valuador que, en el propio acto de valorar, está comprometido a moldear su mundo, al adecuarse a su medio y al adecuar su medio a sí mismo" (p. 88).

Con lo anterior se obtiene una pregunta orientadora para la comprensión clínica: ¿es quizá el estado actual del individuo, su expresión patológica o sufrimiento, consecuencia de sus elecciones y de la forma en que funda su libertad, o de otra manera consecuencia de asumir su destino como una determinación ineludible? Ya que la respuesta puede ser afirmativa, es necesario explorar qué conciencia tiene el individuo de tal situación y cómo esta cantidad y cualidad de conciencia le permiten prolongar o modificar su experiencia.

Esta dialéctica de libertad y destino se encuentra en la propuesta de May de forma transversal, pues presentó al hombre también como un ser que puede permitirse ser de forma libre y espontánea, que se exprese su ontología, o puede convertirse a sí mismo en un objeto que debe ser controlado y controlar el mundo en cada detalle, por el miedo a la libertad, en otras palabras, el hombre se expone a un dilema en el que por un lado está lo indeterminado y configurable sin certeza alguna, y por otro, lo determinado y controlado pero reduccionista. Adelantando la conclusión de esta propuesta, según el manejo que dé

a la angustia emergente entre ser o no ser y la necesidad de elegir o eludir la responsabilidad por su libertad, emergerán o no las formas patológicas.

Sentado con lo anterior el marco de referencia para hacer lectura del devenir de la personalidad, se precisa señalar lo que May presentó como las características del hombre existente, "características ontológicas" (May, 1961, p. 8) que pueden ser la base para una ciencia del hombre que no fragmente su humanidad al estudiarlo.

El primer principio señala que todos los seres humanos tienen un centro, una configuración que se amenaza completa, si alguno de sus aspectos se encuentra amenazado, por lo tanto, las expresiones patológicas son una reconfiguración de todo el organismo a fin de proteger el centro, más aún, el centro mismo puede reorganizarse para protegerse del ambiente.

Este primer principio permite establecer una relación con las ideas ya expuestas en las que Maslow, Rogers y Perls ubican al organismo en medio del ambiente, interactuando con él, tomando lo que requiere para su satisfacción y dejando lo que no, pero en May no se apunta a la homeostasis donde organismo y ambiente están en equilibrio, aquí el organismo responde defensivamente a las afectaciones percibidas sobre su centro, y defensivamente se configura para protegerse. Esto permite entender lo que May identificó como revolucionario en su teoría, y es que las patologías neuróticas no son el fracaso de la adaptación sino la adaptación misma, es una forma de ser, en lugar de no ser, es la síntesis del dilema o de la dialéctica existencial. Puede considerarse una relación cercana con el ajuste creativo propuesto en la Gestalt, sin embargo, en May tal adaptación no es necesariamente inconsciente, sino que hacen parte de las opciones valoradas, elegidas y expresadas.

De lo anterior se deriva el segundo principio: toda persona se autoafirma, es decir, necesita preservar su centro y para tales fines pone en marcha su voluntad, que es la presunción y consideración de llevar a cabo decisiones y acciones que le permitan una forma de estar en el mundo, la voluntad es la puerta dota-

da de conciencia por la que el deseo se desliza, mediante la voluntad se regula el deseo, que en palabras de De Castro y García (2011) es una cualidad llena de significado enmarcada en el proceso experiencial. Por tanto, puede ser canalizado, negado o expresado por la persona, voluntariamente, según los valores que quiera afirmar en esa experiencia, según el centro que precise proteger o las nuevas formas de ser que se permite experimentar.

Estos dos principios permiten formular preguntas para la comprensión clínica, como ¿cuál es el centro que necesita proteger la persona?, ¿es consciente de sus formas de protegerse y afirmarse?, ¿está siendo consciente de sus deseos y expresándolos voluntariamente?, ¿qué tanto participa la persona en la construcción libre de su experiencia, o está siendo dominada por impulsos y necesidades que le son impuestas?, ¿es su centro un centro valorado personalmente, o sugerido por otros?

Con la importancia en la autoafirmación, el tercer principio, sin embargo, propone que las personas tienen la necesidad de salir de su centro para relacionarse con otros. Para comprender este fenómeno se precisa tener como premisa que la persona tiende a mantener su centro y además lo defiende para no dejar de ser o proteger sus valores, así pues, tal movimiento defensivo hace que el encuentro con otras personas esté mediado potencialmente por una percepción de vulnerabilidad o por una de omnipotencia, de otro modo puede entenderse como una inflexibilidad del centro o una permeabilidad que le exponga a la pérdida de frontera.

Todo ello ocurre porque la persona desarrolla una experiencia de determinismo, en la cual asume que lo que se le presenta se le impone, así que se resiste a exponerse, haciéndose rígido, inflexible y cerrado a la experiencia, del otro lado, se puede encontrar tal permeabilidad y poca firmeza en los valores personales, que se confluirá hacia la voluntad del otro hasta que la identidad se fracture.

Así pues, la persona debe atravesar el dilema entre mantenerse intacta ante la experiencia que se recrea con el otro, a exponerse en un campo en el que toda su realidad estará configurándose con otro, o disponerse al encuentro, a ser-

en-el-mundo-con-el-otro, con lo que implica poner en juego lo que Kelly llama-se a su modo sus "constructos personales" o para May, sus valores centrados; incluso dentro del campo terapéutico, por lo cual el clínico ha de considerar que las formas en que se exprese el individuo en el marco de la evaluación y tratamiento, está afectado por la apertura o no a salir del centro.

Consecuentemente se presenta el cuarto principio, las personas tienen un centro de percatación o vigilancia para la defensa, esta es una respuesta primitiva. Existe aquí una particularidad importante en relación con la propuesta gestáltica, pues en ella la palabra *awareness* es usada para nombrar el proceso que tiene las personas de tomar conciencia de sus sensaciones, percepciones e imaginarios, es la finalidad de la terapia y de un modo de vida actualizado en el tiempo y espacio donde ocurre la existencia. Mientras que para May *awareness* es solo una tendencia a discriminar aquello que puede resultar amenazante, el paso a un nivel mayor de conciencia le llamará en el quinto principio autoconciencia.

La autoconciencia como quinto principio, ubica al hombre en un plano de exclusividad por la complejidad que conlleva, puesto que el animal también se percata de que es amenazado, pero no tiene la conciencia yoica en la amenaza, es decir, no se reconoce de forma personal involucrado, no asume la amenaza y le da un significado trascendental para sí mismo, no ve alterada su relación con el mundo por el riesgo de romperse esa relación. La amenaza para el animal es un ataque a su integridad, pero no puede dejar de percatarse como respuesta automática. Mientras que el ser humano le otorga significados a la amenaza, da significados a sus propias respuestas e incluso a su funcionamiento como organismo, con lo cual, luego de que el fenómeno es observado, cambia la totalidad del funcionamiento.

Es por lo anterior que, en el escenario clínico, cuando una persona toma conciencia de sus formas de funcionar o relacionarse con el mundo, no cambia de forma automática, pero el hecho de mirarse a sí mismo, de descubrirse implicado y actor de su experiencia, el hecho de tener este *in-sight*, le da la posibilidad de tomar el control, en alguna medida, de las siguientes formas de expresión o de estar en el mundo.

Esta idea tiene relación con la propuesta holística de Maslow cuando propone que todo el organismo se pone en función de atender la necesidad que emerge, y juntamente con la propuesta de autodistanciamiento en Frank, donde el hombre se observa a sí mismo para orientarse. Es pues también la propuesta heideggeriana en la que el hombre se juega la vida toda, en cada elección, por ello es un dilema, porque allí es sujeto y objeto de sí mismo.

Ya en el escenario del sexto principio, se encuentra la ansiedad. Tal como se ha referenciado y en congruencia con lo expuesto por De Castro y García (2011) la experiencia de ansiedad está en el centro de la vida psíquica del hombre, de sus decisiones y proyectos. La ansiedad es una respuesta en la que participan procesos neuropsicológicos y neurofisiológicos, pero es la capacidad de conciencia de sí mismo la que permite que la ansiedad emerja como resultado de la percepción de amenaza, "la ansiedad es el estado del ser humano en la lucha contra lo que podría destruir su ser" (May, 1961, p. 97).

Ahora bien, que la ansiedad varíe de persona a persona, dependerá de los significados y valores que el individuo haya establecido para dar respuesta a su ser, allí donde descubra en juego sus valores más centrales, la ansiedad emergerá, incluso como algo normal y como parte del crecimiento, pero cuando los valores son tan inflexibles que se organizan como un dogma, entonces la ansiedad se hace patológica.

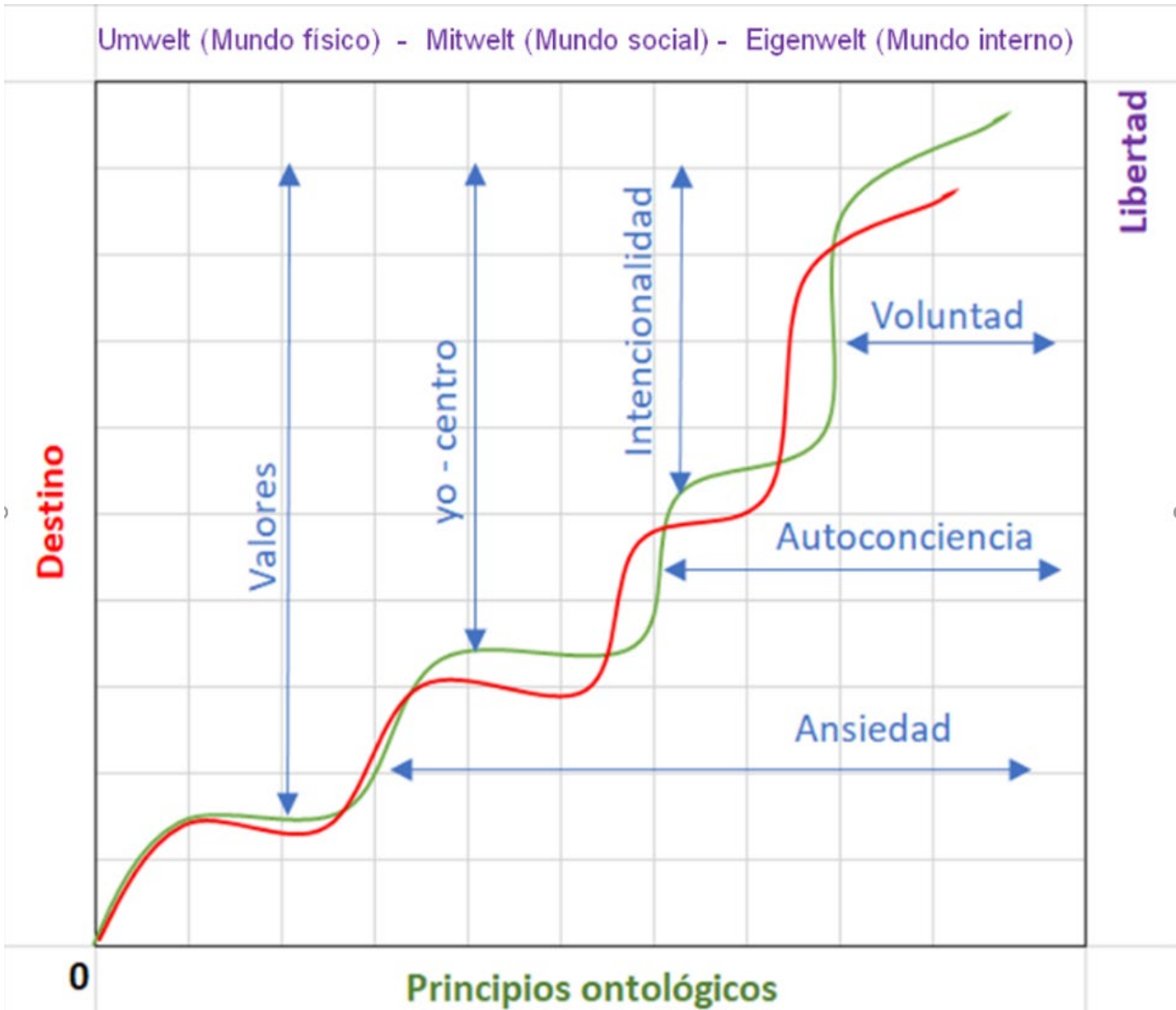
El círculo de estas características ontológicas se cierra para dar paso a una comprensión adicional del proceso de desarrollo vital, en cada momento del desarrollo el individuo se configura a sí mismo desde y alrededor de representaciones y valores que asigna a su realidad, pero el crecimiento y maduración biológica y psicológica obliga a la transmutación o revaloración, lo que significa que la ansiedad siempre acompaña la vida del hombre y justamente es un estímulo para la reafirmación y para el cambio, esto último siempre que la persona se permita una renuncia a la seguridad con la que contaba en la definición de su ser.

Con esto es pertinente considerar la pregunta para fines comprensivos del fenó-

meno clínico ¿cuáles son los valores centrados, o personales a los que se aferra la persona?, ¿cuál es su sistema de valores?, ¿qué patrones valorativos utiliza y ha utilizado para representarse a sí mismo y al mundo?, ¿está la persona percatándose de un mundo que amenaza todo su ser?

Para recapitular, se puede observar de la mano de la figura 10, que el hombre no debe reducirse a los componentes biológicos, aunque estos hacen parte del repertorio del destino, y justamente las características ontológicas que el hombre comparte con todos los seres vivos y las que le hacen propiamente humano, le permiten afrontar la experiencia con cierto margen de libertad, dicho afrontamiento estará atravesado por el sistema de valores personales y la ansiedad que se movilice en dicha situación. Con la meta superior que es la autoconciencia el hombre se moldea a sí mismo según moldea el mundo, con la conciencia se procura trascender el destino, según May "la existencia del hombre consiste, en última instancia, en su libertad" (May, 1961, p. 46).

Figura 10.
Esquema sobre el crecimiento, propuesta desde elementos en May



Reconózcase que en la parte superior de la figura se presentan tres conceptos que también se convierten en elementos comprensivos del proceso humano. Tal como se indicó al inicio, fenomenológicamente cada persona configura su realidad y esa particularidad es el marco de referencia para las valoraciones que hace el terapeuta, ahora bien, esa realidad es una construcción con la que se vincula y en la que se implica el individuo como sujeto y como objeto de sí

mismo, pero no es clara la relación establecida hasta no identificar el elemento que amalgama el campo, esto es la intencionalidad, “la estructura de significado que hace posible para nosotros, que somos los sujetos, ver y comprender el mundo externo, que es objetivo. Con la intencionalidad, se vence en parte la dicotomía entre sujeto y objeto” (May, 1971, p. 225).

La intencionalidad es lo que dirige las acciones de la persona y le permite, consciente e inconscientemente, establecer un vínculo con sus contextos existenciales, a saber, determina el tipo de relación que el sujeto establezca con el mundo material, y los determinantes (*Umwelt*) con las personas y representaciones de estas (*Mitwelt*) y consigo mismo (*Eigenwelt*).

La intencionalidad es arrojar las acciones al futuro, las mismas que se recrean en el presente, así pues, presente y futuro son dimensiones en las que se recrean las decisiones y las acciones con las cuales se funda la experiencia, tanto traumática como saludable. Por lo anterior las tres formas de estar en el mundo son dinámicas, flexibles, continuas, susceptibles de redefinición y de significado, la enfermedad, por tanto, también es la negación de esta posibilidad.

4.5 Volviendo al proceso

La palabra proceso tiene una particularidad en su etimología latina: *processus*, que hace referencia a marchar, avanzar, ir hacia adelante; así que cuando se sugiere que el ser humano es un proceso, no solamente se indica que está en continuo cambio, sino también que ese cambio ocurre hacia adelante, de cara al desarrollo y la realización de la potencialidad, es decir, de aquello que puede llegar a ser porque está en su condición poder serlo.

En otras palabras, si una persona desarrolla su inteligencia y se convierte en un científico, es porque esa cualidad no estaba preconfigurada en su esencia, pero sí hacía parte de las posibilidades de estar en el mundo; no ocurre lo mismo si una persona se propone convertirse en un árbol de limones, pues tal propósito, a nivel material y esencial, estructural y procesualmente le escapa a su actualidad y potencia.

El proceso así entendido, es proceso de realización de potencialidades, de cambio, crecimiento, desarrollo, evolución realización, satisfacción, maduración, individuación y personificación. Todas estas palabras y muchas otras, conllevan una connotación positiva, sugieren una gama de manifestaciones, de las cuales no se puede conocer el origen concreto ni el fin último, pero en las que descansa la descripción de los sentidos (dirección y contenido) de la tendencia personal.

Tal como se justificó al inicio del capítulo, los organismos humanos, en el mundo y con el mundo, se expresan como proceso, primordialmente sano, bueno, equilibrado y armónico, organizado, bello e integrado y todas las calificaciones que puedan expresarse en la relación terapéutica, así que, cuando el crecimiento o tendencia realizadora de ese proceso se interrumpe, entonces allí emerge una necesidad de acompañar, una situación susceptible de recrearse en el campo terapéutico, derivado del cual, la clínica o el acto de cuidar, puede favorecer la revitalización de dichos procesos.

La literatura de Maslow, Rogers, Perls y May, que se ha presentado y no es toda la posible, ha servido para identificar una serie de características que les son propias a las personas, pero que deben siempre abrir el paso a expresiones íntimas de cada individuo, que seguramente no queden representadas en los conceptos sugeridos, ni en otros de nuevos autores. Lo que puede concluirse, sin embargo, es que, para que la persona se experimente de una determinada manera en el presente, convergen condiciones positivas y negativas, al alcance de la comprensión clínica, aquí radica un gran reto del psicólogo de enfoque humanista.

Capítulo 5.

Conceptos fundamentales para articular una comprensión de lo psicopatológico

En los albores de la psicología con enfoque humanista, se estableció una dinámica reformista que puso en cuestión, en primera instancia, la patologización y percepción de lo humano como algo enfermo y relacionado a lo malo, esta era la aproximación del conductismo clásico que buscaba la corrección de comportamientos desfavorables desde un criterio social, también la aproximación de un psicoanálisis descubridor de perversiones asociadas al malestar y la enfermedad.

La intención de no heredar el reduccionismo médico, mecanicista y experimentalista de esa tradición, le impulsaron a centrar su actividad en una dimensión positiva, optimista, potencializable y desarrollable de los aspectos saludables de la persona; devolviéndole al individuo la capacidad de utilizar la consciencia para ordenar y dirigir su vida a lo que le es propio, una vida en equilibrio y con suficiente bienestar.

En consecuencia, los esfuerzos sobre la nueva comprensión del hombre derivaron rápidamente en otra manera de realizar acompañamientos clínicos, en aplicar y proponer estrategias terapéuticas desprovistas de teorizaciones que presuman una naturaleza negativa y maligna del hombre. Esto implicó que la nosología psiquiátrica y psicopatológica, destinada a describir y proponer intervenciones de la enfermedad, se hiciese a un lado para dar paso a la exploración de los asuntos y experiencias propiamente ontológicas.

Sin los manuales de clasificación de por medio y sin la finalidad de diagnosticar y explicar para arreglar, fue necesario responder la cuestión por el deber ser o el sentido de la psicoterapia, cuya declaración se dirigió hacia la potenciali-

zación, acompañamiento, cuidado y favorecimiento de las experiencias personales para tomar consciencia y responsabilidad de la naturaleza humana que tiende al bien en sí misma.

Toda la investigación psicológica y clínica desarrollada por Maslow y Rogers, aunada a las aportaciones de la filosofía existencial y fenomenológica, iluminaron la naciente concepción humanista mediante la descripción de situaciones propias de lo humano, movilizadoras de los recursos humanos y, por lo ontológicas, presentes en todos los seres humanos en cualquier tipo de manifestación.

Estas situaciones ontológicas tomaron matices en cada pionero de la tercera fuerza, según sus tradiciones epistemológicas personales, con énfasis en una u otra dimensión existencial. Tales características, que no son todas, ni absolutas o con definición completa, permitieron a los nuevos psicólogos de enfoque humanista ampliar la comprensión del fenómeno humano identificando los caminos que toma el desarrollo de cada persona en relación con estos.

Con lo anterior se funda entonces una referencia de lo observado con lo esperado, no como una referencia estadística, sino lo esperado según las posibilidades de realización y bienestar subjetivo. Por ejemplo, con la comprensión del hombre como una totalidad, como un fenómeno integral en el que ocurren al mismo tiempo procesos biológicos, psicológicos y sociales, configurados como una gestalt dinámica, se puede explorar cómo una persona en particular vivencia esta totalidad, cómo la percepción personal de integración o desintegración ha favorecido el funcionamiento óptimo, qué situaciones han convergido para apoyar la totalidad y flexibilidad, o por el contrario cómo emergen las dimensiones humanas escindidas e incongruentes.

Asuntos como totalidad, ansiedad, realización, motivación, libertad, etc., tienen un significado y lugar en la experiencia o campo fenoménico personal, por lo cual, el psicólogo clínico, al reconocerlo, podrá prestarse para que el consultante amplíe la conciencia sobre tales asuntos, evalúe y diagnostique la conveniencia e intención de estos en su vida.

Existe allí una psicopatología implícita, no en el sentido tradicional, sino en relación con lo que le es sano y positivo a ese ser humano en particular; valoraciones, diagnósticos y juicios negativos o positivos emergentes, están del lado del paciente, sin embargo, considerar estos eventos fundamentales dentro de la clínica y como parte de la vida misma, permite al clínico que, en lugar de reducirse a los modelos biomédicos, tenga una disposición a la complejidad e integración persona a persona.

Los siguientes conceptos, servirán para que se ponga de manifiesto, en el contexto clínico, la pregunta por ¿cómo esta persona, aquí y ahora, conmigo en esta situación terapéutica, vivencia este fenómeno ontológico, y cómo yo participo en la relación para que dicha vivencia se torne nutritiva y aporte a la maduración?

El lector ha de comprender que la selección de los siguientes conceptos, corresponde al juicio de los autores, por tanto, no son los únicos, sino aquellos más prevalentes y que transversalizan otras reflexiones, así que, la ampliación, profundización y relaciones entre los mismos, estará motivada por la insatisfacción que cada usuario de este libro pueda experimentar. Esto quiere decir que deben ser completados y corregidos, en la medida que sean insuficientes para comprender a mayor profundidad un fenómeno clínico, e insistimos que desechados cuando se superpongan a la experiencia de la persona en consulta.

Se pretende con la enunciación de estos llamados conceptos fundamentales, antes que sesgar y conducir, poder estimular el interés por consultar fuentes básicas en la literatura de enfoque humanista para, posteriormente, encontrar la complementariedad en producciones más actuales y experiencias clínicas más contextualizadas.

5.1 Conceptos fundamentales en la propuesta holística-dinámica. Maslow

Integración: el organismo es una totalidad y en ese sentido todas las acciones se conjugan para dar como resultado el comportamiento y la patología, el organismo se orienta todo hacia un resultado (satisfacción) y se afecta

todo cuando está insatisfecho, todas las capacidades se orientan para procurar eficiencia en la satisfacción. Todo en relación con sus estructuras fisiológica, psíquica, cultural y subjetiva. Algunas veces no se comporta así y por ello se establecen insatisfacciones.

Motivación: impulso que origina la energía suficiente para la consecución de una meta. Las motivaciones son inconscientes en tanto que movilizan la búsqueda de la satisfacción sin marcar el camino específico. Como impulso es originario y al mismo tiempo es la última instancia, a saber, la satisfacción de las necesidades está motivada, y la motivación se soporta en la satisfacción conseguida. Las motivaciones pueden ser por gratificación o por defensa; ejemplo de ello son la maduración, la expresión, el crecimiento o la autorrealización. La mayor parte de la conducta está determinada o motivada de forma múltiple. Un solo acto del individuo puede analizarse a la luz de todas las necesidades, sin embargo, también existen las conductas inmotivadas donde el comportamiento es consecuencia de lo espontáneo.

Satisfacción relativa: el ser humano nunca está satisfecho, raramente alcanza la satisfacción completa, pues cuando satisface un deseo, viene otro a ocupar el sitio y consecuentemente otro que emerge del fondo, de forma constante y progresiva, gradual.

Deseo: es la elaboración consciente que un individuo realiza de sus impulsos y hacia donde orienta sus acciones para encontrar una satisfacción, sin embargo, el deseo no se corresponde necesariamente con el impulso original que busca ser satisfecho. Los deseos son incluso síntomas superficiales de necesidades más básicas.

Homeostasis: tendencia automática del cuerpo para la satisfacción de las necesidades de forma suficiente como para que, tanto en lo fisiológico y psicológico, el organismo no precise de la modificación de sus posibilidades, pues cuando el organismo está dominado por una necesidad, cambia toda su filosofía de futuro, es decir, todas sus demás necesidades pasan al fondo, abriendo paso a la necesidad que embarga al ser humano.

Gratificación: es el estado en el cual el organismo se encuentra con la satisfacción equilibrada y suficiente de las necesidades y que le permite acumular recursos para abrirse paso a unas necesidades superiores. La satisfacción moviliza a las personas a la realización personal.

Autonomía: capacidad para resistir la pérdida temporal de las satisfacciones, ya que, por persistencia de la satisfacción durante los primeros años de vida, se establecieron los recursos como para que, tras variar el medio de satisfacción, no se afecte la motivación. De esta satisfacción adecuada durante la infancia depende la estructuración del carácter.

Salud psicológica: es la consecuencia posterior a la satisfacción de la sobrevivencia y en consecuencia equivale a gozar de seguridad, amor y respeto, para poder actuar con eficiencia, discernimiento, flexibilidad y resistencia. Se puede asociar con el término de *eupsiquia*, con el que se describe una condición de libre elección, independencia de la aprobación y autonomía, lograda a través de un ambiente favorable y de la movilización de recursos personales hacia valores trascendentales.

Continuum de satisfacción: es la satisfacción creciente de las necesidades, pasando de estados más básicos a otros más complejos, de tal forma que se establezca una posibilidad de satisfacción futura y en consecuencia una salud psicológica.

Autoactualización: proceso instintivo, relativo a lo vivo, que orienta el desarrollo de las estrategias de satisfacción, cuya meta es la autosuficiencia en la que la persona se basta a sí misma y da de sí misma aquello que pueden dar según sus posibilidades. En otras palabras, desarrolla sus potencialidades juzgando estas según las condiciones reales del individuo, en gran medida depende de la autoaceptación. Es la independencia de la aprobación de otras personas, es libertad interna.

Necesidad: estado de carencia, cuya insatisfacción genera una enfermedad, sea física o espiritual, filosófica y existencial. Las necesidades básicas responden al principio de homeostasis mientras que las metanecesidades se corresponden con la insatisfacción en dimensiones trascendentales, psicológicas e intelectivas. Las necesidades son motivadores activos, por ello la necesidad fundamental organiza a manera del jalón las posibilidades de acción.

Autorrealización: es la búsqueda de los valores del ser (valores B) que les permiten a los individuos encontrarse en la trascendencia de las necesidades básicas. Además, cumplen con las siguientes características: viven libres, auténticas y desinteresadamente, entienden la vida como un proceso en el cual pueden elegir, se escuchan a sí mismas, eliminan los deberías, se responsabilizan, mantienen una expresión sincera: saben expresar su desacuerdo, usan la inteligencia para ser mejores, desarrollan experiencias cumbres, se abren a sí mismos, son sinceros.

Experiencia cumbre: situación de satisfacción superior en la cual el organismo no tiene ningún tipo de necesidades, en ella se experimenta una especie de conexión mística o de satisfacción espiritual, amorosa, estética o creativa. Es una búsqueda como una finalidad y no un medio, por ello es un gozo puro en el que el tiempo y el espacio desaparece.

Valores del ser: (valores B) totalidad (integración), perfección, consumación, justicia, vida, riqueza (complejidad), simplicidad (honestidad), belleza (rectitud y perfección), bondad, unicidad (individualidad) carencia de esfuerzo (ausencia de dificultad), alegría, verdad, autosuficiencia (vivir de acuerdo con las propias reglas).

5.2 Conceptos fundamentales en el enfoque centrado en la persona. Rogers

Funcionamiento óptimo (vida plena): es un proceso constructivo y un fenómeno general de salud y satisfacción con la vida. Las personas que viven plenamente logran asumir la condición de proceso de sus vidas y por ello, ya

que no están determinadas ni fijas, logran disfrutar de su libertad psicológica y moverse en cualquier dirección, con:

- Apertura a la experiencia: las personas confían en que son capaces de resolver y asumir las situaciones de la vida con espontaneidad pues cuentan con los recursos suficientes para hacerlo, con capacidades intuitivas, pues se han abierto a la comprensión de todos los datos que le entrega la experiencia. Es la característica de personas no defensivas y fóbicas sino conscientes, introspectivas y abiertas al sufrimiento mismo pues no le impiden a la experiencia el acceso al organismo.

- Vivir existencial: el sí mismo y la personalidad emergen de la experiencia y no es necesario ejercer ningún tipo de control sobre ella, predecirla o ajustarla. Se abren al aquí y ahora cualquiera que sea la naturaleza del fenómeno.

- Creatividad: capacidad de establecer relaciones nuevas, de adaptarse, de cambiar, de armonizar con el medio expresando sus necesidades más profundas.

Autenticidad: es una categoría genérica, que se define por diversas formas de expresión, lo que significa que implica diferentes actitudes con las cuales la persona puede hacer frente a situaciones como:

- Máscaras: comportamientos y pensamientos que se desarrollan para alejarse del sí mismo, todo para eludir el miedo o en general eludir algo que quiere postergar o no acepta de sí mismo.

- Deberías: son internalizaciones que se asumen tempranamente para responder a las exigencias y expectativas de los padres o figuras cercanas. Ubican a la persona en un lugar de sumisión y con ello se reprobaban a sí mismos.

- Satisfacción de expectativas: aquí las personas se subordinan a las necesidades de otros, es tradicionalmente un modelamiento de las instituciones sociales que esperan que se haga algo y se asuman ciertos valores sin cuestionamiento.

- Agradar a los demás: aquí las personas ocultan sus propios sentimientos y no los expresan, ya no por una institución, sino por una o varias personas que para ellos son significativas, se configuran artificiales por la imposición externa. Es el comportamiento consecuencia de una aceptación condicionada.

Autonomía: es la capacidad que tiene la persona de autoorientarse, de elegir sus propias metas y de identificar cuáles no le pertenecen para desecharlas.

Libertad: o libertad de la experiencia, está en sintonía con la apertura a la experiencia, esta característica da cuenta de las personas que son capaces de reconocer y elaborar las experiencias y sentimientos personales como ellos cree que debe hacerlo, sin someterse a los otros por no perder su afecto, puesto que por la angustia a perder el afecto positivo de los cuidadores o las personas significativas, los individuos tienden a reprimirse, y como se genera un cuidado en consecuencia, se asume como forma de vida.

Consistencia-congruencia: situación en la cual el sí-mismo está en estrecha y auténtica relación entre lo que es y lo que siente, lo que es y lo que desea ser, lo que es y la realidad, por tanto, si no niega esta relación, la rehúye o es incongruente, fluye y funciona óptimamente hacia la actualización.

Aceptación de sí mismo: característica en la que se evidencia que las personas no se enganchan o problematizan con la ambigüedad del cambio. Saben aceptar en sí mismos tanto sus dolores como sus éxitos, no luchan por escindir la complejidad de sus sentimientos permitiéndose ser todas las posibilidades que se integran y emergen de sí. Lo que llega a que también acepten a los demás sin imponerles formas de ser, pues son empáticas. Las personas que no aceptan al otro, sino que juzgan e imponen al otro un modo de estar, no se han aceptado a sí mismas previamente en toda su complejidad.

Sí-mismo. Self: conjunto de autoconceptos organizados y cambiantes que tiene un sujeto de sí mismo y que involucra todas las percepciones sobre su identidad, asuntos que toma de la experiencia y que se construye permanente-

mente. El *Self* hace referencia a la configuración psicológica que emerge producto de la interacción con el ambiente y al mismo tiempo media la relación con el ambiente, pues del prisma del *Self* se establecen relaciones tanto con el mundo como consigo mismo; es por esto por lo que es una estructura dinámica y movilizadora. Didácticamente podría entenderse que las percepciones del sí mismo actuales y las ideales, presentan dos instancias de temporalidad en las que se organiza la totalidad de la personalidad, en otras palabras, el sí mismo o *Self*, es tanto lo que la persona experimenta que es, tanto como lo que desea ser

Sí-mismo verdadero: unidad armónica entre los verdaderos sentimientos y reacciones, sin máscaras o estructuras que interrumpen o distorsionen la experiencia. El sí-mismo.

Apertura a la experiencia: es lo contrario a una actitud defensiva y rígida. Es una manera de hacerse consciente de los propios sentimientos y actitudes tal como ocurren a nivel orgánico, por ello es capaz de percibir la experiencia sin preconcepciones ni juicios, sin distorsiones por esquemas y generalizaciones, sino que se acerca a la realidad siendo él mismo y permitiendo tomar lo que la realidad le presenta en sí misma, en esta situación el individuo se permite sentir y experimentar libremente el mundo corporal y ambiental sin excluir de ellos aspectos que le componen. Aquí se configura también la aceptación de sí mismo, pues se permite vivirse y asumir aquellos aspectos alienados de sí mismo.

Confianza en el propio organismo: es la seguridad paulatina que se adquiere o con la que se cuenta, y con la cual la persona aprende a hallar la conducta más satisfactoria en cada situación. Es una facultad que está posibilitada por la conciencia, que permite tener una impresión, comprensión y análisis de lo que todas las situaciones de su vida le demandan en términos de leyes sociales o de requerimientos personales, por ello la persona logra descubrir cuál es la elección que más se aproxima a la satisfacción de todas sus necesidades. Esto la abre a la creatividad y le permite regirse por sus propios valores.

Foco interno de evaluación: proceso mediante el cual la persona encuentra en sí mismo los juicios y valoraciones necesarias para actuar, esperando menos la aprobación o reprobación externa. Reconoce que en él está la facultad de elegir, desear, actuar sobre las experiencias. Es la capacidad de concebirse única y responsable.

Proceso en transformación: es la consciencia que tiene la persona de que no es un producto acabado, fijo, rígido, sino que se permite fluir, y estar en permanente cambio, confiado en la sabiduría de su organismo.

Tendencia a la actualización: es una tendencia a la organización y al bienestar que son propios del organismo, así como la dimensión física, así también la psicológica. Ello mientras se dé el desarrollo del individuo sin factores perturbadores graves, lo que dará como consecuencia la madurez, la conducta racional, social, eficaz y satisfactoria. Esta tendencia describe el proceso temporal en el que una persona pasa a un nivel más óptimo, esto quiere decir, que un individuo que se expresa de una forma particular en el presente, tiene la posibilidad de nutrir su *Self* o evolucionar su autoconcepto, hacia una menor versión de sí mismo, acercándose a cada momento presente, a la actualización (estado actual mejorado).

5.3 Conceptos fundamentales en Gestalt. Perls

Integración: es la consecuencia del fenómeno de totalidad, es decir, el ser humano es inicialmente una totalidad en la que se integran toda la existencia (organismo/entorno). Si esta integración fracasa por efecto de un mal contacto y satisfacción de una gestalt se puede hablar de una desintegración de las zonas de la experiencia o de la existencia, ya que toda función humana es una interacción entre factores sociales, culturales, animales y físicos. La integración es sinónimo de salud, de bienestar, de equilibrio y de adecuado funcionamiento, la desintegración suele suceder a la primacía de una forma de hacer contacto, forma que se esquematiza, cristaliza o rigidiza; en algún momento el organismo encuentra una forma parcial de satisfacción y luego esa forma se generaliza en detrimento de otras formas de contacto, lo que enraíza la desintegración.

Gestalt: una formación de una necesidad que debe ser satisfecha. Es la configuración de diferentes elementos que demandan una atención particular del organismo para poder pasar al fondo. La gestalt describe un proceso en el que están todos los elementos disponibles a la percepción, sin embargo, la discriminación permite que se haga figura un fenómeno en particular por encima de otros. Con ello, la psicoterapia gestáltica propende por la identificación de figuras que precisan atención y satisfacción en el momento en que pasan al frente, para que toda la Gestalt aparezca organizada a la experiencia.

Ambiente: es el campo en el cual se encuentra el organismo, tanto los elementos físicos, como las personas, instituciones y fenómenos. Es el escenario con el que se establece contacto para poder encontrar la satisfacción de las necesidades. El ambiente dinamiza la atención del organismo, realiza demandas y sugiere acciones, puede tender a imponerse si la frontera yoica es débil, permeable o discontinua. También puede recibir el ataque del organismo si este percibe una amenaza u opción de sometimiento, así el ambiente puede ser hostil o protector, configurando enfermedad o crecimiento respectivamente.

Homeostasis: es el proceso mediante el cual el organismo mantiene una equilibrada relación con el ambiente, y en donde puede satisfacer sus necesidades de forma adecuada. Lo contrario a ello es un desequilibrio y una ruptura en la relación con el ambiente, por tanto, enfermedad.

Darse cuenta: es la capacidad que tiene el ser humano para comprender y entender los aspectos de sí mismo y del ambiente, así se pueden obtener tres dimensiones o zonas del darse cuenta: a) sí-mismo o mundo interno (en definitiva, el cuerpo y todas sus sensaciones); b) mundo externo (todo lo que rodea al cuerpo); c) zona intermedia o de fantasía (actividad mental). Una experiencia homeostática permite el estado de integración y adecuado funcionamiento del organismo/ambiente.

Contacto: es la consciencia inmediata que el organismo puede tener de sus zonas. A diferencia de el darse cuenta, el contacto es inmediato, lo que le hace

inconsciente y potencialmente consciente; es el establecimiento de una relación con lo que se es y lo que no se es. Dicha relación permite la emergencia del *Self*, así, para que emerja una forma de ser, es necesario que se configure cierto tipo de contacto. Cuando las situaciones con las cuales se contacta el organismo le conducen a la madurez, se habla de un mayor contacto de calidad u óptimo, y un contacto menor, malo o interruptor, cuando no permite el crecimiento y el equilibrio.

Interrupciones del contacto: son formas que tienen las personas de evitar o de poner límite a una fuente de satisfacción o situación en general. La interrupción ocurre como forma de mantener esquematizado el contacto con algo que no es nutritivo, con lo cual, la novedad no logra ser asimilada sino resistida, agredida sin medida o huida, lo que habla de rigidez y poca apertura. Refiere también toda forma de mecanismo defensivo en el que se intenta ser conservador de un *Self* desintegrado.

Ciclo de la experiencia: es el didáctico recorrido por el que atraviesa el organismo desde que una forma emerge del fondo de la existencia y se convierte en satisfacción o pérdida homeostática. Partiendo de que el organismo está originalmente en reposo porque experimenta equilibrio u homeostasis, entonces todas las acciones o formas de establecer contacto son consecuencia de la emergencia de una necesidad que rompe con la homeóstasis, demandando una respuesta, lo que conduce a la fase de a) sensación: en donde es posible contactar con la necesidad, para luego b) darse cuenta: es decir nombrar, o representar esa figura que se está formando, seguido de lo cual es necesario pasar por la c) energetización: identificación y canalización de todos los recursos disponibles para satisfacer la necesidad, con lo anterior, se pasaría a la d) acción: momento en el cual el organismo toma las decisiones y actuaciones concretas para establecer e) contacto: el encuentro directo con la fuente que resuelve el estado de carencia, en el cual emerge el *Self* que configura la conciencia de satisfacción o insatisfacción y de lo cual puede suceder la f) retirada: en donde se ha experimentado la suficiencia del contacto y se abre paso a una nueva formación que debe ser atendida. La salud es un estado en el cual se puede contactar con una sensación y retirarse, dando paso a la nueva sensación.

Mecanismos neuróticos: son la consecuencia de la interrupción del contacto o del cierre inadecuado de una gestalt. Aparece en cualquiera de las fases del ciclo de la experiencia. Por ejemplo: la introyección describe el acto de tomar del ambiente elementos que no corresponden a una necesidad del organismo sino una necesidad del ambiente, el ambiente se impone y el organismo cede a sus demandas. La proyección es un mecanismo que pone en evidencia que el organismo no reconoce como suyas las necesidades y las pone afuera para no hacerse cargo de ellas.

A su vez en la confluencia, la necesidad personal es asociada con la necesidad del ambiente, entonces se pierde la diferenciación y la necesidad es resuelta según los mandatos comunes. En el mecanismo de retroflexión se experimenta una incapacidad de acción y con ello la imposibilidad de tomar del ambiente lo necesario, así que el organismo se vuelve sobre sí mismo en un acto de autoagresión. Lo contrario ocurre en el egotismo que da cuenta de una forma agresiva sobre el ambiente puesto que se le experimenta insuficiente.

La deflexión es una forma evitativa de contacto usando para ello racionalizaciones o acciones que tratan de disolver la sensación para que no se muestra la real necesidad a atender.

Maduración: situación en la cual el individuo es capaz de sobrevivir asimilando, cambiando y creciendo, mediante la destrucción y descomposición de lo que el ambiente le presenta, ya que, con la agresión, o transformación de la rutina o lo continuo o conocido, se pueden renovar las estructuras del yo. La maduración es la meta del organismo y por tanto la meta de la intervención clínica.

Frontera: es la situación que se configura en la relación entre el organismo y el entorno, allí ocurre la experiencia, por tanto, la experiencia siempre es relacional. Es la zona en la que se puede delimitar al organismo a partir de su piel, señalando lo que es y no es a nivel sensorial, sin embargo, esta frontera se modifica cuando se establece contacto con cualquier elemento del campo, razón por la cual, la experiencia de una persona se puede describir por la calidad del

contacto y la delimitación de la frontera. Dicha delimitación no crea una separación, sino un límite protector y contenedor.

Excitación: es la evidencia de la realidad, lo que quiere decir que es una respuesta activa, viva y movilizadora cuando se establece contacto. Emerge de la discriminación figura/fondo, con ello, la necesidad de atender una nueva figura, es respondida por una creciente excitación. Ya que el organismo siempre está en relación, siempre está siendo excitado por la realidad, lo que significa al tiempo que la realidad no es neutra, sino siempre movilizadora y demandante de formación, de solución y con ello de crecimiento.

Figura/Fondo: describe el proceso de formación de *gestalten*. En el fondo se presentan todas las situaciones concluidas o inconclusas, las experiencias, aprendizajes, situaciones inconscientes, lo sensoriomotor y las cogniciones, es esa instancia en la que están dispuestos los fenómenos que integran la existencia. La figura da cuenta de un fenómeno en particular que se separa del fondo y aparece en primer plano de la experiencia pues precisa ser atendido o resuelto, cada figura es en general una necesidad. En tanto proceso entonces, la vida podría ser descrita como el acto de atender las figuras que emergen del fondo y volverlas a enviar al fondo con una adecuada satisfacción, pero si una figura que tenga que ver con cualquier zona de la experiencia no es atendida, puede obstaculizar la atención de otras, o volver al fondo sin atenderse y así generar una reorganización sintomática hasta que sea adecuadamente identificada y contactada.

5.4 Conceptos fundamentales enfoque existencial. May

Comprensión: se debe entender que, aunque las formas o manifestaciones patológicas pueden tener una estructura similar o se comparten algunos elementos comunes en su manifestación, siempre es necesario partir de la vivencia personal del paciente de estos síntomas. Más que centrar la atención en la técnica o en la concepción particular del hombre para juzgar lo normal y anormal, es necesario identificar la estructura interna (intencionalidad) y los valores en

los que está centrada la persona, es decir, lo que significa la situación vivida para esa persona que está en terapia. Sentido que pretenda afirmar o preservar.

Condiciones existenciales: son características o condiciones comunes a todo ser humano (May, 1961), a saber: a) toda persona posee un centro personal que precisa ser defendido; b) toda persona tiene la característica de autoafirmación para preservar el centro; c) todas las personas tienen la necesidad y la posibilidad de salir de su centro a fin de participar en otros seres; d) el aspecto subjetivo del tener un centro es la percatación (*awareness*); e) la forma, peculiarmente humana, de percatación, es la autoconciencia; f) la ansiedad es el estado del ser humano en la lucha contra lo que podría destruir su ser. Estas condiciones se desarrollan en el capítulo sobre la concepción de persona.

Libertad: es la posibilidad que tiene la persona de orientar sus decisiones, elecciones y acciones; capacidad de ejecutar su voluntad para cambiar su destino o determinación, claro está, un cambio en el marco de las posibilidades, pues la actuación libre no significa la eliminación de lo dado, sino la construcción de una relación diferente con él, por tanto, la libertad parte de la valoración de las opciones y de la proyección a futuro de los deseos.

Temporalidad y espacialidad: son las condiciones que enmarcan la existencia y le permiten a la persona experimentarse, hacerse consciente y proyectarse. Es el plano que permite establecer una continuidad o discontinuidad del ser, por ello es posible la angustia por el no ser, la ansiedad ante la libertad, los dilemas, proyección de intenciones y acciones voluntarias. La persona existe en el espacio presente, el cual establece un modo de ser-en-el-mundo, pero si se limita a la espacialidad y temporalidad inmediata no podrá proyectar y realizar su potencialidad y deseo.

Responsabilidad: es la otra cara de la libertad, en tanto que implica en primer lugar reconocerse como actor y ejecutor de la propia vida, y según las elecciones personales, asumir las consecuencias de estas, aunque sean dolorosas o angustiantes. Responsabilizarse es elegir por sí mismo, para sí y para los de-

más, consciente de las implicaciones para sí y para los otros, en el marco de una ética de la coexistencia, no de una moral represora.

Dilemas: situaciones que experimenta el hombre y en los cuales se juega la configuración de sí mismo y su lugar en el mundo. Por ejemplo, puede encontrarse con el dilema de la libertad vs. determinismo: decidir y crearse auténtico, proyectarse y orientar los deseos y acciones con voluntad, o asumirse impotente y determinado sin posibilidades. También puede enfrentarse al pasado vs. futuro: dedicarse a dar significados al pasado para justificar sus determinismos, o puede, a pesar de la ansiedad, confirmar sus deseos para darse sentido a sí mismo.

Intencionalidad: es el sentido que tienen las acciones, sentido en tanto significado y en tanto dirección. Es la orientación hacia el futuro según las valoraciones personales, con las cuales la persona se proyecta al mundo y dirige sus acciones, incluso la construcción de sus síntomas.

Ansiedad: estado en el cual la persona lucha contra el no-ser, es la respuesta derivada de las confrontaciones del mundo y de sus propios significados sobre la vida y la muerte. Reactividad ante la novedad, necesidad de continuidad. La ansiedad normal es la movilización que está acorde a la amenaza, sin que se produzca un malestar que supere los recursos conscientes y precise represión. La ansiedad neurótica, en consecuencia, es una respuesta desproporcionada, en la que la consciencia se disipa y la represión y el conflicto emergen.

Voluntad: es el contacto consciente con los deseos. Mediante la voluntad se pueden explorar los determinismos y orientar las elecciones, es una afirmación ejecutiva.

Deseo: es el contenido de la voluntad, se expresa a través de ella, y por ello apunta al futuro, convirtiéndose así en una fuerza que tiene una dirección y por tanto un significado para la persona. En los deseos se expresa el yo, la conciencia personal y los significados y anhelos, por ello el deseo anuncia una intencionalidad y se ejecuta en la voluntad.

Modos de ser-en-el-mundo: se corresponde con las zonas, niveles o dimensiones con las que la persona establece una relación o sobre las que dirige su conciencia y experiencia. *Umwelt:* es la manifestación física, las cosas preexistentes el mundo material, es lo que existe independiente de la conciencia del hombre, por tanto, son los fenómenos naturales con los cuales el hombre debe vivir. *Mitwelt:* corresponde a las relaciones que se establecen con otras personas, si bien las personas hacen parte del mundo, cuando se establece con estas relaciones de amor y de igualdad en lugar de cosificación, entonces se da una relación ontológica en la que se respeta el *Dasein*. *Eigenwelt:* es la relación de la persona consigo misma, tras tomar conciencia de sí mismo e identificar sus formas de estar en el mundo y con los demás, aquí aparecen los significados personales.

Culpa: condición ontológica, no sentimental, sino parte de la experiencia misma, resultante de la supresión de las potencialidades personales. Los tipos de culpa derivan de la pérdida de contacto con los modos de estar en el mundo, así, en relación con el *Umwelt* es una culpa por alejarse de la naturaleza y tecnificarse, cosificarse, y depender de lo artificial; respecto a la culpa asociada con el *Mitwelt* implica la supresión y no reconocimiento de las necesidades de los demás, atacarles, violentarles, romper las relaciones; y asociada al *Eigenwelt*, la culpa consistirá en negar el potencial personal, el desarrollo de la libertad y deseos.

Trascendencia: es la capacidad de construir una experiencia más allá del tiempo y el espacio del mundo presente, lo que significa poder abstraerse, autodistanciarse para observar sus posibilidades y proyectarse al futuro. Implica la capacidad de elegir el futuro a pesar de las limitaciones del presente y del pasado. Trascender no es solo poder imaginar y crear elementos racionales o ideológicos, sino también actuar en consecuencia con la necesidad de expresión y desarrollo del potencial.

Capítulo 6.

Una aproximación operativa para la comprensión

Se han presentado hasta ahora elementos básicos para comprender algunas perspectivas sobre el quehacer clínico como tarea investigativa y contexto para el psicodiagnóstico, también las aproximaciones para identificar en el desarrollo del organismo la construcción de una estructura de personalidad, y con ella como base, se han identificado algunos fenómenos esperados y fundamentales para representar una visión de lo saludable y, en consecuencia, orientar pronósticos y tratamientos, además de investigaciones y correlaciones entre estos constructos y otros aspectos de la psicología y de la vida general de una persona.

Las preguntas y recomendaciones al psicólogo clínico de enfoque humanista que se desprenden de los apartados anteriores, deben considerarse bajo la perspectiva del enfoque, actitud y referencia, esto quiere decir, que antes de convertir los conceptos y las lógicas expuestas, en máximas regulatorias y esquemas inflexibles y categóricos para la patologización, deben ser, en todo caso, textos para ampliar la comprensión del fenómeno humano, una vez que se ha tenido un acercamiento liberado de prejuicios. Así pues, lo aquí presentado y los desarrollos teóricos más amplios, son fuentes para ir y venir, para explorar y olvidar, pues sirven para ampliar la comprensión de la persona y su expresión de sufrimiento, pero son inútiles cuando solo se logra comprender lo que estos esquemas proponen.

Con lo anterior, el énfasis en los conceptos y fenómenos descritos y otros que necesariamente hacen parte de las teorías fenomenológicas, y la intención en conciliar el enfoque con el sistema clínico en psicología, correspondiente a la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y la investigación, han de ser desechados cuando el psicólogo identifique que, por ejemplo el buscar, indagar o intuir las situaciones como la autorrealización, la autenticidad, la li-

bertad y la angustia, se interponen en la comprensión y la capacidad empática, y sesgan y hacen del juicio clínico un acto determinista y reduccionista; misma situación que ocurre con los procedimientos técnicos de la clínica clásica.

No quiere decir lo anterior que la autenticidad en sí misma sea contraria a la clínica, sino que su rastreo o necesidad de evidencia, puede llevar al psicólogo a que se pierda de tener una relación terapéutica positiva con una persona, en favor de cuantificar o cualificar dogmáticamente la autenticidad de la persona, o se pierde de comprender la autorrealización en proceso, cuando se dedica a tipificarla y valorarla como fenómeno delimitado.

Si, por el contrario, los conceptos fundamentales en la comprensión del hombre, la perspectiva ontológica y la actitud fenoménica favorecen la expresión íntima, cada vez más auténtica y abierta del individuo en el contexto clínico, entonces la incorporación de procedimientos técnicos y de recursos que facilitan la tarea aplicada de la psicología, deberán encausarse para dotar de una estructura operativa ese quehacer que además de humano también es científico.

Realizadas las anteriores salvedades, se presentan a continuación una serie de situaciones clínicas y de elementos de evaluación correspondientes a las tradiciones operativas de la psiquiatría, la psicología clínica y de la salud, y los modelos biomédicos, cuyos significados tradicionales se encuentran ampliamente explicados en los tratados de psiquiatría y psicopatología, sin embargo, se les dará aquí un lugar orientativo y de sugerencia, considerando además las innumerables variaciones que persona a persona puedan tomar y que según el contexto y caso sea necesario y posible explorar, además de pertinente y útil o no.

Entre otras situaciones que se presenten según las particularidades de la demanda y las posibilidades del terapeuta, el encuentro clínico está rodeado de factores que le sirven de contexto, potenciando u obstaculizando la configuración del campo terapéutico, antes de presentar los aspectos operativos, considérense de forma transversal los dos siguientes factores.

6.1 El clínico es ante todo persona

En el siguiente capítulo de este libro se abordará con profundidad y amplitud lo relacionado con la persona del terapeuta, sin embargo, su lugar en este apartado cumple con la necesidad de hacer énfasis en que la preparación, cualificación y disposición del clínico es un requerimiento ineludible para un adecuado acompañamiento, en este sentido, la liberación de las máscaras, semblantes, intenciones directivas, presunciones de conocimiento y apego a tecnicismos, interfieren en una expresión humana auténtica y con la humildad que entrega el reconocimiento del otro como un igual en su condición ontológica, es decir, ambos, son ante todo, dos personas, no una persona y una cosa.

El clínico debe valorar con honestidad los recursos cognitivos, emocionales, actitudinales, relacionales, técnicos y éticos, con los que cuenta antes de presentarse para acompañar a otro, es por ello por lo que su propio proceso de observación y transformación puede asociarse con la acción de limar sus asperezas, sus espinas, las formas particulares que ha usado para defenderse y darse un lugar en el mundo.

No significa que el psicólogo clínico de enfoque humanista ha desarrollado en sí mismo todas sus potencialidades, que su relación con el mundo ahora es completamente armónica e inalterable y que sus experiencias personales están atravesadas con la conciencia plena que da la madurez y el ejercicio de la libertad, sino que, consciente de aquello que le pertenece a él y solo él, sus asuntos vitales que le aportan malestar e incluso sus ideologías, han de advertirse de tal manera que, dispuesto en la relación terapéutica, este contenido no obstaculice la experiencia y conciencia del consultante, antes bien, enriquezca según sea pertinente, el fortalecimiento de la relación terapéutica y la transformación mutua.

El clínico asume entonces que debe recorrer un camino de conocimiento personal, no para llevar a las otras personas por ese camino, sino para que, al haber experimentado la dificultad de su trasegar, pueda ser empático con los ritmos y necesidades de acompañamiento de quien se lo demanda, así podrá caminar lado a lado, prestando su apoyo e imprimiendo motivación cuando se requiera.

Ocupado de su persona para entregar lo mejor de sí a la otra persona, de lo contrario, el centro de la terapia y la atención clínica, que es el consultante, se moverá sin retorno al psicólogo.

El terapeuta debe ser un individuo que sea capaz de entrar fácilmente en una relación humana cálida y cordial, debe ser afectuoso, simpático, seguro de sí mismo, observar a otros seres humanos con respeto esencial (...), en una situación ideal, debe ser tan bueno como para no ser absorbido por sus propios problemas (Maslow, 1967, p. 321).

6.2 La situación

En un contexto experimental, en el cual se busca el mayor control posible sobre las variables que afecten las condiciones experimentales, lograr mantener constante la situación de relación entre sujetos de estudio y variables dependientes e independientes, es una tarea planeada, observada y constante hasta el final, sin embargo, en la situación terapéutica, que está configurada como un campo fenoménico, y por tanto, no se puede predecir qué entrará o saldrá del campo, además porque los actores que participan en él, también se reconfiguran fuera de la relación, en y con la relación misma, el control es además de ingenuidad, obstáculo de la expresión humana.

En cuando a condiciones instrumentales como locación, espacio, indumentaria, mobiliarios, distancias, duraciones, cantidades y cualidades, los autores examinados no hacen una referencia puntual, su preocupación no se dirigió particularmente a los recursos físicos, pues se dio por sentado un consultorio en el que primordialmente se favorezca la privacidad y seguridad de los participantes, como fuese tradición.

Asumida esta misma intención de entorno protector, la situación psicoterapéutica sugiere al psicólogo de enfoque humanista, que examine las mejores condiciones para el desarrollo del proceso clínico. Tales condiciones parten de la po-

sibilidad de expresión humana y terminan en la generación de mayor confianza de la propia expresión y el respeto de las otras.

En este sentido se puede identificar en Maslow (1965a) una preocupación particular por reconocer las mejores condiciones para que un organismo revele su naturaleza, y en consecuencia, ya que "la psicoterapia debe suministrar al ser humano enfermo exactamente aquellas cualidades que debería haber adquirido en otras relaciones humanas" (Maslow, 1965a, p. 320); entonces la situación será reflejo de esas buenas condiciones, a saber, una atmósfera que favorezca:

- Gratificación, permisividad y aceptación.
- Límites de cara al respeto.
- Expresión de los deseos y demandas.
- Expresión de la libertad.
- Respeto.
- Favorecimiento de las leyes interiores, autonomía.
- Espontaneidad.
- Naturalidad.
- Autoaceptación.
- Autodirección.

En la medida en que el psicólogo pueda, mediante sus formas relacionales, recrear y que se recreen estas metas, entonces tendrá más probabilidades de acompañar a la persona a la actualización de la potencialidad.

Al mismo tiempo, Rogers (1981a), que ha sido gran promotor de un clima terapéutico en el que la relación sea el medio y el instrumento, con una actitud orientadora de parte del psicólogo, sugiere una situación terapéutica en la que se favorezca:

- La dignidad y significación del individuo.
- Trato al cliente como persona de mérito.
- Respeto por el individuo.

- Respeto de la capacidad y el derecho por la autodirección.
- Estímulo a la selección y elección de los propios valores.
- Confianza en la capacidad de introspección y responsabilización.
- Acompañamiento desde el marco de referencia interno del cliente.
- Calidez emocional.
- Consideración positiva incondicional.
- Comprensión empática.
- Expresión auténtica.
- Aceptación del sí-mismo.

En este listado de requerimientos se identifica que el proceder, la actitud y la forma de expresión del clínico, tanto de sus particularidades, como las respuestas y ajustes en la relación con el consultante, son la base de una atmósfera favorable para el crecimiento personal.

Por otra parte, es posible identificar en Perls *et al.* (1951) el llamado **setting** o situación terapéutica, que se describe como una auténtica sociedad en la que ya no aparecen las represiones y los juicios, sino la expresión abierta, sincera y fluida; dentro de esta situación:

- Se le enseña al paciente a experimentar consigo mismo.
- El psicólogo cataliza y pone en movimiento algo que luego se mantiene por sí mismo.
- Favorece el aumento de la conciencia, la vitalidad y el funcionamiento eficaz.
- Da importancia a las experiencias no verbales y simbólicas en general. Permitir que se aumente la experiencia de sentir la realidad presente.
- Estimular el contacto y las evaluaciones personales sobre los opuestos.
- Priorizar en la integración y consciencia genuina.
- Recrear experiencias para que se frustren los mecanismos defensivos.
- Acompaña las proyecciones y expresiones agresivas como etapas de descubrimiento.
- Se conduce hacia la maduración, integración y recuperación de asuntos alienados.

El resultado de las anteriores propuestas, permitirían que de la situación terapéutica emergiera un organismo humano integrado y consciente de sus procesos básicos.

Por último, en la consideración que realiza May de la situación terapéutica y de las condiciones para crear una atmósfera como condición para la transformación, pueden identificarse a partir de las recomendaciones que el autor realiza para "una ciencia que ha de servir de base a la psicoterapia" (May, 1961, p. 42) y desde una presencia fenomenológica, las siguientes:

- Acompañar desde una postura fenomenológica que permita al paciente que exprese sus características distintivas, lo diferencial y la personalidad que lo hace humano.
- Comprender que la experiencia terapéutica y los fenómenos humanos son complejos y por tanto no ha de tenderse a su simplificación.
- No centrar la atención en el problema o la categoría diagnóstica del problema, sino atender la relación, el encuentro en la situación terapéutica.
- Ayudar al paciente a convertir sus represiones y bloqueos en conciencia y empoderamiento.
- Favorecer la expresión de la libertad la responsabilidad y las potencialidades.
- Ayudar en la transformación de la culpa y la ansiedad neurótica a la culpa y ansiedad normal.
- Abierto al mundo subjetivo, en el cual se reconozca al paciente no como un objeto sino como humano.
- Establecer una presencia que apoye la exploración de los principios ontológicos: centrarse, afirmarse, participar, tomar conciencia y conciencia de sí mismo, afrontar la ansiedad.

Nuevamente, cada una de las situaciones enumeradas en concordancia con los respectivos autores, precisará para el interesado una revisión detallada de la literatura referenciada, por tanto, antes que ser situaciones exclusivas y únicas, han de asumirse como pretexto para la profundización de su significado y ampliación.

6.3 Una referencia operativa

Como es claro en las diferentes aproximaciones presentadas sobre la concepción de lo clínico, las estructuras técnicas y los mecanismos de control, reducción y distanciamiento, deben ser eludidas por el psicólogo clínico de enfoque humanista, o por lo menos, presentadas en un plano en el cual la experiencia y complejidad humana y las relaciones de persona a persona, no queden ensombrecidas y entorpecidas.

Una referencia operativa o unos elementos de consideración del proceso clínico, en la mejor expresión fenomenológica, son que tiene un carácter temporal, situacional, abierto, dinámico, flexible, verificable y descartable. Al respecto explica May (1967) sobre la psicoterapia, que:

El estudiante de psicología y el psicólogo que la ejerce deben guiar su rumbo entre el escollo de dejar que el conocimiento de técnicas constituya la comprensión y la comunicación directa con el paciente, y el escollo de admitir que actúa en una atmósfera rarificada de pureza clínica sin la menor construcción (...), el dogma técnico protege al psicólogo y al psiquiatra de sus propias ansiedades (...) pero al mismo tiempo, las técnicas inhiben la presencia total en la entrevista, por ello se debe cuidar 'no forzar a los pacientes a que se tiendan en nuestro lecho de Procusto', y de no soslayar, o de no negarnos a ver, lo que no se ajuste a los mismos. No obstante, existe el peligro de un eclecticismo silvestre en tales consideraciones fenomenológica y existencial cuando se emplean sin el riguroso estudio y pensamiento clínico que precede a toda capacitación. Se ha de presuponer el conocimiento de las técnicas y el riguroso estudio de la dinámica en la formación del psicoterapeuta (p. 29).

Con este antecedente se presentan a continuación algunos elementos de lo que puede ser una historia clínica, que, luego de establecerse las condiciones personales y situacionales favorables al acompañamiento, atiendan a elementos de valor clínico, susceptibles de ser profundizadas u obviadas, además de correlacionadas con otros fenómenos y procesos psicológicos, en el entendido que la síntesis nosológica derivada de este ejercicio no representa a la persona, ni la reduce, ni la explica, sino que remite a dimensiones, aspectos y simbolizaciones accesibles a las lógicas científicas e institucionales, que demandan del clínico categorizaciones, allí donde debe entregar comprensiones.

Se describirán los ítems con un rango interpretativo limitado, usando para ellos definiciones, preguntas o recursos que grafiquen la situación según sea pertinente. Estas descripciones se derivan de constantes clínicas y psicoterapéuticas, no con la finalidad de sesgar y determinar la lectura de las experiencias clínicas futuras, sino para exponer que, un elemento en el protocolo puede estar cargado de significado positivo o negativo, con el sentido e intencionalidad del lado del consultante, por tanto cuando el clínico advierte estos significados personales, puede ampliar el rango de información para comprender las experiencias subjetivas de su paciente.

6. 3.1 Datos personales

En el escenario clínico se les conoce como los datos de filiación, son los elementos de identificación y caracterización con los cuales se reconoce o se tienen referencia de un individuo. En la etimología la filiación se deriva de *filius*, es decir, hijo, así que son categorías nominales que no han sido elegidas unas y que ocurren naturales otras, tradicionalmente las primeras son consecuencia de las decisiones de los padres, y los han acompañado gran parte de su vida. En este sentido las experiencias de la persona están atravesadas por las nominaciones y simbolizaciones con las cuales acompaña su filiación, asunto con el que se sentirá a gusto o luchará.

Nombre: este es el principal enlace de filiación, las personas pueden expresar sentimientos negativos hacia su nombre, o identificarse al nivel de la homologación con los significados que encuentran en la historia de este. Suelen encontrar en ellos herencias familiares, tradiciones y características que los padres y ancestros han decidido prolongar y representar, y que ahora a este individuo le pesan. Encuentran también en sus nombres la fuente de la decisión de alguno de sus padres, con el que pueden tener una relación negativa, por ello cuando es indicado en la consulta, las personas tienen inflexiones en la voz, ritmos y señales particulares que se relacionan con la no aceptación de su nombre o apellido. Algunas personas incluso han cambiado su nombre en el sistema legal o prefieren ser llamadas de otra manera, es por ello, que la consideración de la experiencia que acompaña a esta nominación permitirá ampliar la comprensión del autoconcepto, de la personalidad construida, de las formas en que se ve a sí misma y ha sido vista, a través de su nombre.

Edad: conocer la edad del individuo permite identificar, además de su responsabilidad legal, la correspondencia entre la madurez biológica y psicológica, que, si bien en el enfoque humanista se vela por una comprensión holística que no dicotomice, algunas alteraciones en el desarrollo neurocognitivo, o experiencias traumáticas, pueden promover el desajuste de la maduración homogénea de estas estructuras. A partir de la edad se identifican incongruencias con las tareas sociales esperadas, anclajes en etapas infantiles o identificaciones con estereotipos asignados y esperados en personas mayores. La edad anuncia el desarrollo de consciencia esperada y la consecuente expresión de libertad y responsabilidad.

Lugar de nacimiento: un contexto rural o urbano, territorio con desarrollo tecnológico cercano, densa demografía, instituciones y servicios diversos, sistema de creencias culturales y en general las prácticas y condiciones contextuales en las cuales la persona pasa sus primeros años, asumiendo que estos los pasa allí en su lugar de nacimiento, sirven ineludiblemente como ambiente inmediato y campo fenoménico que entregará al individuo sus patrones conductuales y cognitivos

sociales. Diferentes entornos cuentan con diversas condiciones que han de servir para comprender expresiones y formas de simbolizar la experiencia de un individuo.

Residencia actual, domicilio: un entorno seguro favorece el desarrollo de la persona. Esta condición puede ser elegida regularmente por los adultos, o ser un determinismo tradicionalmente en jóvenes. En el caso de un joven, su casa familiar y entorno habitacional resulta insatisfactorio y generador de experiencias traumáticas, en tanto que no reconocen un lugar propio, un espacio que puedan colonizar y disponer en relación con su identidad y sus intereses, se suelen percibir ajenos o incómodos con sus condiciones y posibilidades en ese sitio. Los adultos eligen sus domicilios en relación con sus condiciones económicas y laborales, en rechazo o repetición de sus condiciones infantiles, o por las representaciones sociales que asume, sus imaginarios, anhelos o determinantes.

Sexo: al igual que con el nombre, sin ser este elegido por los padres (aunque es un fenómeno actual posible y el potencial aumento la selección cromosómica para bebés probeta), el sexo anatómico es una fuente de información para la construcción de identidad, la alimentación del sí mismo, la interacción con el ambiente y el establecimiento de canales y habilidades para la satisfacción de necesidades personales. Como ya se conoce, la estructura subjetiva alimentada por el ambiente tiende a revestir la estructura biológica, sin embargo, adviértase siempre que condiciones hormonales y sistémicas en la biología, favorecen o limitan la expresión de fenómenos emocionales y psicomotrices, en este sentido, las personas pueden encontrar en su base física, un correlato satisfactorio o un insumo susceptible a dotar de significado negativo, ya por demandas externas o por experiencias personales.

La identificación de la persona con su dimensión corporal permite identificar congruencias con el sí mismo, por lo cual, los roles de género y comportamientos predeterminados por la cultura, alimentan el malestar

subjetivo siempre que para esa persona no sea posible reconocer en ese insumo material, un recurso para el funcionamiento óptimo. El clínico debe sin embargo, explorar y desarrollar la categoría de "género" para responder a las configuraciones experienciales diversas e incluyentes.

Etnia: puede estar asociada con el lugar de nacimiento, o con el linaje, y con mayor importancia que el contexto de nacimiento, crianza y domicilio, se puede considerar el *Ground* del proceso de humanización, ya que es el marco vivencial de referencia, así que identificar las lógicas con las cuales ha vivido la persona, o se ha relacionado con ellas para extenderlas o negarlas, viviéndolas como una imposición o como potencialidad, permitirá al clínico comprender el mundo interno, o por lo menos parte de las convenciones con las cuales la persona se representa a sí misma y construye su realidad. Claramente, la importancia que se da a este elemento como a otros, sugiere un determinismo, pero antes que tomarlo así, se insiste en que es una facticidad que está de alguna manera presente en el campo fenoménico del individuo.

Estado civil: la persona puede o no experimentar actualmente un vínculo legal, religioso o espiritual con otra persona. Las razones para tener o no alguna relación son diversas y para cada categoría existir varias. Ahora bien, dado que es una práctica social, la representación de la persona sobre su soltería, viudez, matrimonio, separación, u otra forma posible, da cuenta de las percepciones elaboradas sobre las emociones, el valor de las personas, los contratos sociales, compromisos, libertad, convivencia, etc.

La figura vincular referida en el estado civil, puede estar asociada con la experiencia familiar derivada del vínculo de sus padres o cuidadores, asociándose a ello resistencias e imaginarios en relación con los cuales también se da un lugar en el mundo. En otras palabras, el estado civil, sea cual sea y por las condiciones que este sea, habla de una relación humana que se dio, da, dará, o no hace parte de las consideraciones, por tanto allí está reflejado en cierto sentido el tipo de contacto entre el organismo y el ambiente, no necesariamente como representación suficiente

de las relaciones en general, pero sí como ejemplo de una historia de formas vinculares; adviértase además, que se pudieron dar por elección personal o por percepción de responsabilidad moral o coacción material.

Profesión: en la misma línea del estado civil, a través de una profesión u oficio la persona está dando trámite a sus elecciones personales o responsabilidades morales, también es la herramienta para la satisfacción de necesidades básicas y superiores; la profesión o ejercicio disciplinario, puede ser una experiencia de limitación y fuente de insatisfacción, o por el contrario de bienestar subjetivo y sentido de vida.

La actividad y la temática laboral se puede relacionar con el *Self* ideal y con ello hacer parte central de la configuración de la persona. Es posible encontrar ejercicios decantados de la historia familiar, del autoconcepto temprano, de las ilusiones y fantasías, conveniencias sociales, sugerencia externa o tarea social; como fuere, mediante la actividad laboral o profesión, la persona experimenta formas de autorrealización y actualización, escenario de motivación y desde luego, situación en la que se juega otra forma de relacionamiento y calidad de contacto con los otros.

Situación laboral: consecuencia de lo anterior, un estado cesante para alguien que depende de su actividad, para un adulto que migra a la improductividad, un adolescente que es excluido por el sistema, o para un trabajador que construye su proyecto de vida según las posibilidades contractuales, retorna en angustia y síntoma. Ejecutar una actividad o no, es en un caso ideal un valor personal. Puede derivarse de ello la percepción de autoeficacia, generatividad y realización o asumido el trabajo como imposición y además el mismo ambiente laboral producir malestar, darle continuidad a una forma de vínculo laboral es la prolongación de la insatisfacción, desintegración, desatención de las necesidades orgánicas, y amenaza ambiental. Dependerá, como se ha mencionado, del significado y de las experiencias construidas al respecto, así que es preciso conocerlas para ampliar comprensiones.

Ideologías particulares: aquí se identifican las filiaciones e ideologías religiosas, políticas, filosóficas, todos los contenidos que, de forma dogmática, racional, imaginaria, o en general, aquellos principios conceptuales que la persona ha convertido en máximas, con las cuales y desde los cuales realiza valoraciones del mundo y establece sus sistemas de valores y creencias. Aquí se pueden encontrar elementos que han servido de sistema de apoyo en tanto marco conceptual de referencia, es información heredada o construida a lo largo de la formación y las experiencias. Pueden identificarse flexibles o inflexibles y de ello depende en gran medida la percepción de amenaza que el individuo asigne a una nueva forma de estar, pensar y relacionarse con el mundo.

Datos de un familiar o persona de apoyo: en el sistema de atención clínica se precisa identificar una persona de confianza o con la cercanía suficiente al paciente como para encontrar en ella un canal de comunicación, apoyo, contención auxiliar, y a través de la cual se recree un ambiente contenedor y protector, tanto si la experiencia terapéutica desborda las capacidades del terapeuta y del paciente, como ante las condiciones de vulnerabilidad que se asocian con el proceso y con las cuales debe enfrentarse el paciente fuera del escenario clínico.

Las personas pueden referir a cualquier personal con toda seguridad, lo que tiende a dar cuenta de los lazos y canales de apoyo social con los que suele contar, sin embargo, en algunos casos la duda ante la respuesta expone que el paciente puede sentir temor de que alguien más conozca su situación terapéutica, por narcisismo o porque no se presume aceptado o merecedor de la ayuda de alguien más. Una vez más, este dato permite explorar las formas relacionales y la confianza o resistencia en el apoyo ambiental.

6. 3. 2 Antecedentes personales médicos

En esta dimensión es necesario identificar la alteración de la estructura biológica que, según la evidencia por las pruebas diagnósticas y procedimientos antecedentes a la consulta, indiquen la predominancia de una alteración funcional, sensorial, química, eléctrica, genética o sistémica, entre otras.

El psicólogo clínico no debe olvidar que las expresiones de deterioro o salud de la materia corporal, son el resultado de una serie de interacciones complejas, de organizaciones y respuestas de los procesos orgánicos; razón por la cual, siempre es necesario descartar, confirmar y considerar la predominancia de esta realidad física en la experiencia psicopatológica.

Este énfasis no se propone para prolongar un dualismo dicotómico en el que se conflictúan las dimensiones de la existencia, sino para advertir que, la sinergia entre las expresiones física, psíquica, social y espiritual, pueden decantar su manifestación, prioritariamente en una de ellas o en varias, con una posible jerarquización en la afectación. Esto quiere decir que los síntomas son consecuencia de la totalidad orgánica, pero se manifestarán típicamente mediante la dimensión que mayores recursos positivos precise, razón por la que su debilitamiento le ha puesto en el primer plano de la atención.

Dado lo anterior, términos como psicogénico, somatogénico, psicósomático, somatomorfo, sirven para enunciar el cause en la organización de los síntomas, y parcialmente para identificar la génesis de tales expresiones, sin embargo, el origen no puede concebirse exclusivamente de un lado o de otro, dada la complejidad en la interdependencia e interacción de tales dimensiones de la existencia.

Reconociendo entonces que existan antecedentes asociados a la salud biológica, el clínico ha de acompañar a la persona en sintonía con otras disciplinas de la salud y respetando las fronteras de cada discurso. El holismo en la concepción humanista del hombre no puede dar a entender que el psicólogo debe hacerlo todo, sino que ha de reconocer el límite de sus capacidades y la necesidad del diálogo de saberes.

Al identificar los antecedentes, es posible establecer relaciones causales, etiopatogenias, psicopatogénesis, premorbididades, comorbididades, mantenedores y pronósticos posibles. Con esta información, no ha de realizarse una reducción de la clínica al modelo biomédico, sino identificar, qué sí y qué no depende del saber psicológico y amerita exponerse en la experiencia clínica, o precisa de ajustes en la relación para que ese elemento médico haga parte de la experiencia psicoterapéutica en razonables proporciones y posibilidades.

Teniendo en cuenta lo anterior, los elementos que se logren identificar pueden ser explorados comprensivamente desde la subjetividad, por ejemplo:

- ¿Cómo ha sido la experiencia de relacionarse históricamente con sus condiciones médicas?
- ¿Experimenta o percibe la persona alguna limitación, cómo la experimenta?
- ¿Tienen las limitaciones percibidas fundamentos materiales?
- ¿Las definiciones que el individuo ha hecho de sí mismo están relacionadas con sus antecedentes médicos?
- ¿Las posibles inhibiciones o expresiones abiertas que se ha permitido al relacionarse, se asocian con sus antecedentes?

- ¿Cómo influyen en su experiencia global las perspectivas de recuperación médica?

- ¿Estos antecedentes y las consecuencias en el funcionamiento global, cómo han influido la percepción de eficacia o ineficacia personal?

Se recomienda al psicólogo hacer un estudio dedicado de la nosología médica y psiquiátrica, para poder tener impresiones basadas en la evidencia, y con ello establecer correlaciones entre los datos aportados por el paciente y las posibles derivaciones y trabajos transdisciplinarios. Con ello entonces puede consultar por:

- Enfermedades médicas padecidas: congénitas, sistémicas, infecciosas, hereditarias, etc.
- Alergias: en medicamentos, alimentos, sustancias naturales, ambientes climáticos.
- Consumo de medicamentos: consumo histórico, realizado durante un tiempo prolongado, o consumo actual. Nombre de los medicamentos, dosis, frecuencia, finalidad, reacciones.
- Traumatismos: fracturas, lesiones, caídas, accidentes, agresiones.
- Intervenciones quirúrgicas: estéticas, correctivas, exploratorias.
- Antecedentes médicos familiares: hacer énfasis en las de mayor índice hereditario como las autoinmunes o circulatorias.
- Antecedentes personales y familiares en relación con la salud mental: identificar problemáticas psiquiátricas, motivos de consulta, tratamientos recibidos, medicamentos, recuperaciones, incluir aquellos derivados

de evaluación psicológica y neuropsicológica.

- Antecedentes de mortalidad en familiares: en este apartado es pertinente conocer las causas de muerte de sus familiares padres o abuelos, por ejemplo, ya que es posible que se identifique una constante que sea susceptible de ser sometida al juicio médico, y que no fue advertido en otro contexto, por no ser sintomático.

6.3.3 Psicobiografía

En este apartado, paciente y terapeuta pueden hacer un recuento de los elementos más significativos o los que han generado más emergencia, mayor impresión, o que han configurado la historia de vida. Es la historia de vida en capítulos y en escenas.

Es un relato que no se construye lineal, sino que puede ir y venir, dependiendo de lo que angustie al paciente en el momento, lo que su memoria le permita y los recuerdos mejor fijados. Tales evocaciones pueden estar asociadas a eventos traumáticos o experiencias positivas, no necesariamente se corresponden con situaciones que son social o estadísticamente intensas, pues en la subjetividad un evento aparentemente insignificante para la referencia exterior será configurador para un individuo según los recursos puestos en juego en el evento.

Los elementos enumerados a continuación, pudieron aportar vivencias cumbres, límites o ambas, no son eventos únicos y absolutos, sin embargo, dadas las experiencias clínicas en las diferentes disciplinas de la salud, se pueden proponer fuentes como:

- Información asociada a la gestación: las personas jóvenes y adultas, suelen tener algunas referencias sobre esta etapa, que ha llegado por sus familiares o personas cercanas. Es información que hace parte de la historia familiar y por tanto alimentan las líneas de la novela familiar. Los estados o condiciones emocionales de la madre, el contexto cultural y las dinámi-

cas del nicho familiar, se convierten en el precursor ontogenético favorable o de riesgo en la configuración temprana de la estructura biológica.

- Parto: algunas experiencias clínicas han mostrado que el trauma de nacimiento y eventos estresores o gratificantes dejan en el organismo memorias con cierta información sensorio-perceptiva, las personas declaran la experiencia de un destello, de una sensación, de elementos que no son claramente diferenciables y mucho menos simbolizables, pero que cuando se triangula en la información familiar, se pueden encontrar eventos con explicaciones causales y casuales, a partir de lo cual se pueden advertir satisfacciones con la vida o crisis existenciales.

A nivel fisiológico, en este proceso el organismo se expone a las problemáticas mecánicas del alumbramiento y las condiciones fisicoquímicas que pueden afectar el desarrollo y la maduración de orgánica y neurocognitiva. A partir de la gestación y el parto, se puede trazar una línea, no determinante, pero sí temática, es decir, algunas situaciones morfológicas por diátesis o por traumatismo y enfermedad temprana, de las que no puede obviarse su incidencia en el desarrollo, pero la vivencia de estas dependerá de la constitución subjetiva.

- Crisis en el desarrollo: consecuencia de los dos elementos anteriores, las crisis en el desarrollo hacen referencia tanto a factores biológicos, neurocognitivos, emocionales, sociales, ambientales, ansiolíticos y en general, diversas experiencias que la persona haya puesto, o se le hayan impuesto en el primer plano de su atención y resolución. Por ello se explorarán las experiencias en el ciclo vital. Estas clasificaciones pueden variar según diversas perspectivas sobre el desarrollo evolutivo y contextos legales, así que más que identificar un número, se debe explorar la experiencia en esas etapas, a las cuales la misma persona puede dar-

les una delimitación temporal. Aproximadamente, la primera infancia: de los 0 a 5 años; infancia: 6 a 11 años; adolescencia/juventud: 12 a 18 años; joven adulto: 19 a 26; adultez: 27 a 59; vejez: 60 en adelante.

- Eventos significativos en historia académica: evolución del proceso académico, promociones, atrasos en el aprendizaje, habilidades y necesidades especiales, grados académicos, reconocimientos.

- Eventos significativos en historia laboral: inicio y motivación de la vida laboral, estabilidad, expectativas, actividades realizadas, incidencia en las otras áreas vitales.

- Eventos significativos en historia afectiva: experiencias amorosas, relaciones de pareja, estabilidad de los vínculos, motivaciones, deseos, resistencias, aperturas.

- Eventos socioculturales de mayor evocación: aquí se pueden ubicar esas situaciones del macrocontexto, sociales, políticas y económicas que han sido tomadas por las personas para hacerlas parte de su experiencia personal.

- Rutinas personales actuales: identificar aquí estilos de vida saludable o prácticas que en el contexto de la salud física y mental se puedan reconocer como negativas, sin embargo, con el cuidado de no juzgarlas más allá de la ética profesional y la ley.

- Percepción de personalidad-autoconcepto: si bien se reconoce que el *Self* es una instancia yoica dinámica, puede presentarse por efecto de la neurosis o las elecciones conscientes como flexible, rígida, ambivalente, agresiva, fóbica, eficaz, ineficiente, en general la organización conceptual con la que se configure la totalidad perceptiva y propioceptiva del sí mismo.

- Personas significativas: diferentes personas pueden convertirse en el centro de las identificaciones del individuo, pudieron proceder o es-

tar relacionadas con satisfacciones a necesidades tempranas y básicas, protectoras, validadoras e incondicionales; tanto si es en este contexto positivo, como negativamente con personas a las que se le asocie experiencias negativas, los otros, los demás, el prójimo, presenta una función fáctica con la que se coexiste y a la que se responde.

6.3.4 Constitución familiar

En este apartado, se tiene en cuenta que los integrantes de la familia, los cuidadores primarios o las personas con las que se convive estrechamente, tanto en la infancia como en algún momento de la vida, sirven de marco conceptual de referencia, tanto para la organización de la personalidad, como para expresar la dimensión relacional. Es el posible ambiente contenedor primario, el grupo de apoyo o el ambiente amenazante. Aquí se puede explorar y discriminar:

- Estructura básica de la familia de origen: número de hermanos, ubicación entre los hijos, presencia de padres, y familia extendida.

- Organización actual de la familia: puede haberse modificado la estructura básica, y este evento ser configurador de la experiencia.

- Estilo de relaciones con los miembros familiares: tipos de apego, calidad en los vínculos, estabilidad de las relaciones, conflictos, rencores, significados.

- Roles ejecutados en la familia: las personas pueden haberse asumido, por diversos eventos familiares, en el lugar de los padres, de las víctimas, responsables del funcionamiento familiar, chivos expiatorios, indiferentes, excluidos, importantes. La forma de ubicarse en relación con su familia puede ser la base para desarrollar relaciones análogas con otras personas.

6.3.5 Condiciones sociales particulares

Examinar las condiciones particulares de un individuo en su ambiente exige dos consideraciones, de un lado la comprensión del campo fenoménico y de otro la relación organismo-ambiente. En el primer caso, el campo se configura con la totalidad de los elementos accesibles a la experiencia, es decir, aquellas situaciones del ello, de lo otro, lo exterior, que circundan e interpelan al sujeto que vivencia, con cierta conciencia, las organizaciones del campo, con esto, el campo es traducido a través de la subjetividad que sistematiza la experiencia, la asimila y con ello reconfigura el campo.

En el segundo caso, se advierte la especificidad de la relación del sujeto en su macrodimensión de organismo, que entra en relación con un yo-no-yo, con un ambiente del cual toma lo necesario para producirse la vida y el equilibrio existencial, con un entorno con el que se delinea la frontera del yo; en otras palabras, la identidad o sí mismo emerge del contraste heurístico con el ambiente, pero al mismo tiempo solo posible dentro de él.

Las condiciones sociales, percibidas como favorables o desfavorables, tanto para la percepción de eficacia, confianza en sí mismo, recursos para la sobrevivencia, medios para la cohesión relacional y para ordenar las metas vitales, convergen con sus significados históricos y presentes, como insumo determinado e irreductible o recurso para la expresión y posibilidad de la autorrealización. En esta parte serán importantes las experiencias y significados en relación con:

- Nivel de ingresos económicos: la economía puede llegar a ser un valor vital en sí mismo, configurador de la existencia, por carencia o exceso, como necesidad, meta, medio, estímulo o amenaza. En las lógicas sociales actuales, donde gran parte de la supervivencia y transacciones sociales, implican la dimensión económica, esta condición aportará a la experiencia.

- Calidad de vida: el clínico puede explorar las condiciones materiales y relacionales que favorecen tal calidad y con ello identificar las posibilidades de apoyo y contención, sin embargo, la lectura de calidad no se debe reducir a indicadores económicos, sino a la percepción de bienestar, a la satisfacción subjetiva.

- Intensidad laboral: tiempos de exposición al trabajo, frecuencias y duraciones que incrementan o disminuyen los factores de riesgo para la percepción de estrés, insatisfacción o malestar.

- Satisfacción en el trabajo: además de la actividad laboral en sí misma, que tiende a comprender por lo menos una tercera parte de la vida de una persona, las condiciones emocionales establecidas con el grupo de trabajo, y la realimentación positiva por las metas cumplidas.

- Objetivos y proyectos laborales actuales: derivado de lo anterior, la satisfacción en el trabajo u oficio actual puede provenir de cualquier elemento significativo para la persona, la posible identificación de estos elementos, puede favorecer su fortalecimiento de cara a significarlos como recursos positivos dentro de la psicoterapia y para la elaboración de sentido. Las metas y expectativas responden a una perspectiva personal de autorrealización y motivación existencial.

- Condiciones y satisfacción en zona y lugar de habitación: evaluar las condiciones habitacionales, tiene el mismo sentido de las laborales, en una nueva escala y contexto, pero con las mismas finalidades. Como mínimo otra tercera parte de la vida se puede desarrollar en el ecosistema personal e íntimo de la persona, y de allí se recrean experiencias satisfactorias o no.

- Características de los grupos sociales frecuentes: como fuente de información, el contexto relacional sugiere las identificaciones históricas y actuales. El contenido general que emiten los grupos y los roles, esti-

mulan comportamientos, introyectos, responsabilidades exógenas, patrones conductuales, ritos e ideologías, todo lo que sirve como marco de referencia para comprender expresiones particulares de la persona.

- Rutinas sociales: son formas directas que grafican la relación del individuo con el mundo. La presencia o no de actividades que impliquen la puesta en marcha de la voluntad, apertura, disciplina, esfuerzo, gusto, relaciones, y en general situaciones en las que se exprese la persona a nivel social, sugiere, según su calidad e intensidad, estados emocionales y afectivos saludables o patológicos, factores protectores o de riesgo.

- Relación de pareja: tal como se ha sugerido previamente, las relaciones que un individuo establece, tienden a ser la reproducción de los modelos relacionales que asimila de su entorno primario, de su contexto de crianza y de las fantasías, satisfacciones y represiones que ha sufrido en esta esfera. Las personas tienden a replicar con alguna estabilidad sus formas vinculares, sobre todo cuando ha encontrado en ellas una forma de satisfacer sus necesidades y un apoyo para tolerar la ansiedad primaria de llevar la vida y enfrentar sus soledades. Aquí se juegan las representaciones, proyecciones o desplazamientos que el individuo deposita en su o sus figuras sentimentales.

6. 3. 6 Motivo de consulta

El motivo de consulta es el corazón del proceso clínico. Es la hipótesis o certeza que ha configurado la persona sobre su situación, su sufrimiento o sus necesidades de apoyo. En lo procesual, implica coconstrucción con el clínico, que permita identificar necesidades no reconocidas, inquietudes no planteadas inicialmente, hace parte de todo el proceso clínico, aunque puede fijarse a lo largo de las consultas, también tiene un carácter dinámico, el terapeuta debe destacar esto, identificando las transformaciones o demandas que se van presentando en el proceso, en tal sentido no está enmarcado en una linealidad.

Es la lectura subjetiva y verdadera para sí, que deviene de una reorganización de la experiencia de continuidad, es decir, allí donde la persona mantenía una experiencia satisfactoria o tolerable y una percepción de organización, ahora percibe que puede reorientar la experiencia, explorar otras posibilidades de estar en el mundo y centrarse con una conciencia yoica que le permita afirmarse con los recursos suficientes para ser agente activo de su campo fenoménico. A esta categoría se asocian:

- Motivo de consulta en términos personales: se toman las referencias directas de la persona, la manera de nombrar la experiencia actual delimita la responsabilidad existencial, la angustia, el afrontamiento, comprensión y vivencia entre otros fenómenos que afectan al individuo según los significados y significantes con que se elabore la experiencia.

- Acontecimientos desencadenantes: aunque con esta información se asume una secuencialidad y causalidad, es necesario recordar la multicausalidad y complejidad histórica y multidimensional de la manifestación actual. Los desencadenantes son factores manifestativos, pero en la base de la manifestación está el fenómeno íntimo en donde se experimenta una amenaza al ser. Regularmente estas amenazas al ser, son amenazas a la existencia material o sentidos elaborados que incrementan la angustia, de aquí se desprenden:

- Estresores subjetivos que prolongan el malestar actual: lo que la persona cree, presume, asume, intuye, imagina que se asocia con su crisis. Desde lo fenomenológico este criterio también tiene una base de intersubjetividad, un acontecimiento es el resultado de dos o más fenómenos.

- Estresores objetivos que prolongan el malestar actual: igual que en el caso anterior, pero sobre lo que se pueda establecer un criterio de intersubjetividad. No se trata de recabar información para discutir y convencer a la persona de lo contrario, sino de atender elemen-

tos que puedan intervenir por la vía material, de tal modo que no generen deterioros mayores. Se exploran condiciones de seguridad, cuidado, riesgo, amenaza directa a la integridad y salud.

- Mecanismos de afrontamiento previo a la consulta: se identifican las estrategias conscientes, volitivas, atentas, intencionales, que ha establecido la persona, por iniciativa propia o por sugerencia externa, a través de las cuales, se ha tratado de contener y reencausar la demanda actual. Habrán servido parcialmente o ser inocuas, el clínico observará, en relación con el retorno positivo, la pertinencia de prolongar o reconfigurar dichas estrategias, pues estas mismas, aunque son ajustes del sujeto, no necesariamente son los más saludables.

- Defensas evidentes: a diferencia del punto anterior, estas respuestas y configuraciones son automáticas e inconscientes, allí radica el riesgo, pues las defensas tratan de restablecer el equilibrio perdido, pero mediante formas fuera del alcance consciente, producto de lo cual su carácter de temporalidad y suficiencia. Ya que las defensas son transitoriamente funcionales, puede resultar frustrante su disolución, pero esta es necesaria, pues a la sombra de las defensas, se esconden experiencias originarias y convergentes con el sufrimiento o necesidad actual. La tarea del clínico se orienta a la exposición de las defensas, para que la persona las haga conscientes. Exponerlas no significa forzar su confrontación, sino favorecer, empáticamente la conciencia de ellas y la valoración personal de la pertinencia de estas de cara a la maduración.

- Demanda específica, intenciones en acompañamiento: a partir de la relación angustiante con sus síntomas, o según la tolerancia previsible y conveniente de la experiencia de sufrimiento, las personas tienen una necesidad específica que desean sea cubierta por el clínico o dentro de la terapia. Clarificar las intenciones, igualmente en los términos y significados del consultante favorecerá al clínico la valoración de las posibilidades y alcances en el acompañamiento.

Aquí se pueden evidenciar fantasías y expectativas imposibles que la persona tiene del clínico y del proceso, y se puede comprender el lugar que toma la consulta en el campo fenoménico, pues la atención clínica también puede ser un pretexto para el fortalecimiento de las defensas en lugar de la transformación responsable.

6. 3. 7 Descripción general sobre dimensiones vitales. Examen mental

La evaluación del examen mental es un procedimiento para valorar la calidad y cantidad, frecuencia, duración, intensidad y consecuencias de las posibles afectaciones en las diferentes áreas o dimensiones de funcionamiento de los procesos mentales y de las manifestaciones sintomáticas.

La comprensión de la experiencia del paciente, si bien es una totalidad, que escapa a las definiciones y reducciones, puede incluso ser observada y descrita fenomenológicamente tal como aparece, no solo a la conciencia del paciente, sino a la experiencia y conocimiento del clínico, pues muchas de las organizaciones sintomáticas, no son advertidas por la persona que consulta, o simplemente no se tiene conciencia de la importancia y forma en que participa cada manifestación en la experiencia global.

El conocimiento está aquí del lado del psicólogo, quien, al poseer una comprensión del funcionamiento global y genérico de las estructuras psíquicas y biológicas, está habilitado para discriminar fenómenos que escapan al conocimiento y comprensión del paciente.

Esta segmentación didáctica de la totalidad es una imagen actual, una fotografía o radiografía, que evidencia las relaciones más evidentes entre las dinámicas funcionales del organismo. A partir de esta impresión inicial, el clínico considerará, según la dominancia de ciertas sintomatologías, los recursos inter y transdisciplinarios con los que deberá contar, la complejidad y orientación inicial que debe dar al caso.

Al realizar el examen mental se debe tener cuidado de que este no limite la emergencia y advertencia posterior de otras manifestaciones, sea porque el clínico se ha sesgado e insistido en su primera impresión, o sea porque se ha simplificado la experiencia a las meras consecuencias manifestativas.

Este procedimiento, al ser heredado del sistema médico, resulta un tecnicismo presente en las instituciones y protocolos legales, con diferentes taxonomías y con más o menos detalles nosológicos. Es por ello, por lo que tiene implícito el criterio de normalidad o anormalidad cuantitativa y cualitativamente, que se ha construido a partir de lo estadísticamente esperado, así que el nivel de alteración descrito debe considerarse siempre en contraste con el sujeto mismo, el contexto social, las condiciones circunstanciales, es decir, la validez ecológica e ideográfica.

Un cuidado adicional que debe tener el clínico con enfoque humanista está del lado de los límites del conocimiento, a saber, las reducciones eidéticas están del lado del paciente, mientras al clínico solo aparecen las formas sensibles y superficiales, por tanto, esta fotografía actual habrá de actualizarse con la misma flexibilidad que ocurra la experiencia del paciente.

Para dominar el discurso demandado en este procedimiento es necesario realizar un estudio constante y prudente de la psicopatología general y de la terminología nominal en particular, por tanto, a continuación, en lugar de listar los síntomas esperados, se insistirá en la importancia de observar dicha dimensión, en la presunción de su organización psicógena y resaltando su lugar para la toma de consciencia o la consciencia como epicentro. Lo que quiere decir, que se asume la evaluación de estos procesos para considerar su aporte a la meta de toma de consciencia de la experiencia y responsabilización personal.

- Apariencia y comportamiento: ¿la persona es consciente de sus formas de aparecer, aspecto y conductas, formas de expresión e intensidad de

estas?, ¿cómo se configura con esta conducta y apariencia la relación con el psicólogo?, ¿el campo fenoménico de la terapia se afecta con las formas de aparecer?

- Sensopercepción: ¿se presentan deterioros sensoriales que alteren la percepción y con ello las posibilidades de establecer un diálogo terapéutico?, ¿existen quejas alrededor de fenómenos percibidos que no hagan parte del escenario intersubjetivo?, ¿se demanda una atención especial en relación con una habilidad sensorial diversa?

- Consciencia: ¿aparece la expresión de esta como consecuencia de la realidad inmediata espaciotemporal?, ¿se ubica en el aquí y ahora de la relación terapéutica?, ¿logra dirigirse a sí mismo y al ambiente con fluidez y armonía?

- Orientación: por condiciones exógenas como consumo de sustancias, traumatismos o alteraciones en el procesamiento de la información la orientación se puede afectar, sin embargo, en consecuencia, con la dimensión anterior, una orientación adecuada señala que la persona tiene la capacidad de dirigir su consciencia y en consecuencia declarar dónde, en qué momento y el quién de la experiencia.

- Atención: ¿se fija de manera particular en un tipo de sensación, de experiencia, de objeto o de contenido?, ¿está dirigida constantemente al ambiente o al pensamiento?, ¿la respuesta atencional expone la relación terapéutica a desarrollarse con un ritmo particular?

- Memoria: ¿la información evocada corresponde con situaciones realmente vividas en el principio de realidad?, ¿son los recuerdos expuestos producto de un anclaje o fijación con el pasado?, ¿las experiencias más próximas presentan igual importancia que las del pasado o viceversa?, ¿se evidencian situaciones vitales particularmente suprimidas del relato y evocación?

- Pensamiento: ya que esta dimensión expresa el curso y el contenido, es decir, la organización, secuencialidad y lógica, se pondera aquí la correspondencia de los pensamientos del paciente con el principio de realidad o la intersubjetividad, que de forma genérica no aporta malestar. Es importante identificar que el contenido del pensamiento es el resultado de la sistematización que se hace de la experiencia, por ello la persona puede expresar organizaciones personales de la realidad, significados asignados, prejuicios y racionalizaciones, cantidades y cualidades asignadas a un fenómeno, que correspondiente o no con los pensamientos "normales" funda las bases conceptuales de la realidad subjetiva, del modelo interno de mundo y de sí mismo.

El pensamiento es la gramática y la respectiva semántica con la que se escribe la experiencia, y aunque no es la única dimensión de la realidad humana, este debe ser susceptible de transformarse en simbolizaciones, para observar en él la forma en que participa de la experiencia particular.

- Lenguaje: tras evaluar su función motora, el lenguaje se convierte en la simbolización verbal y no verbal del pensamiento, es el vehículo con el cual la persona expresa su mundo interno y asimila también el externo. ¿Los códigos lingüísticos utilizados, su función poética y pragmática da cuenta de una organización o intento de organización del mundo? ¿Se evidencia en el lenguaje un personaje o forma defensiva?

- Psicomotricidad: es el lenguaje corporal. ¿Se produce con gracia, fluidez, armonía y brillo?, ¿se presenta el movimiento y expresión corporal reprimido o excesivo, y de ser así, qué realidad intenta configurar la persona con esta manera de moverse en el mundo?

- Afectividad: sugiere el lenguaje emocional, así como el pensamiento y la corporalidad pueden presentar esquemas fijos y negativos, que limitan la consciencia y la experiencia, también la expresión del tono afectivo da cuenta de las intenciones del individuo, de sus mecanismos defensivos

o de las estrategias para relacionarse con el mundo. ¿Es congruente la expresión emocional con el discurso verbal y corporal?, ¿la intensidad de los afectos demanda del clínico una presencia especial, una forma de estar y acompañar para procurar cuidados especiales?, ¿cuenta la persona con los recursos personales para contactar con sus emociones y dar trámite saludable?, ¿están las emociones en el centro de la experiencia?

- Inteligencia: ¿cómo participa la riqueza cognitiva en la elaboración de los significados personales?, ¿sirve a las lógicas de la psicoterapia las formas de racionalización e intelectualización?, ¿la madurez cognitiva y el coeficiente intelectual son congruentes a la maduración biológica?

- Juicio e introspección: ¿reconoce la persona su participación en la experiencia de enfermedad?, ¿identifica que sus formas de pensar, actuar, sentir y expresar convergen para la construcción de la sintomatología?

- Valoración de hábitos alimenticios, sueño y sexuales: estas situaciones vitales, que tienen una afectación directa en la estructura psíquica y que al mismo tiempo se afecta interdependientemente con ella, se valoran en cuanto a la calidad, suficiencia, equilibrio, posibilidad de acceso, consecución voluntaria y control en la asimilación. ¿Cómo y qué tipo de valoración, lugar y relación tiene la persona con estas necesidades básicas?

- Indicadores para la presunción de otras dificultades psicopatológicas: el clínico, por su capacidad de hacer lectura semiológica de fenómenos que presuma patológicos y que interfieren en el funcionamiento óptimo del individuo puede advertir, según su experiencia y pertinencia, asuntos de orden médico, social, legal y subjetivo, que deban recibir diagnósticos paralelos y desde otros profesionales y disciplinas, esto para ser congruente con la actitud holística, integrativa y dinámica del enfoque humanista.

6.3.8 Sobre el proceso derivado

Los siguientes ítems pueden ser explorados y obtenidos, como recurso informativo, para efectos del seguimiento clínico, de la historia y del registro institucional y legal. Se llega a la sistematización de estos a medida que las entrevistas, diálogos y experiencias clínicas así lo permiten, y el lugar dentro del proceso siempre se asigna con carácter de temporalidad, hipótesis, alcance descriptivo, orientador y de apoyo a la comprensión.

- Recursos personales positivos: son las habilidades, conocimientos, experiencias, comportamientos y rasgos que no han sido alcanzados por la situación clínica, sino que por el contrario se contrastan de los síntomas, facilitan y potencian el proceso psicoterapéutico. Estos recursos son identificados por el clínico cuando el paciente no los experimenta porque los ha alienado, pero en general emergen en el diálogo clínico. En la medida que estén presentes o se puedan fortalecer, la reconfiguración del campo fenoménico del paciente tiene un pronóstico positivo. Aquí también se pueden identificar los recursos sociales positivos, las relaciones favorables para contención y el afrontamiento, a los que ambos actores del proceso pueden recurrir.

- Impresiones e hipótesis diagnósticas: el diagnóstico además de estar del lado del paciente también es temporal y continuo, por tanto, precisa actualización y con ello observancia para identificar sentidos en su evolución o transformación. Puede ocurrir que la experiencia de sufrimiento evolucione y demande otras formas de acompañamiento o remita y con ello la relación terapéutica también se reconfigure. Tener un historial de impresiones también sirve al clínico para tomar conciencia de sus formas de acercarse, presentarse, comprender y acompañar.

- Impresión informada al paciente: en los casos en los cuales es urgente y necesario para el paciente recibir una impresión profesional, se requiere cuidar que, con esta referencia, el paciente se reduzca y se identifique

a tal punto que migre a la egosintonía y con ello se ancle en la experiencia patológica. Es preciso que la persona comprenda que las etiquetas diagnósticas y las referencias del terapeuta son solo impresiones, superficiales y limitadas, que como se indicó previamente, no son reducciones de la esencia o la ontología, que tienen un carácter orientador y referente. La misma *psicoeducación* debe observarse en las instituciones y con los profesionales asociados.

- Proyección de la terapia, objetivos, orientaciones: principalmente en las primeras sesiones, pero siempre que sea necesario reencuadrar la perspectiva y posibilidades del acompañamiento, se ha de convenir con la persona que consulta, una meta que coincida con las necesidades y realidades de la psicoterapia y la intervención clínica. No se trata aquí de limitar la espontaneidad de la experiencia y encuentro clínico, sino de darle un sentido y significado a tal evento.

- Estrategias de seguimiento: a fin de proceder con rigor científico, el psicólogo deberá registrar, ya sea de la mano de instrumentos psicométricos o por medio de criterios clínicos, los avances o cambios evidentes, las transformaciones cualitativas y cuantitativas, sobre las cuales pueda evaluar la pertenencia de su forma de acompañar y con ello la resignificación de sus prácticas clínicas, no para la estandarización que le aleje de las vivencias subjetivas, sino para encontrarse con principios ontológicos susceptibles de ser advertidos en nuevos contextos clínicos.

- Evolución: de la anterior estrategia, se desprende la información que da cuenta de la evolución positiva y de la epicrisis, se pueden observar hitos en el tratamiento, que se enuncien como estratégicos y que se asocien con la evolución de los reencuadres y del vínculo.

6. 3. 9 Situación terapéutica

Este capítulo presentó en su inicio la necesidad de cuidar la situación terapéutica, así que además de ser un asunto de previsión, debe, tras las experiencias acumuladas del proceso, permitir que el clínico haga un diagnóstico personal, continuo y sincero de su forma de acompañar y de lo que como persona y profesional está poniendo en la relación, y que, al tramitarlas, se pueda realizar un mejor proceso interpersonal. Así que el diagnóstico y la intervención también se volcán sobre su experiencia personal, en asunto como:

- Dificultades previstas de cara a la situación terapéutica: falta de conocimientos, limitaciones materiales, necesidades de apoyo, problemáticas personales emergentes no elaboradas, entre otras.
- Resistencias experimentadas: derivadas de los obstáculos para la actitud fenoménica, la puesta en paréntesis, la expresión empática y la consideración de igualdad. Pueden aparecer emociones difíciles de tramitar cuando la aceptación incondicional liberada de juicios morales no está en la escena.
- Intenciones en las intervenciones: estas han de propender por facilitar siempre la toma de consciencia de la persona, así que cualquier forma de intervenir que afecte el campo relacional y que no se centre en la facilitación, puede tornarse en favor de los fantasmas, intereses y necesidades de manipulación del clínico.

6. 3. 10 Apoyos al proceso clínico

Por último, baste subrayar que los protocolos clínicos, que varían según los contextos, ámbitos, poblaciones y finalidades, se nutren de la ciencia psicológica aplicada que ha dado a la disciplina insumos para ampliar la comprensión de los fenómenos, y que, con plena advertencia, consen-

timiento y cuidado en su incorporación al escenario clínico humanista, también le son favorables y muchas veces obligatorios, a saber:

Requisitos legales para el ejercicio clínico en el territorio.

Consentimientos informados.

Certificados y permisos para procedimientos especiales.

Instrumentos, protocolos, técnicas para:

- Evaluación de eficiencia sensoriomotora.
- Evaluación de inteligencia.
- Evaluación de aptitudes.
- Evaluación vocacional.
- Evaluación de competencias laborales.
- Evaluación del rendimiento o ejecución de procesos.
- Evaluación del desarrollo psicoevolutivo.
- Evaluación de la personalidad.
- Evaluación de rasgos patológicos y trastornos.
- Otras pruebas.

-Condiciones de seguridad en el resguardo de la información.

-Acondicionamiento locativo para atención digna.

-Instrumentos e indumentaria con sentido y finalidad terapéutica.

6.3.11 El encuadre

No por presentarse hacia el final de este esquema, resulta menos importante, por el contrario, el encuadre materializa las condiciones básicas sobre las que se desarrolla la situación psicoterapéutica y clínica en general. Por otro lado, este tema presenta a la psicología humanista unas delimitaciones que, si bien les son útiles, suelen parecerles restrictivas.

El clínico ante todo responde a la ética de la profesión y a las leyes que le rigen su accionar en un territorio y entidad específica, en tal sentido, lo que los códigos deontológicos sugieren y obligan debe ser observado y sopesado por el profesional, siempre en pro de la calidad de vida del consultante y del bienestar mayor.

Los encuadres, en plural para hacer referencia a las constantes variaciones a lo largo del proceso, siempre se utilizan para favorecer el campo y la situación terapéutica en general, y para guardar de daños imprevistos a las personas vinculadas según sus roles en particular. Y considerando que la relación clínica es una relación viva que se va transformando y demandando siempre nuevas formas vinculares, nuevas herramientas y delimitaciones, puede asumirse que en un encuadre de enfoque humanista consiente todo aquello que favorezca una clínica fenomenológica, es decir, la descripción, el diálogo, la comprensión, la expresión auténtica, el apoyo, la libertad y la dignidad, entre otras.

La respuesta al encuadre es una respuesta a los términos que hacen de una afirmación, un cuestionamiento, a saber:

Qué de la situación: habrá de clarificarse para conocimiento de las personas involucradas, de qué se trata ese espacio que se está proponiendo, aunque esto lo tiene claro el psicólogo, es posible que sea él el primero en olvidarlo. La clínica es una experiencia en la que se acompaña mediante un encuentro auténtico a que la persona que consulta explore recursos creativos para desarrollar sus potencialidades. Pretensiones o demandas asociadas a la respuesta de todas las preguntas, solicitud de tareas, manipulación o control, transacciones emocionales no profesionales deben ser tipificadas y contenidas.

Quiénes en la situación: esta pregunta remite al manejo de la información y limitaciones en la intervención, puesto que el psicólogo aclara mantener la privacidad e información dentro del secreto profesional, con posibilidad advertida y consentida de divulgar única y exclusivamente aquello que salvaguarde la vida e integridad de la persona o de otras personas externas. La vinculación de otros profesionales, ya sea para lo individual o lo grupal se pronostica según la gravedad y limitaciones del profesional frente a la situación clínica evidenciada.

Cómo de la situación: ante todo respondiendo a las condiciones de la fenomenología, en donde la horizontalidad, la *epojé*, la aceptación, la consideración de las cosas mismas y el desprendimiento de la necesidad de control, estén transversalizando el diálogo.

Para qué de la situación: ya que las personas que se acercan a la consulta están movidas por pretensiones que quizá no sean del alcance de la psicología, o las expectativas superen las posibilidades del enfoque, entonces se debe convenir qué sí se puede encontrar y qué no, originalmente el para qué se enmarca en la comprensión, adicional a lo cual otros objetivos más esquemáticos pueden sumarse o derivarse.

Cuánto de la situación: relacionado con los tiempos, precios, frecuencias, intensidades, insumos, espacios y responsabilidades de los implicados. La psicología tradicional tiene estandarizaciones y tendencias en cada una de estas características, pero es la valoración inicial de la situación, la que permite, caso a caso, diseñar una "oferta" de la experiencia, actualizable para mantenerla en el aquí y ahora.

Los diferentes ámbitos y contextos donde se pueda desarrollar un acompañamiento clínico, impondrán lógicas propias para considerar de cara al cuidado del otro y de la situación.

6. 3. 12 Algunas referencias para recordar

Al cierre de este capítulo, se espera que haya sido clara la insistencia en tener orientaciones para la comprensión, junto con la flexibilidad y *epojé* suficientes como para tener un encuentro clínico vivo y humanizado. En este sentido precisa Korchin (1976) citado en Schneider *et al.* (2014) que:

La evaluación se refiere a los esfuerzos del clínico para recopilar información sobre el cliente para ayudarlo. El clínico humanista se involucra en la evaluación en el sentido más amplio de intentar

empáticamente entrar el mundo del cliente para comprender su experiencia y visión del mundo (p. 44).

El discurso especializado y las categorizaciones y descripciones que se realicen durante y a propósito de la experiencia clínica hablan mucho más de la persona que las asigna que de la persona que se acompaña, pero no por ello carentes de valor, así que el equilibrio entre la operacionalización y la elaboración personal de sentido, se pueda leer en estas palabras de Rogers, que al referirse al consejero (*Counseling*), lo refiere en general a la persona que está proponiendo la situación clínica:

¿Es suficiente que el consejero sostenga la hipótesis básica que hemos descrito, (*aceptación, empatía, autenticidad*) y esta orientación actitudinal llevará entonces adelante, inevitablemente, la terapia? Por cierto que no es suficiente. Es como si un médico del siglo pasado hubiera llegado a creer que las bacterias causan infección. Esta opinión suya probablemente haría inevitable que obtuviera resultados algo mejores que los de sus colegas, que consideraban esta hipótesis con desprecio. Pero solo podría experimentar plenamente la significación de su hipótesis en la medida en que instrumentalizara al máximo su opinión mediante las técnicas adecuadas (Rogers, 1981a, p. 36) (cursivas propias).

Entendiendo que los conocimientos derivados de la coconstrucción en el contexto clínico, tendrán además posibles impactos que trasciendan la situación terapéutica, como por ejemplo procesos legales, empresariales, médicos, académicos, u otros en los que se vincule el acompañamiento clínico, y comprendiendo que la experticia terapéutica no se reduce a un diagnóstico y tratamiento, el clínico ha de preocuparse por convertir ese encuentro en una experiencia óptima para una transformación continua y duradera, al respecto Perls *et al.* (1951) refieren que “lo que es esencial, no es que el terapeuta aprenda algo sobre el paciente y después se lo enseñe a él, sino que el terapeuta enseñe al paciente como puede aprender sobre sí mismo” (p. 326).

Capítulo 7.

Sobre el psicólogo clínico con enfoque humanista

Los desarrollos teóricos y metodológicos del enfoque humanista, han estado atravesados por propiciar y transversalizar en su mirada el lugar del psicólogo clínico visto en la persona del terapeuta como una categoría recurrente. De esta manera ¿qué tiene por decirnos Maslow, Rogers, Perls y May sobre el psicólogo clínico? Este capítulo convoca algunas reflexiones de estos autores en el devenir del enfoque, otorgándonos una comprensión del clínico pertinente para nuestros tiempos.

Parte de lo que tratamos de identificar en este diálogo, no involucra una hermenéutica exhaustiva sobre dicha pregunta, pero lo que se mostrará a continuación otorga pistas importantes para entender la persona misma del psicólogo clínico en la narrativa de dichos autores, retomando aspectos relevantes para el ejercicio del terapeuta. Es importante anotar que la reflexión sobre la persona del terapeuta, involucra pensar en sí mismo, el proceso de la psicoterapia y el encuentro en el que se enmarca la relación con los consultantes; de esta manera, no se puede hablar del terapeuta sin la praxis misma que significa su intervención en el escenario de la terapia.

7.1 El psicólogo clínico en Maslow: la calidez terapéutica

Si en el contexto europeo lo fenomenológico ayudaba a trazar nuevas líneas en el estudio de la percepción proveniente de la psicología de la Gestalt, en el contexto norteamericano los psicólogos como Allport abogaban por una psicología ideográfica: inclusión de la experiencia y la singularidad, superando los promedios y las normalizaciones estadísticas. Este llamado de Allport es capta-

do por Maslow (1972), quien señala que el ejercicio del terapeuta, suele estar marcado por el afán de generar diagnósticos de patologías, y por supuesto, por posibilitar una cura.

Esta presión a la que se somete el clínico, paradójicamente le resta utilidad terapéutica. Como una acción compensadora o correctiva, lo fenomenológico empieza a instalarse en la visión de Maslow, quien se dirigirá al cultivo de la observación sugiriendo que el interés del terapeuta no ha de estar en confirmar sus teorías, sino en dirigir la atención hacia el encuentro como totalidad que le incluye, transparenta y explicita en la relación que construye con el consultante. El terapeuta, al tiempo que puede captar a la persona o sistema consultante, la conciencia sobre sí mismo le otorga precisamente mayor agudeza clínica y despliegue de recursos requeridos en el acompañamiento. Lo anterior no supone una renuncia al diagnóstico o la cura, pues Maslow no se niega a hablar de terapia o recursos terapéuticos, sino que más bien, la construcción de la cura, inicia con la observación: una apertura lo más amplia posible al fenómeno:

El buen terapeuta es capaz de percibir a cada persona por sí misma sin ninguna prisa por taxonomizar, etiquetar, clasificar. El mal terapeuta, a través de un siglo de experiencia clínica, tan sólo hallará repetidas confirmaciones de las teorías que aprendió al principio de su carrera. Este es el sentido de la afirmación de que un terapeuta pueda repetir los mismos errores durante cuarenta años y encima llamarlos una rica experiencia clínica (Maslow, 1972, p. 68).

Ante un terapeuta instalado en la separación del sujeto-objeto, protegido en sus teorías y técnicas, en su carácter frío y revestido de objetividad, Maslow (1972) ofrece una perspectiva ampliada para la psicología de la época, al describir a un terapeuta cálido: un terapeuta capaz de hacer del escenario terapéutico un territorio seguro, donde se acepta y se muestra apertura por las fuerzas presentes que se encuentran en conflicto en la experiencia del consultante, desde el respeto por el malestar o lo psicopatológico, y a su vez, confiando en la posibilidad de crecimiento y desarrollo de la persona. La calidez no deforma el

conocimiento, por el contrario, la paciencia, el aliento y el apoyo, se convierten en un terreno propicio para acercar al sujeto a ese saber de sí, dentro del marco de un proceso psicoterapéutico.

Lo fenomenológico instaura a su vez la riqueza del encuentro y el mundo compartido de significados, posibilitando un aprendizaje entre el consultante y terapeuta desde el contexto cotidiano. En esta vía, el saber empieza por reconocer la riqueza de la singularidad propia del encuentro, en otras palabras, hay un saber que solo se puede reconocer en la atmósfera del proceso terapéutico, para posibilitar un diálogo posterior con nuestros modelos, teóricos o simples reflexiones. En este camino se privilegia el encuentro para dialogar con la teoría, y no se intenta hacer de la teoría un lenguaje confirmatorio que se impone al consultante, para salvaguardar la posición de saber del terapeuta o del modelo con el que trabaja.

Pareciera a su vez que los afanes, angustias, retos y desafíos de los consultantes, no están lejanos de la propia experiencia y realidad del terapeuta, aquello que se acompaña en el ámbito de lo clínico, no se escapa del todo a las propias realidades que como sujetos enfrenta el psicólogo “nuestras soluciones a estos problemas constituyen también, en principio, auto-terapias en el sentido más amplio” (Maslow, 1972, p. 150). El escenario terapéutico se constituye a su vez en un escenario de aprendizaje, mucho más amplio de lo que se suele mencionar, sin embargo, de este aprendizaje, cada uno debe hacerse cargo, es allí donde emerge lo singular. La apertura fenomenológica que se reconoce tempranamente en Maslow y será sugerencia para el terapeuta, da lugar a una mirada de la salud y la autorrealización como una estética de la integración. Es estético, en tanto armónico, continuo y positivo. Lo estético emerge como una mirada integradora del fenómeno que trasciende las disposiciones dualistas de conceptos como: salud-enfermedad, subjetividad-objetividad, cuerpo-mente, órgano-proceso y otras dicotomías posibles.

Los aportes derivados del psicoanálisis o del conductismo son observados por Maslow, desde un inconformismo en el que no destaca la negación de sus apor-

tes a la psicología de la época, pero sí su visión parcializada frente a la comprensión del hombre; parte del error que identifica, está en observar que dichas teorías poco o nada integran en sus constructos una mirada de lo eupsíquico ¿es la salud, una ausencia de tensiones o de enfermedad? El esfuerzo de Maslow está en desmarcar la salud como antítesis de la enfermedad, el estudio de seres humanos saludables y en plenitud de funciones, posibilita trascender la dicotomía salud-enfermedad, sin que se desconozcan en sí mismos los estudios sobre la psicopatología, más bien su interés está en integrarla en un marco más amplio (Maslow, 1965b).

La incorporación de la autorrealización en el camino del clínico, es un elemento que dirige el esfuerzo por reconocer las potencialidades, las formas de arreglárselas en el mundo que construye el consultante. Por lo tanto, el clínico puede observar lo deficitario, lo que se manifiesta de la identidad de la persona y sus posibilidades, es decir lo que puede llegar a ser. La autorrealización plantea un camino de confianza, donde el desarrollo del sujeto es posible; integrar esta visión, posibilita la identificación de los recursos que puede o ha desplegado la persona en el contexto de lo cotidiano. La autorrealización, alerta al clínico que su tarea o su labor de acompañamiento no parte de cero, partimos de un terreno que a lo mejor necesita ser regado, ¿podemos identificar aquello que genera malestar, tensión y problemas? Pero además de ello ¿podemos identificar las fortalezas, recursos de autoapoyo que se elevan sobre el escenario problemático planteado por el consultante? (Maslow, 1972; 1965b).

En tal sentido la autorrealización posibilita un diálogo con las distintas fuerzas y características que acompañan al sujeto, las cuales pueden estar dirigidas hacia el bienestar y desarrollo. Dicho concepto está emparentado con la comprensión de salud, la visión que otorga Maslow, trasciende la dicotomía subjetivo-objetivo, mundo psíquico o natural, para indicar que la expresión de la autorrealización involucra al mismo tiempo una comunión inseparable entre el sujeto y el entorno, convertida al mismo tiempo en misión, vocación e integración de la persona:

Por lo que se refiere al estado motivacional, las personas sanas han satisfecho suficientemente sus necesidades básicas de seguridad, entrega, amor, respeto y auto-estimación, de tal modo que ahora se sienten motivadas primordialmente por tendencias conducentes a la autorrealización (definida como realización creciente de las potencialidades, capacidades y talentos; como cumplimiento de la misión –o llamada, destino, vocación–; como conocimiento y aceptación más plenos de la naturaleza intrínseca propia y como tendencia constante hacia la unidad, integración o sinergia, dentro de los límites de misma persona (Maslow, 1972, p. 27).

Maslow (1972) denuncia que la psicología de su época estuvo tan marcada por el déficit, que la vista misma del clínico quedó obnubilada por este. Para él, la salud, debe ser observada como un constructo más amplio, ser más que un opuesto a la enfermedad, por ello, parte de su deseo es caminar hacia una psicología de la salud. En dicho esfuerzo, trata de brindar algunas pistas, al referir características clínicamente observadas, algunas de estas son: una mayor percepción de la realidad, aceptación e integración de sí mismo, de los demás y de la naturaleza, la presencia de la espontaneidad, independencia y deseo de intimidad, apertura y apreciación de las reacciones emocionales, fortaleza en las relaciones interpersonales, creatividad.

Bajo esta mirada, la visión del terapeuta, se convierte en un ejercicio estético de la integración. La praxis terapéutica, es comparada por Maslow (1972) a la de un artista capaz de ver aquellas fuerzas que se encuentran en conflicto, el terapeuta observa colores, matices, opuestos, disonancias, no como simples elementos separados, estos hacen parte de una figura más amplia, capaz de ser integrada. Bajo dicho trayecto, el esfuerzo del terapeuta se dirige a buscar la pauta que conecta, de allí que gran parte de la narrativa y el esfuerzo esté orientado en propiciar una visión global de la persona, como respuesta a los reduccionismos o simplismos teóricos.

Como conclusión a lo expuesto, si se busca adjetivar las características del terapeuta, propuestas en la visión de Maslow, su comprensión de una estética clínica

estará del lado de una clara agudeza por incorporar la comprensión de la salud como constructo que trasciende la antítesis de la enfermedad. Un buen terapeuta, no solo identifica el déficit, la falta, o lo problemático, además de esto, el buen terapeuta dirige el esfuerzo por explicitar con el consultante los recursos o potencialidades que le permitan atender la vida cotidiana, más allá de una búsqueda dirigida a la ausencia de la enfermedad o la angustia psicológica.

7.2 El psicólogo clínico en Rogers: construir una relación de ayuda

El enfoque centrado en la persona, modelo terapéutico que tiene el sello de Carl Rogers, sustenta bajo su base histórica narrativa una seria mirada sobre el psicólogo clínico. Tal vez sea Carl Rogers uno de los psicoterapeutas que más haya escrito y reflexionado sobre la persona del terapeuta y la relación terapéutica. Su visión se construye desde la experiencia como clínico, pero también desde el ejercicio investigativo en el que sentó bases importantes para darle un marco operativo y dialógico con métodos empíricos.

En su texto *El proceso de convertirse en persona*, Rogers (1981a) expone dos enfoques sobre la comprensión de la psicoterapia. Por un lado, está la tendencia que se centra en el terapeuta y el uso de técnicas, allí el interés está en curar y cambiar a la persona, para esto, el terapeuta tiene un acervo de herramientas, de dispositivos del cambio que posibilitan el éxito en sí mismo. Este enfoque se centra en el terapeuta para generar el cambio, frente a ello, Rogers no se muestra entusiasmado, aunque su primer acercamiento a la psicoterapia se instaló desde dicho lugar, no obstante, su historia y experiencia como clínico, lo llevaron a considerar un camino distinto.

Por otro lado, la segunda propuesta, que fue la que maduró y desarrolló, consistió en pensar la relación con el consultante como un medio donde la persona pueda guiar su propio desarrollo. El ideal de bienestar no se centraba en la visión que tiene el terapeuta sobre lo que debe o no cambiar el consultante, la acción central estará en entender cómo se crea una relación de ayuda y qué la caracteriza. Al preguntarse por ello, Rogers muestra esencialmente dos ele-

mentos claves: el reconocimiento de la persona del terapeuta y la aceptación incondicional hacia quien acude a consulta (Rogers, 1981a).

No se puede aceptar al otro de manera incondicional si el terapeuta mismo evade sus emociones, sentimientos o pensamientos de lo que emerge en la experiencia cotidiana o terapéutica. La autenticidad allana el terreno de la propia conciencia que tiene el terapeuta de sí en la relación. Con lo anterior, se presenta una ruptura con una concepción objetiva de lo que es ser terapeuta, en tanto se destaca que no hay forma de esconderse en la neutralidad. La vía propuesta se configura como la aceptación de lo que se es; aspecto clave que permite arrojarse al encuentro con el otro. Saber que se está intentando cambiar al consultante, que se hace un juicio para expresar la inconformidad con sus acciones, o que se usa un discurso adulador para evitar su enojo, permiten que se reenfoque el diálogo y la intervención en la terapia (Rogers y Kinget, 1971).

La apertura y reconocimiento de la propia experiencia, es la puerta de bienvenida al consultante, en reiteradas ocasiones se puede encontrar cómo la aceptación incondicional de la persona se constituye en un valor central de este modelo. Rogers identifica que en la formación del clínico hay un peso enorme por cambiar, dirigir o modificar la persona, sin que se eleve ante sí su comprensión, convirtiéndose en una apuesta compleja y difícil de desarrollar.

Precisamente, alrededor de dicho esfuerzo, Rogers identifica que parte del interés del consultante, su intento por posibilitar un cambio, está en evadirse de sus temores, sentimientos, o conflictos. La terapia puede finalmente reforzar esto, ante un esfuerzo por cambiar, terapeuta y consultante terminan en un atolladero que puede amplificar o reforzar aquello que se quiere cambiar; mientras que, cuando terapeuta y consultante construyen una atmósfera de validación y aceptación, el panorama del crecimiento y cambio, si es que tiene que haber alguno, toma lugar en el desarrollo del devenir de la persona (Rogers y Kinget, 1971; Rogers, 1981a).

Rogers (1981a), realiza una serie de preguntas que develan a su vez la postura y condiciones que considera debe acompañar activamente al terapeuta. Por esta razón, a partir de dichos cuestionamientos, se refieren a continuación algunas generalidades de la persona del terapeuta:

- Se centra en construir una relación de ayuda.
- Expresa su autenticidad y diferenciación, reconociendo la propia individualidad, capaz de acompañar al consultante en sus diversas problemáticas, sin ser abatido por estas.
- Admite y acepta de la individualidad del consultante en sus distintas formas. No se pretende que el terapeuta termine siendo un modelo hegemónico a seguir; más bien, alienta el desarrollo de la singularidad de la persona, la existencia del terapeuta es testimonio, pero no ejemplo; el ejemplo supone una réplica de lo que se debe vivir, perdiendo la phronesis o el acto singular de atender a la novedad de la propia existencia.
- Tiene un respeto profundo por los sentimientos y significados personales de la persona, en un esfuerzo que le acerca a su marco referencial.
- Trasciende la evaluación y los juicios de sus modelos para volcarse a las formas como la persona construye significados que para él pueden revestir gran importancia.

Con lo anterior, es posible indicar que Rogers realiza un énfasis en la construcción de una relación de ayuda. Se puede en ese contexto hacer uso de la técnica y las herramientas clínicas de las que se disponen como elementos esenciales dentro del tratamiento psicoterapéutico, sin embargo, su énfasis tampoco está puesto allí. Para entender esto, es importante notar un principio clave: la confianza que tiene el terapeuta en el crecimiento y desarrollo de la persona previo incluso al despliegue de la intervención. Dicho esto, aparece un principio que se repite en otros autores del enfoque humanista: no se parte de cero, se

confía en el crecimiento y se reconoce a la persona más allá del escenario problemático, la autorrealización emerge como potencia, como posibilidad siempre latente (Rogers y Kinget, 1971).

La apertura que construyen el terapeuta y consultante hacia su propia experiencia, posibilita que se adquiera una relación diferente hacia el organismo, sustentada en la confianza. La satisfacción de las necesidades que el sujeto identifica, deja de estar basadas en los imperativos sociales, culturales o familiares y se vuelven al diálogo con el organismo. Rogers (1981a) referirá que este puede apoyarse desde un pensamiento consciente, capaz de identificar otras formas de conocimiento fundamentadas en la sabiduría orgánica. Atender a lo orgánico como parte de la totalidad de lo que somos, permite aproximarse a elecciones que acojan las necesidades que surgen en cada situación.

Asimismo, según Rogers (1981a) en su experiencia como clínico, se presentará una tendencia al crecimiento y desarrollo cuando la persona puede percibirse en un terreno seguro, extendido en la relación terapéutica con apertura, confianza y aceptación, acompañado por un ejercicio terapéutico en el que se involucra un retorno a lo sensorial y al contacto básico con el organismo. El crecimiento no se instaura como un asunto hegemónico y homogéneo para cada persona; por el contrario, al hablar de tendencia actualizante, se ha de comprender que la persona puede responder al contacto con las circunstancias desde un abanico más amplio de respuestas, basadas en la experiencia singular de la relación organismo-entorno.

7.2.1 El terapeuta como investigador

La investigación en el terapeuta puede ser una de las cualidades menos populares a señalar, sobre todo si se ubica en el plano de psicoterapias de enfoque humanista. Rogers, como se ha señalado, es uno de los autores que tiene una extensa reflexión sobre la persona del terapeuta, no solo desde la experiencia o vivencia como clínico, sino desde las confirmaciones en el plano investigativo, en un diálogo directo con métodos

de corte empírico y cuantitativo. Para sustentar tales afirmaciones, es necesario brindar algunas claridades que permitan entender su visión.

Si bien Rogers se acerca al plano de lo fenomenológico resaltando la singularidad, la persona y su existencia, no se muestra desde una narrativa hostil hacia la ciencia en el sentido positivista. La cura de la enfermedad, la prevención de la mortalidad infantil, las cosechas abundantes y la comprensión del universo han sido posibles, gracias a los avances de la ciencia, pese a los usos bélicos que le han dado, por lo cual la ciencia no pierde su utilidad social (Rogers, 1981a). En esta dirección, la psicoterapia también puede beneficiarse del método científico. Bajo ese contexto, se reconoce que Rogers fue uno de los psicoterapeutas pioneros en la construcción de modelos basados en evidencia empírica para dar a conocer los alcances de la terapia (Robbins, 2008; Rich, 2017). Si bien los métodos empíricos tienen limitaciones, la psicoterapia centrada en la persona, podía operativizar diversas nociones que se sometían posteriormente a la medición:

Una de las características más importantes de la orientación terapéutica centrada en el cliente es que, desde su comienzo, no sólo ha estimulado la investigación, sino que ha existido en un contexto de pensamiento investigador (...). En resumen, desde el comienzo pensamos que el campo de la psicoterapia se enriqueció gracias a la verificación abierta y objetiva de todas las hipótesis, con métodos comunicables y reproducibles (Rogers, 1981a, p. 218).

Rogers (1981a) adaptó las técnicas Q, para preguntarse sobre los alcances y beneficios de la relación terapéutica y el cambio del consultante. Es interesante observar cómo su visión sobre la psicología basada en evidencia va más allá del plano de la cura o el éxito terapéutico, para preguntarse por los alcances que tiene un modelo terapéutico en la vida cotidiana de la persona, al referirse a esto como factores concomitantes de la terapia. En las investigaciones desarrolladas, Rogers (1981a) en-

contró, por ejemplo, dentro de los efectos posteriores a la terapia, que los consultantes experimentaban mayor confianza en sí mismos, construían relaciones interpersonales más satisfactorias, y se sentían menos culpables y resentidos en sus relaciones.

Rogers (1981a) también pudo observar como investigador, los efectos positivos generados en las personas, cuando se promueven valores como la congruencia, aceptación incondicional y la empatía. La persona del terapeuta, la importancia de la relación terapéutica, la calidez del terapeuta, tienen para Rogers un sustento en la investigación que puede estudiarse no solo en contextos fenomenológicos sino también empíricos. Finalmente se puede referir que el terapeuta como investigador, tiene varias connotaciones, por ejemplo:

- Apertura al diálogo con distintos modelos y avances científicos que posibiliten el desarrollo de la psicoterapia: sistematizar, evaluar, medir, operacionalizar han sido posibles y son necesarios como parte del desarrollo del enfoque humanista.
- Los aportes, reflexiones del enfoque humanista en el plano amplio de la psicología, pueden ser comunicados de mejor manera, si continuamos en la vía de la apertura dialógica con modelos que no solo tengan una tradición fenomenológica o ideográfica experiencial.
- El ejercicio investigativo, no debe reducirse al plano empírico o cuantitativo, la premisa fenomenológica por excelencia, parte de una profunda curiosidad y apertura a la experiencia. Lo fenomenológico es de entrada una tarea investigativa dinámica e inacabada.

7.3 El psicólogo clínico en Perls: el darse cuenta como camino

La pregunta por las características que deben acompañar al psicólogo en su ejercicio clínico puede fácilmente instaurarnos en un camino facilista, cargado de una clasificación aparente que dirija la actuación, otorgando al clínico un rol y una certeza en el proceso de intervención. En este sentido, para Perls, la técnica puede convertirse fácilmente en un truco, mientras que, en un mejor caso, la atmósfera sobre la cual se puede ubicar el terapeuta y el encuentro en el ámbito clínico, parte del propio darse cuenta, en el que, contrario al psicoanálisis que privilegia una especie de introspección vinculada al lenguaje, al pasado y al reino de lo verbal, no se desdibuje el encuentro con lo orgánico (Perls, 1974; 1975a).

Bajo dicha perspectiva, uno de los grandes aportes de Perls, ha estado en enseñar que la presencia de lo verbal, la pregunta por la causa de la conducta, el reflexionar sobre determinada conducta, las explicaciones que se dan a un fenómeno, pueden constituirse en simples fantasías, que, aunque involucran parte del darse cuenta no lo definen enteramente y por lo tanto pueden empobrecer o simplificar de forma inadecuada la realidad del fenómeno (Perls, 1974; 1975).

Dado lo anterior, el darse cuenta involucra al mismo tiempo lo orgánico, es la conciencia de sí mismo y de lo que le implica y circunda, como es el caso de: el darse cuenta de la zona intermedia: fantasía, pensamiento y el darse cuenta del mundo: el entorno. El psicólogo puede así, hacer un estudio exhaustivo del pasado, de los significantes propios del relato del consultante y perderse de lo obvio, a saber, la relación básica entre organismo y entorno. Para Perls el darse cuenta involucra un despertar súbito al mundo que se revela, en ese contacto directo con el organismo como totalidad (Perls, 1974).

El darse cuenta se desarrolla en un escenario preciso: el aquí y el ahora, por tanto, es preciso que el clínico esté atento al devenir del presente y al contexto donde se configura. Según Perls (1974) enamorarse de las teorías causalísticas y considerar que el pasado es responsable unívoco de la enfermedad, malestar o de la conducta, crea un entorno donde el terapeuta termina estimulando

estados de infantilización en la persona. Dichas teorías ofrecen, a su vez, un escenario de escape y refugio donde psicólogo y consultante pueden albergarse, para no atender la riqueza propia de la experiencia actual, configurada en la relación terapéutica y en la cotidianidad propia.

Saberse en el aquí y el ahora, permite que las personas que se vinculan en la terapia, transiten en un escenario terapéutico reparador; el pasado puede ser reconocido en aquello que se ha asimilado de él, otorgando una identidad, y actualizándose en tanto experiencias inconclusas que emergen y merecen su atención, pero al mismo tiempo, el pasado puede ser como un dique que evita el encuentro con la experiencia temida, o no asimilada en la experiencia actual del sujeto, configurada en la relación organismo-entorno (Perls, 1974).

El cultivo del darse cuenta del terapeuta, implica observar y estar atento al propio organismo, lo que sucede en ese encuentro con la singularidad de quien acude a consulta, destacando que el terreno de lo verbal ofrece cierta comodidad acompañada de comprensiones causalísticas, instaladas incluso por fuera del encuentro terapéutico. El darse cuenta posibilita una apertura a las formas como emerge el relato del consultante, sus disposiciones corporales, las características del entorno que están presentes; la propia presencia del terapeuta con sus disposiciones, pensamientos, percepción orgánica, su aprehensión en el espacio terapéutico, enriquecen la experiencia compartida y las propias distinciones que cada uno configura (Perls, 1974).

7.3.1 Saberse terapeuta: la frustración como apertura al autoapoyo

Parte de la reflexión que traemos de este autor, se establece igualmente como una alerta, una advertencia, que pareciera no solo develar parte del momento histórico que vivía, sino que se extiende como un asunto que se agudiza y se generaliza en el devenir actual, dirigiendo y moldeando el ejercicio de la psicología y la clínica e instaurando unas demandas concretas del clínico.

La primera de las advertencias se refiere al afán por la inmediatez: curas instantáneas, caminos rápidos que alivianen el malestar, quedando atrapados en el escenario de los síntomas, su atención y eliminación. No obstante, parte del camino que propone Perls (1974) es distinto, toma en cuenta la presencia de las necesidades que afloran en la persona, más allá de las demandas sociales y culturales. Perls acude a una verdad de Perogrullo, crecer toma tiempo, dicho tiempo se extiende en un contexto y terreno, el cual no culmina en los dispositivos propios de la terapia, no se trata de hacer de la terapia un ejercicio interminable, pero sí permitirse saber que todo proceso de crecimiento, requiere la paciencia propia de un sembrador.

De otro lado, pareciera que parte de la labor del terapeuta se da en posibilitar una adaptación del malestar percibido por el sujeto a la propia neurosis de su época, si bien no escapamos del todo a esto, el camino propuesto por el autor es un paso importante, para encontrar formas distintas. El primer arreglo es la aceptación de la incertidumbre, la apertura a la experiencia no es más que una disposición frente a la novedad, sin embargo, el futuro se llena con pólizas, mecanismos de control, por lo cual la praxis terapéutica puede estar volcada a esa misma pretensión: hacer de la incertidumbre un escenario de certeza (Perls, 1974).

Parte del juego neurótico es ensayar, planear, tratar de asegurar el no tener un encuentro con el futuro incierto, lo cual impide el despliegue de nuevos recursos, nuevas posibilidades, advertidas a partir de la relación con el entorno. Aferrarse a la tradición para no enfrentar la novedad, conlleva al terreno de las conductas y formas estereotipadas, en las cuales se impide precisamente el propio desarrollo personal (Perls, 1974).

La terapia vista desde el ámbito social no está ajena a la presencia de una serie de roles, el lugar del terapeuta y de quien acude como paciente. El terapeuta puede estar atento a responder preguntas de quien se considera inexperto, puede extender sus manos, sus palabras para ali-

vianar las cargas emocionales del paciente, sobre todo, dentro del imaginario social el terapeuta suele estar atento a responder las demandas establecidas de quien acude a terapia.

Como otros roles sociales, Perls, llama la atención alrededor del paternalismo del terapeuta, como aquel que busca solucionar o satisfacer las demandas establecidas por el paciente; allí siempre terminaremos arrinconados, sintiéndonos inadecuados, las respuestas dadas al paciente siempre serán incompletas. En esta lógica, el terapeuta crea una ficción, donde el consultante hace como propio sus ojos, su voz, su forma de ver el mundo. Para Perls (1974) ello es una imitación barata que lo aleja de sus propios recursos y lo lleva a caminar con las muletas o silla de ruedas brindada por el terapeuta, perdiendo conocimiento valioso de sí mismo: saberse caminante.

Bajo lo expuesto, el terapeuta, debe partir de un principio: reconocer su propia imposibilidad de satisfacer la necesidad o deseo del consultante, no estar interesado en salvarlo de su propia experiencia, malestar o recursos para atender las circunstancias que lo rodean. Perls (1974) propone un camino distinto para comprender la frustración, sin esta no hay necesidad, su ausencia o pretensión de anularla, impide el reconocimiento de la novedad y la nutrición orgánica enmarcada en la apertura al mundo.

De esta manera el camino terapéutico, se allana desde el cultivo de la propia experiencia, en la que se reconoce que la existencia no consiente representantes, en esta vía, se posibilita la confianza para que vea con sus ojos, escuche con sus oídos, sienta con su piel; la vivencia de su organismo como totalidad le puede mostrar y decir mucho más que cualquier retahíla de palabras que partan del terapeuta:

Lo colocamos sobre sus propios pies, le damos más y más poder sobre sí mismo y habilidad de vivenciar hasta que sea realmente capaz

de ser el mismo y encararse con el mundo. No puede lograr esto a través de enseñanzas, condicionamiento, recolección de información o haciendo programas y planes. Tiene que descubrir que toda esta energía que gasta en manipulación puede ser aprovechada, y que puede actualizarse el mismo en vez de tratar de actualizar un concepto, una imagen de lo que quiere ser y por ende suprimiendo mucho de su potencial y agregando otro (Perls, 1974, p. 49).

Si el consultante deja de renunciar a sus ojos y de pedir o permitir que el terapeuta o el mundo miren por él, entonces se encontrará en un escenario terapéutico en el que se promueve el despliegue de los propios sentidos: acercamiento a la experiencia orgánica, centrada en su propio darse cuenta. En consecuencia, el proceso terapéutico pasa de las demandas establecidas al terapeuta, para centrarse en los propios recursos de autoapoyo, el mayor aprendizaje para el consultante está en cimentarse en sí mismo para atender a su relación con el entorno (Perls, 1974).

Siguiendo con la advertencia, puede llegar a visualizarse la situación terapéutica habitada por los roles y formas de manipulación que operan en lo cotidiano. Por lo que emerge en un primer momento, un contacto inicial, asociado a las costumbres con las que nos relacionamos, del hola ¿cómo estás? pasamos a asumir representaciones de actuaciones frecuentes: el inteligente, el tonto, el desvalido, la víctima, el salvador. Algunos de estos personajes Perls los ubica del lado de la manipulación en tanto aparecen como una forma de buscar apoyo exterior, dejando de lado sus propios recursos. ¿Qué estamos haciendo?, ¿cómo lo estamos haciendo? son preguntas que pueden ayudar a terapeuta y consultante en la identificación de las formas asumidas en consulta, ¿estoy intentando salvar, proteger al consultante? (Perls, 1974).

Develado lo anterior, el resquicio para pasar estos sustratos sociales, representados en los diversos personajes llevados a la relación, requerirá una disposición del consultante, pero al mismo tiempo una apertura del

terapeuta, capaz de acompañar el darse cuenta de lo que el consultante en su experiencia cotidiana trata de evitar. Esta nueva forma de contacto Perls la denomina la capa de la muerte, no en el sentido tanático de Freud, su lógica se sostiene en una narrativa existencial, que se encuentra en otros autores terapeutas como May o Yalom. Las formas de manipulación tienen en sí mismas una finalidad: proteger algo que la persona busca conservar, pero que al tiempo le impide su crecimiento y desarrollo. Pasar de la lealtad del personaje al reconocimiento y aceptación de la experiencia o necesidad actual, puede suponer un paso doloroso e incómodo pero nutritivo en la relación que el sujeto sostiene con el ambiente (Perls, 1974).

Del temor del consultante a sobrevivir, no saber vivir de otras maneras, ser perseguido o castigado, se pasa a la apertura, al darse cuenta, posibilitando un contacto más amplio con el ambiente, no hay afán de llenar la experiencia con fantasías de control, o el activismo propio de una cultura en occidente que establece en sí misma un imperativo en el hacer. Perls (1974) hace incluso una apología de la filosofía de la nada, en tanto la persona puede atender su experiencia con relación a lo que surge en su encuentro con el entorno, la nada supone un escenario de sorpresa y novedad, que el sujeto está dispuesto a explorar.

El darse cuenta, nos permite partir de lo que tenemos, en tanto contingencia que puede atravesar las puertas de la incertidumbre o la novedad. Es allí donde se juega parte de la existencia, un encuentro entre la contingencia y la novedad, lo dado y el porvenir, la tradición y el futuro, ser y posibilidad.

Para concluir sobre la visión del terapeuta que nos otorga Perls, es importante resaltar que el terapeuta en las tradiciones terapéuticas heredadas del psicoanálisis y del conductismo hasta el día de hoy, suele privilegiar la mentalización de la experiencia: introspección que se focaliza en la racionalización. La agudeza adicional de Perls estará en captar el silen-

cio dentro del escenario terapéutico, entendiendo que este no es ausencia de palabra, no es mutismo, el silencio es la palabra del cuerpo, del gesto, del rostro, del darse cuenta que se extiende a lo orgánico, como dice (Mèlich, 2012), “el silencio y la palabra no son contrarios porque la palabra es un hilo que vibra en la inmensidad del silencio” (p. 131).

7.4 El psicólogo clínico en Rollo May: sumergirse en el encuentro

El lugar del terapeuta en May (1967), involucra un ejercicio de reconocimiento teórico y técnico de su función como profesional, y a semejanza de Rogers, se pregunta por la persona del terapeuta, del lado de quien debe estar el reflexionar sobre su propia humanidad y también sobre la relación con el otro. Respecto a dicha relación, el autor considera que el concepto de transferencia no le hace un juicio justo a la interacción que se propicia en el marco dialógico yo-tú.

Por un lado, dicho concepto, puede ser un comodín claro con el que opera el terapeuta, para protegerse de la ansiedad que genera el encuentro directo con el consultante, en tal sentido, limita la comprensión de la relación y la distorsiona, llevándola al plano de las representaciones que trae la persona de su propia historia; el terapeuta simplemente encaja en dichas runas como una figura más, que evoca alguno de los fantasmas o personajes traídos por este, pero que en sí mismo no devela y transparenta su lugar, no solo como clínico, sino también como persona.

A su vez, el concepto de relación terapéutica puede describir claramente la función del terapeuta en su rol como profesional, lo cual es valioso e importante, pues es claro que ocupa un lugar, mediado por un contrato que se establece con el paciente, sin embargo, para May (1967), este concepto tampoco logra dar cuenta de la interacción. La transferencia y la relación pueden tener un significado mucho más genuino si se aceptan desde un escenario que enfatice el encuentro, así, la primera invitación para el terapeuta es sumergirse en ese encuentro.

El ejercicio del terapeuta involucra una apertura a la experiencia, por lo que se destaca que el cambio, la transformación, no están dados solo para el consultante. Una característica del encuentro es que allí, el terapeuta también sufre cambios, puede ser transformado o, al menos, es una posibilidad que debe aceptar el clínico. No se puede pedir a quien acude a terapia que esté dispuesto a cambiar, si el mismo terapeuta no está dispuestos al cambio. El encuentro hace del espacio terapéutico un territorio de aprendizaje y de donación mutua, razón por la cual los psicólogos hemos de interrogarnos: ¿qué nos enseñan nuestros consultantes?, ¿qué aprendemos, qué recibimos y qué dejamos de lado?

El encuentro entendido como relación total, incluye varios niveles que están superpuestos y presentes a lo largo del proceso, algunos de los niveles nombrados por May (1967), pueden resumirse de la siguiente manera:

Personas reales: si bien ocupamos un lugar en nuestro rol como psicólogos, terapeuta y paciente están inmersos en un marco cotidiano, el acompañamiento que ejercemos implica extender nuestra propia humanidad, lo que somos como personas, se constituye en un recurso de la relación y no en un obstáculo que debe ser controlado o ignorado en el marco del encuentro.

Amistad: no es posible el encuentro, si no hay un interés real en escuchar y entender a la persona que se dirige a nosotros, esto va más allá de un contrato de honorarios, o imposiciones institucionales a las que podamos estar inscritos.

Estima o afecto: traducido en la preocupación del terapeuta por el bienestar de quien acude a consulta, y mediante la cual, también se recrea la autotranscendencia.

La presencia de lo erótico en la comunicación: hace parte también del lenguaje y la comunicación que emerge a lo largo del encuentro. El terapeuta debe reconocer que la presencia del lenguaje erótico aparecerá eventualmente en la relación, no por esto debe dejarse llevar por estos contenidos y sus fantasías, pero tampoco negarse, o volverse evitativo a esta dimensión. Este trabajo de eliminación consciente y mantenida sería la oportunidad de que no se escuche

de verdad, así que es necesario aceptarlo y tramitarlo dentro de la relación terapéutica con cuidado, seguridad y ética.

Lo anterior debemos leerlo no en el marco de una taxonomía del encuentro, que termine por desdibujar o limitar su riqueza y complejidad, más bien, nos da pistas para entender que los lenguajes y la experiencia del encuentro son más ricos y amplios de lo que nuestras palabras, reflexiones, pueden abordar. El encuentro supone a su vez un camino, en el que está presente la novedad, la incertidumbre, del no saber, ejercer una postura terapéutica, no implica un ejercicio absoluto de control sobre el encuentro.

7.4.1 El encuentro con la tragedia

Uno de los señalamientos importantes alrededor del clínico y de su praxis, tiene que ver con la presencia de la tragedia, podemos estar tentados a usar palabras distintas que maten dicha expresión, podemos usar distracciones, nombrarlo de otras maneras, sin embargo, al abordarlo desde un lenguaje fenomenológico que convoque la reflexión del autor, nos vemos convocados al diálogo que ejerce el terapeuta con su propia tragedia y cómo el devenir de la terapia involucra su comprensión (May, 1988).

Para May (1967), la cultura norteamericana suele eludir una mirada y acercamiento a la tragedia, al respecto autores como Held (2002), harán una revisión histórica de dicha evasión y a su vez, señala cómo se instaló en su visión y dispositivos culturales una perspectiva de la felicidad, que se vuelve tiránica, privilegiando un lugar de la experiencia, anclada a los discursos de lo positivo. Alrededor de esto aparece en May (1967) una clara advertencia, dirigida al terapeuta: el reconocimiento y esfuerzo de entender los matices de la experiencia humana, involucra el encuentro con su propia tragedia, entendida como saber de uno mismo, la confrontación con su historia, sucesos que involucra, limitaciones, frustraciones, pérdidas y reconocimiento de su propia vulnerabilidad. "El drama es la

tragedia de ver la realidad sobre uno mismo, confrontando lo que uno es con sus orígenes, la tragedia de un hombre que conoce y enfrenta su propio destino con un autoconocimiento consciente" (May, 1967, p. 105).

La responsabilización y el potencial de cambio en el plano terapéutico no son posibles si solo se privilegian ciertas zonas de la experiencia, es necesario atravesar nuestras propias racionalizaciones sobre la experiencia, que posibilite una apertura amplia frente al fenómeno, para admitir las emociones que pueden ser ambivalentes frente a las personas que amamos, o incluso reconocer que hemos actuado como verdaderos villanos cuando pensábamos que cumplíamos con el papel del héroe.

En otros ámbitos, el reconocimiento de la tragedia significa acercarnos a la finitud; en el plano existencial, una vida plena y auténtica involucra un diálogo con la muerte, reconocer las frustraciones propias frente a las limitaciones generadas por una enfermedad, la pérdida de un ser querido o la involución biológica, todas estas pueden ser ejemplos que se sostienen en la lógica nombrada por el autor. Lo anterior propicia un marco situacional de responsabilización, que puede dirigirnos al reconocimiento narrativo de lo construido, lo que hemos sido, en lo actual lo que somos, pero al mismo tiempo propicia diálogos con el mañana ¿qué deseo ser, hacer, después de reconocermi en el terreno de las propias vulnerabilidades? (May, 1988; 1967).

Cuando el terapeuta acepta su propia tragedia, entendida como saber de sí con sus distintos matices, ha dado un paso importante para acompañar a un otro sufriente, su humanidad puede extenderse, alentar y acompañar, mostrándose respetuoso de las diversas circunstancias y matices que rodean la experiencia. Lo expresado tiene implicaciones que van más allá de la formación teórica del terapeuta, es importante, la terapia y el proceso personal como camino para saberse terapeuta.

Ante esto, May (1967) señalará cómo su proceso personal en terapia fue importante, para dar el paso hacia la aceptación de la ansiedad, culpa o malestar experimentada en sus propios pacientes, no obstante, lo anterior no puede reducirse solo al escenario de la propia terapia del terapeuta, en una perspectiva fenomenológica el trabajo sobre la persona del terapeuta supone un ejercicio continuo de reflexión y atención de sus propios asuntos.

La praxis de la clínica psicológica en sus distintas vertientes está inmersa en una comprensión de bienestar que trata de sostener y desarrollar. Todo modelo teórico carga una visión del hombre ineludible, para May, es importante que el ejercicio mismo de la psicología explicita dicha visión, tanto como le sea posible. Como característica ontológica, May (1967) referirá que todos los seres humanos están centrados potencialmente, en las diversas situaciones que sobrevienen, el sujeto lucha por conservar algo de sí, que lo salve y le permita conservar una identidad.

Este intento por salvaguardar, lo puede llevar al terreno de la negación de los valores, emociones y sentimientos en conflicto que amenazan su propio centro, por lo cual la apertura terapéutica, cargada a su vez de humanidad, puede posibilitar una extensión y reorganización de la persona, abonando para el consultante una atmósfera terapéutica, que promueva la responsabilización de su historia, presente y porvenir.

sobre la base de la cotidianidad que nos arroja a la apertura experiencial, construcción de sentido propias del proceso terapéutico.

La visión del terapeuta propende por un esfuerzo ontológico de reconocer a la persona como totalidad. Aparece entonces la presencia del organismo como saber primario en el que se incorpora la comprensión de modelos salugénicos; lo cual permite acentuar la importancia de adentrarse, desde una mirada que desarrolle un enfoque sobre la salud, más allá de la dualidad normal-anormal. En tal sentido aparece la autorrealización como vía terapéutica, en la que se trasciende una mirada dicotómica y deviene la posibilidad de integrar y ampliar las posibilidades del ser en el mundo.

Nuestra labor como psicólogos requiere la confianza en los recursos y potencialidades de la persona, brindar calidez y apoyo no implica asumir las decisiones y elecciones que solo puede realizar la persona, confiar es reconocer la presencia de la individualidad tejida en la relación terapéutica. A su vez la aceptación de nuestra propia condición humana, validada desde el saber y conciencia de sí, se constituyen en un elemento importante para la práctica clínica, lo cotidiano nos abraza con sus distintas vicisitudes, en las que emergen nuestras propias vulnerabilidades, comprensiones y limitaciones.

7.5 Conclusiones: apertura, conciencia y confianza

Los distintos modelos terapéuticos en los autores abordados demandan un esfuerzo por reconocer la importancia del psicólogo clínico, sustentada en la relación o encuentro terapéutico. Lo fenomenológico, brinda y amplía la comprensión de la relación tejiendo un diálogo y comprensión desde el contexto cotidiano, trascendiendo la dicotomía sujeto-objeto del cual no se salva ni el clínico, ni el consultante, el cambio y la transformación son bidireccionales. Es

Capítulo 8.

Aproximaciones a la clínica humanista en el escenario contemporáneo

Este capítulo tiene como finalidad brindar al lector un contexto general de la psicología humanista en el ámbito clínico, desde un escenario contemporáneo en tres situaciones puntuales: el plano investigativo, la relación con los modelos basados en evidencia y algunas reflexiones adicionales sobre lo psicopatológico, que pueden llevar luego a identificar en la formulación de casos un acercamiento comprensivo y congruente con lo humano. Cada uno de estos ámbitos se presentan como retos y oportunidades para el enfoque humanista, razón por la cual son asuntos sobre los cuales los psicólogos deben interrogarse, responder y argumentar. Plantearlos aquí tiene como intención movilizar la tensión dinamizadora y continuidad de la doble hélice.

Dada la amplitud y posibilidades expositivas, más que sustentar avances en las temáticas mencionadas, el lector podrá encontrarse con críticas, desafíos, vacíos y aprendizajes históricos que necesitan ser captados e incorporados por las distintas comunidades académicas que se identifican con la visión propia de la psicología humanista, pues una orientación de este tipo no puede contentarse con repetir hasta el cansancio fórmulas románticas y hasta especulativas sobre los fenómenos humanos, sino también, establecer una mirada crítica, sustentada en propuestas concretas y viables, fundamentadas además desde lo ético y científico, que como se presentará, viene siendo el esfuerzo de investigadores, clínicos y teóricos del enfoque, lo cual permite exponer la vigencia y pertinencia de la psicología humanista en el contexto contemporáneo.

8.1 La psicología humanista en el plano investigativo

Si se revisa el desarrollo de la Psicología en general y de la clínica en particular, luego de su diferenciación con la Filosofía, se puede encontrar que su capital fundamental y sobre la cual se ha posibilitado su avance, se basa esencialmente en la investigación (Haig, 2018; Vera-Villarroel *et al.*, 2011). En esta dirección, si los psicólogos humanistas de hoy desean ser protagonistas y más que ello mantener vigencia en el campo disciplinario, sus contribuciones deben partir de dicho terreno (Cain, 2003). Esta sugerencia no es arbitraria, pues al revisar la historia de la psicología humanista, se encuentra en sus pioneros una fuerte tradición investigativa y teórica, además de un serio esfuerzo por construir comunidades académicas y alianzas que posibilitaran la incorporación de los principios y la agenda programática humanista en el concierto general de la psicología (Taylor, 2001).

Pese a ese antecedente fundacional, la autocrítica nos permite reconocer que gran parte de psicoterapeutas humanistas ha mostrado una excesiva despreocupación por la formación teórica e investigación científica, reduciendo el diálogo con instituciones académicas, lo cual ha generado un nivel significativamente alto de desconfianza y desconocimiento de esta orientación (Rosal, 2017). Resulta paradójica la aparente resistencia al positivismo, si bien es comprensible su crítica a los reduccionismos psicológicos: comportamentales, racionalistas; psicopatológicos, de orden biológico, social, etc.; se ha migrado en algunos casos a un extremo de exclusión, con las tendencias de algunos clínicos, centrados en la vivencia y la experiencia, quienes han configurado en sí mismo otro reduccionismo: un emotivismo sensacionalista.

Ya tempranamente lo identificó Albert Ellis (1973) cuando presentó los principios básicos de la terapia racional-emotiva, inscrita como una psicoterapia humanista, refiriéndose a la psicología humanista indica que “muchos de sus seguidores se han metido precipitadamente en la astrología, magia, percepción extrasensorial, adivinación del futuro y otra serie de empresas acientíficas o anticientíficas en su frenética necesidad de extender los límites de la mente humana” (Ellis 1973, como se citó en Gondra, 1986, p. 53). Las revisiones del desarrollo histórico de las psicoterapias humanistas, no siempre derivadas de sis-

temas académicos, llevan a Gondra (1986) a identificar que el fraccionamiento y la falta de un programa y liderazgo organizador, ha favorecido el declive y la fuerza del movimiento.

Del mismo modo, Rosal (2017) ha indicado que modelar o equiparar exclusivamente la formación del clínico a la vivencia, limitado al aprendizaje de una serie de técnicas terapéuticas, sin otorgar un contexto amplio que permita reconocer los tipos de problemas y pacientes para los que puede ser apropiados, el momento de la terapia en el que resultan precisos, o los requisitos para una adecuada aplicación, se constituye en un déficit y desacierto histórico que ha acompañado a algunos círculos de psicólogos humanistas.

Evitar los reduccionismos ha de remitir a la apertura paradigmática y epistemológica de cara a la mejora de la comprensión y acompañamiento del ser humano, y es justamente en este espacio abierto y flexible donde la investigación, la teoría y ciertas formas metodológicas de experimentación, éticas y humanizadas, deben ser conocidas y reincorporadas, tal como se reconocerá en este capítulo, a partir de la relación y reconocimiento de modelos convencionales e innovaciones metodológicas en la psicología humanista.

No sugerimos que el enfoque humanista deba volcarse al experimentalismo y hacer de los métodos positivos su fundamento principal, pues el ejercicio investigativo desde el paradigma humanista no ha estado sustentando simplemente en la acumulación de datos o hechos, sino que, trascendiendo el temor a la evidencia, ha querido converger con los teóricos que han reconocido que esa relación entre hechos y datos es, al tiempo, una coconstrucción.

Este giro o reconocimiento de la importancia de la investigación, no es un asunto imposible ni necesariamente novedoso pues ya Pelaez *et al.*, (2013) indicaron que en la contemporaneidad, se identifican tendencias investigativas cualitativas y cuantitativas, que generan terrenos más sofisticados para comprender y aprehender, desde lo metodológico, diversas preguntas críticas de la investigación actual y que han sido foco de interés del enfoque humanista.

Igualmente, se viene presentando una transformación en relación con lo investigativo, en la que no solo emergen procesos de investigación en el ámbito teórico y epistemológico. Se ha podido encontrar un nivel de apertura importante en las investigaciones empíricas, lo cual es importante ante el aumento de demandas por un entorno global que busca respuestas y evidencias que posibiliten el bienestar de las personas. Gran parte de las publicaciones del enfoque, sin embargo, se presentan en inglés, especialmente desde autores y propuestas desarrolladas en Estados Unidos, lo cual plantea desafíos para autores que publican en español, desde aquellos proyectos desarrollados especialmente en América Latina, donde se destacan investigaciones en diversos campos de la psicología organizacional, educativa, social, y en el campo con mayor predominio investigativo que suele ser el clínico (Peláez *et al.*, 2013).

Aunque los desarrollos investigativos han tenido un predominio en lo historiográfico, alrededor de perspectivas fenomenológicas y etnográficas con alcances exploratorios y descriptivos, también se empieza a dar una transformación metodológica con una mayor apertura a perspectivas cuantitativas (DeRobertis, 2016; Kontrimienė, 2019; Robbins, 2008; Tobón, 2020). La integración y ampliación metodológica permite responder con mayor acierto a la investigación aplicada, facilitando el terreno para un enfoque socialmente comprometido con capacidad de responder a los retos y problemáticas contemporáneas que demandan el accionar de la psicología humanista (Peláez *et al.*, 2013).

Ante esta situación y demanda de la apertura a la investigación, el esfuerzo de los psicólogos humanistas debe estar orientado a la inserción y apropiación dialéctica de diversas perspectivas de la psicología y otras disciplinas científicas, con las que converja a su vez, en un diálogo nutritivo con otros campos y ámbitos de la psicología, como la psicología social constructivista, psicología arquetípica, psicología positiva, psicología cultural, psicología de sistemas dinámicos y psicología posmoderna (DeRobertis, 2013). Se destaca en este camino la construcción de un subgrupo dentro de la división de evaluación y medición estadística de la Asociación Americana de Psicología, tendiente a la construcción de la legitimidad y pertinencia de la investigación cualitativa, en la que,

gran parte de esta gestión, ha provenido de psicólogos humanistas (Friedman, 2008; Mruk, 2008).

Ha de considerarse que, aunque cierta diáspora de psicólogos en la práctica clínica resiente la sistematización investigativa, un número cada vez mayor de investigadores de enfoque humanista se esfuerza por desarrollar una coherencia entre la epistemología, los métodos de investigación, sus técnicas y las formas de presentar los resultados, permitiendo una mayor apertura y diálogo, otorgándole vigencia y relevancia. A nivel investigativo la fenomenología debe ser la base de operaciones en la que converjan gran parte de la pluralidad y diversidad de corrientes del humanismo. La praxis fenomenológica implica descripción y reflexión, además de una sistematización capaz de producir resultados transindividuales (DeRobertis, 2016).

En la definición sobre psicoterapia humanista que realizaron Rubin y Humphreys (2016) para una enciclopedia en salud mental, indican que durante los primeros años del 2000, ha resurgido la investigación, la práctica y la teoría humanista, resaltando que desde el 2008 la sociedad de psicología humanista ha organizado conferencias anuales para presentar las últimas investigación humanísticas, teorías y enfoques clínicos, lo que ha aumentado la participación de estudiantes e investigadores en la división 32 de la APA y su respectivo Journal.

Schneider y Leitner (2017) reportan, en relación con los estudios empíricos en terapia humanista, que estos no se han preocupado por medir la eficacia desde la eliminación del síntoma, sino desde un cambio cualitativo en valores, actitudes y enfoques de vida, situación que exige responder “¿cómo se puede evaluar la profundidad y la amplitud de la intimidad del cambio humanista?” (Schneider y Leitner, 2017, p. 6) y frente a la que muchos investigadores han recurrido a modalidades investigativas básicas desde lo cuantitativo, si bien restrictivas para dar cuenta de los procesos, si suficientemente adaptables e informativas.

Se invita al lector a consultar centros documentales tan importantes como el Journal of Humanistic Psychology, la APA Division 32 (Society for Humanistic

Psychology) con su Society for Humanistic Psychology Newsletter, allí se puede corroborar la basta producción, fácilmente obviada en escenarios hispanohablantes. En consecuencia, presentamos el reto de sistematizar las producciones investigativas para América Latina. Un ejemplo importante de este trabajo se encuentra en Peláez *et al.* (2013).

8.2 Diálogos con modelos basados en evidencia

La psicología clínica ha venido en un proceso de transformación suscitado por la necesidad de adoptar prácticas basadas en evidencia, esto ha generado grandes reformas y transformaciones orientadas a la teoría y práctica clínica. Con el fin de brindar un mayor contexto, podemos señalar que la psicología basada en evidencia (PBE) se entiende como:

Modelo teórico que asume el método científico de otras disciplinas que han sido capaces de demostrar empíricamente sus presupuestos a través del control experimental. Su referencia inicial ha sido la medicina y la metodología utilizada en los estudios clínicos con fármacos, y su mayor limitación las enormes fuentes de variabilidad que tiene la psicología al trabajar directamente con el comportamiento de las personas (Mariana y Martínez, 2011, p. 80).

Su objetivo principal en el ámbito de la psicología es posibilitar el uso de la mejor evidencia científica disponible, a partir de la incorporación de datos obtenidos de la investigación básica y aplicada. El modelo médico se toma como antecedente en la adopción de prácticas sustentadas en evidencia. De forma paulatina a partir de la década de los 80, aumentaron el interés y la preocupación de psicólogos clínicos por adoptar las mejores prácticas de la psicología en la intervención de diversos trastornos. Los sistemas sanitarios en el mundo han incorporado dicho modelo derivándose una consecuencia clara para el devenir de la psicoterapia: las prácticas psicoterapéuticas que carezcan de evidencia tienden a desaparecer o ser excluidas del entramado amplio de la psicología contemporánea (Mariana y Martínez, 2011).

La psicología basada en evidencia no es un discurso nuevo en la psicología humanista, de hecho, como se comentó en un capítulo anterior, Rogers (1981a) fue uno de los psicoterapeutas pioneros en adoptar prácticas que dejaran saber la eficacia misma de la terapia, práctica esta que, según Schneider y Leitner (2017) ya desde los años 50, realizaban Carl Rogers y sus sucesores, emprendiendo una serie de investigaciones cuantitativas de terapias centradas en el cliente.

Pese a los esfuerzos de Rogers, e incluso a los trabajos desarrollados en este ámbito, no fue en el terreno de la clínica humanista donde mayor atención se le prestó. Fueron los modelos cognitivos comportamentales los que han liderado gran parte de la investigación en torno a la adopción de dicho discurso (Mariana y Martínez, 2011).

La relevancia de la PBE está en la depuración sistemática que ha generado, otorgándole una visión al clínico y al sistema de salud, de las mejores prácticas disponibles para el ejercicio profesional. De igual modo la PBE, permite alertar sobre prácticas en el ámbito clínico que no alcanzan un estatus adecuado y por lo tanto deben ser desechadas. En relación con ello, mostrarse reactivo o simplemente crítico frente a este paradigma, pareciera ser un camino en el que se esté condenado a la exclusión; aquellas formas de psicoterapia que no establezcan un diálogo con prácticas sustentadas en la evidencia, incluidas las de orientación humanista, sufrirán sistemáticamente la segregación y eventualmente su desaparición o dicho en otras palabras se quedarán como clínicas de la periferia.

De lo anterior, a riesgo de presumir un panorama negativo, puede derivarse que, si la agenda de las psicoterapias con enfoque humanista no presenta procesos sistemáticos y rigurosos, conexos a la evidencia, y que desarrollen investigaciones de efectividad en forma de datos transferibles, tenderán a ser presentadas como obsoletas, firmando una sentencia para su desaparición definitiva de los escenarios contemporáneos de la psicología clínica.

Por fortuna, en las últimas décadas se ha presentado un interés importante en psicólogos clínicos humanistas por sistematizar y hacer investigación en este

terreno, como se evidencia en los completos estudios de Elliott (2002) y de Elliott *et al.* (2020) sobre la efectividad de las terapias humanistas, ya que ubicarse en una perspectiva exclusivamente reactiva o crítica a tales tendencias, justifica que las psicoterapias y psicoterapeutas que no se instalan en modelos cognitivo-conductuales, hegemónicos en la clínica psicológica, sean calificados por su ostracismo y anacronía (Stephenson y Hale, 2017).

Una de las dificultades para asociar o establecer formas tácitas de evidencia en la clínica de enfoque humanista, está, como ya se comentó, en su fragmentación y diversidad metodológica en terapia. Así que resulta necesario, antes de presentar algunas reflexiones y trabajos investigativos que diversos clínicos de orientación humanistas han venido realizando, señalar uno de los retos importantes previos a la investigación, a saber: ¿qué tienen en común estos modelos? Al respecto, autores como Angus *et al.* (2015); Tobías y García-Valdecasas (2009); Quitmann (2006) y Bugental (1964); refieren que en general las psicoterapias humanístico-existenciales, comparten por lo menos estos elementos:

- Reconocimiento de la capacidad de agenciamiento personal: autonomía y responsabilidad social.
- La existencia y la experiencia humana está enmarcada dentro de un contexto por lo tanto es relacional.
- Autorrealización: sin negar el malestar, sufrimiento, adoptan una visión salugénica del ser humano.
- Orientación hacia metas, búsqueda de sentido, la conducta es intencional.
- Validación de la vivencia y el acto singular de cada existencia.
- Concepción global del ser humano: una narrativa de la persona.
- Hincapié en las dimensiones personales, interpersonales y contextuales de la terapia.
- Promueven las reflexiones de los consultantes sobre su relación consigo mismo, con los demás y con el mundo psicosocial en general.
- La capacidad de conciencia y la elección se enmarcan dentro de las potencialidades de lo humano.

- Lugar central de la relación terapéutica.
- A nivel metodológico la fenomenología aparece como un elemento común en todas las tendencias terapéuticas e investigativas.

8.2.1 Referencias desde lo cuantitativo

Con este conjunto de elementos comunes, se presentan a continuación algunos trabajos investigativos de psicoterapias: centrada en la persona, centrada en la emoción de corte experiencial, de corte existencial, psicoterapia Gestalt y transpersonal, que otorgan datos de investigación para mantener diálogos y avances importantes en la construcción de evidencia junto con y adicional a otras propuestas psicoterapéuticas. Es importante reconocer que dichos avances requieren ser compartidos más allá de las comunidades académicas de orientación humanista. Entendiendo que la carta de presentación de cualquier enfoque terapéutico se desarrolla en lo contemporáneo a partir de lenguajes sustentados en evidencia.

Ha sido común que los psicólogos humanistas realicen una apología a la relación terapéutica sustentada en una profunda reflexión de la ética clínica y de su experiencia, sin embargo, el acercamiento y diálogo con métodos empíricos ha posibilitado corroborar y afirmar la importancia de esta para facilitar procesos de cambio, de esta manera los autores encuentran en la relación terapéutica un elemento clave para el desarrollo de la terapia, este punto de vista ha sido apoyado por distintas tendencias teóricas: psicoanálisis, enfoques comportamentales. Lo anterior según señalan los autores, ha posibilitado que otros modelos adopten una postura mucho más congruente con la perspectiva humanista (Angus *et al.*, 2015).

Este punto de vista se extiende cada vez con más fuerza, pese a que se ha intentado mostrar que la relación terapéutica juega un papel menor en el proceso, la evidencia suele ser contundente desde distintas orillas para afirmar su importancia. Uno de los investigadores más relevantes en el área, Bruce Wampold, ha encontrado algunos elementos claves en el tratamiento denominados factores comunes en psicoterapia.

Es claro para cualquier lector que haya tenido un acercamiento mínimo a Rogers, que los datos que se presentarán confirman la relevancia del enfoque centrado en la persona para la psicoterapia en general. En términos de efectividad y relevancia, se presentan los factores comunes más importante de cualquier modelo psicoterapéutico exitoso, los cuales sustentan la importancia de la relación terapéutica en una narrativa rogeriana (Wampold, 2015):

- Establecimiento de un consenso: sistema de metas compartidas entre consultante y terapeuta.
- Empatía.
- Alianza terapéutica.
- Consideración positiva hacia el consultante.
- Congruencia-transparencia del terapeuta.
- Características interpersonales y comunicacionales del terapeuta.
- Tratamientos basados en las diferencias culturales.
- Expectativas de los consultantes.

Wampold (2015) señala a su vez, dentro del metaanálisis realizado, la presencia de una menor incidencia como predictor de eficacia de las características específicas del tratamiento, e incluso se encuentra como iatrogénico que la adherencia exclusiva a un protocolo o guía clínica en sí misma no favorece los avances del tratamiento. En esta perspectiva, los factores contextuales en psicoterapia son importantes para producir beneficios en la psicoterapia, pero al mismo tiempo sienta las bases para propiciar un diálogo más amplio entre terapeutas de distintas orientaciones terapéuticas.

De otro lado, en el metaanálisis desarrollado por Angus *et al.* (2015) señalan que las psicoterapias humanistas (PH), cumplen con parámetros adecuados para tratar la depresión o alteraciones del estado de ánimo, a su vez son efectivas en diversos problemas de orden interpersonal mostrando también un alto nivel de eficacia. La psicoterapia centrada

en la emoción es uno de los modelos más reconocidos en el trabajo con parejas, en general, la evidencia encontrada respalda que las PH son pertinentes para tratar problemas diversos de orden interpersonal.

Stephenson y Hale (2017) realizaron en el Reino Unido el primer estudio de corte cuantitativo para evaluar la eficacia de la terapia fenomenológica existencial, con pacientes que consultaban en el centro nacional de salud por problemas psicológicos como la depresión. Dicho estudio tuvo un diseño no aleatorizado, el cual midió los pacientes de rutina y a los pacientes de la investigación, antes y después de la terapia.

Los resultados mostraron un criterio clínicamente confiable alrededor de la terapia fenomenológica existencial, presentándolo como un tratamiento eficaz para tratar alteraciones del estado de ánimo como la depresión. Los investigadores también comprobaron que este modelo no mostraba diferencias clínicamente significativas con otros modelos como las terapias cognitivas. Se advierte al lector que lo anterior tiene un efecto político y administrativo, se demuestra a las comunidades científicas y de salud que es posible la inclusión de otros modelos terapéuticos distintos a los comportamentales (Stephenson y Hale, 2017).

Otro estudio efectuado por Van Rijn y Wild (2013), se interesó por la eficacia para tratar problemas como la depresión y la ansiedad desde los siguientes modelos terapéuticos: análisis, transaccional, psicoterapia gestáltica, asesoramiento centrado en la persona, asesoramiento integrativo. Lo interesante de este estudio, es que se realizó una supervisión directa a los clínicos, dirigida a validar que las intervenciones usadas estuviesen en la misma dirección del modelo terapéutico practicado. A nivel metodológico se destaca de dicho estudio un proceso de evaluación naturalista y no aleatorizado, los resultados combinaron cuestionarios previos, intermedios y posteriores a la terapia. Los resultados dan cuenta de una reducción significativa de síntomas para depresión y ansiedad. El 77 % de los participantes, mostró una alta tasa de mejora

clínicamente significativa, a su vez los investigadores lograron establecer como predictor significativo de cambio la presencia y construcción de la alianza terapéutica (Van Rijn y Wild, 2013).

Aunque se requieren más investigaciones, el metaanálisis de Angus *et al.* (2015) mostró que las terapias humanísticas pueden ser beneficiosas para pacientes que experimentan procesos psicóticos. Los estudios examinados mostraron grandes efectos medidos antes y después del tratamiento; sin embargo, se requiere ampliar el número de estudios.

Por otro lado, técnicas habituales dentro de la terapia Gestalt como la silla vacía, se ha mostrado eficaz para resolver el trato negativo sobre uno mismo como la autocrítica y la depresión, traumas complejos y problemas de relación no resueltos, las revisiones efectuadas antes y después de la intervención permitió identificar cambios positivos explicados más allá de cualquier otro factor (Raffagnino, 2019).

Como se ha señalado, las psicoterapias basadas en evidencia suelen emplearse principalmente en sistemas nosológicos de enfermedad mental, sustentadas a su vez en el modelo biomédico, más que en la estructuración contextual de los problemas de salud mental. Sus estudios suelen privilegiarse sobre consultantes de clase media, con cierto nivel educativo, los contextos de sus estudios son altamente controlados, lo cual dista de la práctica clínica cotidiana.

Pese a que la mayoría de las guías de decisión clínica invitan a adoptar características contextuales, como la cultura, nivel educativo, orientación sexual, las prácticas basadas en evidencia suelen construirse desde la homogenización de las poblaciones, sin captar la diversidad de estas. En este plano se proponen innovaciones metodológicas que incluyan otras perspectivas investigativas (Kousteni, 2018). Sin embargo, si se revisa el manifiesto clínico a la psicología humanista elaborado por Elkins (2009) se logra identificar en los análisis y metaanálisis compila-

dos, que los factores contextuales son los principales determinantes de la eficacia terapéutica.

Se entendería entonces que la PBE no es compatible como un enfoque humanista, sin embargo, como lo indican Cook *et al.* (2017) al referirse a los avances y descubrimientos de la psicoterapia basada en la evidencia, estas tienden a "centrarse en mejorar los síntomas o trastornos, mientras que muchas personas buscan psicoterapia para afrontar con mayor eficacia los desafíos de la vida y tener un mayor sentido de significado en sus vidas" (Cook *et al.*, 2017, p. 539), y aunque la mayoría de PBE son cognitivo-conductuales, los profesionales de la psicoterapia, como pueden ser los humanistas y existenciales, pueden hacer uso de las pautas basadas en la evidencia adaptarlas a las circunstancias específicas del enfoque.

El enfoque humanista entonces, no solo se puede permitir la contextualización de la evidencia, sino la producción de esta, sin reducirse al estricto sentido positivista que excluye otras narrativas, sino mediante la incorporación de perspectivas cuantitativas marcadas por un pensamiento pluralista y metateórico; pues como lo indica DeRobertis (2016) el positivismo ofrece una mirada que posibilita mucha inteligencia, pero muy poca sabiduría.

Debido a esto, los clínicos humanistas requieren lo mejor de las perspectivas cualitativas y cuantitativas para dar cuenta de problemáticas que reclaman una visión holística: salud, ecología, espiritualidad y globalización (DeRobertis, 2016), además, como lo propone Kousteni (2018), se debe incorporar también en la investigación clínica la dimensión de competencia cultural; sensible a la diversidad, lo cultural completa la gama de patrones de comportamientos humanos aprendidos.

Correspondiente con la anterior premisa, Muñoz y Quintero (2001), precisan que "el concepto de investigación y su aplicación inmediata, in-

vestigación en la acción, teoría y práctica, aparecen unidas, ambas se justifican mutuamente y aisladas no tienen sentido” (p. 23). Así que la evidencia también puede venir desde investigaciones cualitativas, que suelen proporcionar información valiosa sobre los receptores de la terapia, explicita la evidencia del procedimiento de los resultados del proceso terapéutico, permitiendo que los fenómenos clínicos puedan ser comprendidos en la complejidad de la riqueza cultural.

En sintonía con lo anterior, teóricos del enfoque centrado en la persona, señalan que los manuales nosológicos no logran operativizar de manera amplia el lenguaje de la persona, en tal sentido el consultante puede percibir con angustia o malestar aspectos cotidianos que no son captados de manera adecuada por las guías clínicas, sin embargo, desde lo fenomenológico puede abordarse y operativizar captando a su vez la sensibilidad de lo cotidiano, el *Counselling* o asesoramiento aparece como una alternativa que va más allá de abordar problemas clásicos visibilizados en los textos de psicopatología (Ladd y Churchill, 2012).

8.2.2 Referencias desde lo cualitativo

A este nivel, si el clínico de enfoque humanista percibe dificultades con la PBE desde su vertiente cuantitativa, ha de considerar que a principio de la década de los 90, se incorporaron también estudios de corte cualitativo, con diseños rigurosos y sistemáticos, como es el caso de la teoría fundamentada, que posibilita una base operacional para el enfoque fenomenológico en el estudio de la evaluación y validación de la práctica clínica, partiendo del relato y experiencia de los consultantes.

Con relación a investigaciones cualitativas como base para el estudio de prácticas basadas en evidencia Angus *et al.* (2015) pudieron identificar estudios que ponen de relieve, en las mejores prácticas de la psicoterapia basadas en evidencia, la importancia de construir con el consultante

un sentido de seguridad de la terapia, destacando la percepción de entender el papel activo del consultante y acercándose a una comprensión consensuada de la práctica clínica, las habilidades interpersonales del terapeuta ayudan al consultante a tramitar el dolor emocional, experimentando el flujo del alivio y una nueva conciencia de autorreflexión.

A su vez la validación positiva hacia el consultante, el procesamiento emocional y narrativo de este, el apoyo y la capacidad de construir una alianza terapéutica fuerte, contribuyen a resultados positivos en el marco de la terapia, siendo clave para problemas como la depresión (Angus *et al.*, 2015).

Atiéndase también que destacar la experiencia de los consultantes sobre el proceso terapéutico, puede otorgar pistas valiosas para el clínico, otorgando un sentido amplio sobre el proceso terapéutico e incluyendo otras variables que van más allá de la ausencia o presencia de síntomas en el orden de los manuales nosológicos. Al respecto autores como Timulak y Creaner (2010) encontraron en diversos estudios investigativos de corte cualitativo, algunos alcances y beneficios terapéuticos para los consultantes, reflejados en las psicoterapias de orientación humanista:

- Experiencias emocionales más saludables.
- Aprecio de la propia vulnerabilidad.
- Experiencia de autocompasión.
- Resiliencia, empoderamiento y dominio de los síntomas.
- Disfrute de la vida y de los cambios que se presentan: tolerancia a la incertidumbre.
- Mayor percepción de apoyo y apertura a los encuentros interpersonales.
- Mayor conciencia de sí y un cambio de la visión de los demás.

La incorporación de modelos cualitativos en la investigación de prácticas basadas en evidencia, posibilita visibilizar problemáticas contextuales y psicosociales que van más allá del entramado del trastorno,

abre un camino valiosísimo para la psicología en general, permitiendo la construcción de puentes orientados a un ejercicio clínico social, cuya finalidad trasciende la atención clásica de problemas descritos por los modelos morbicéntricos; puesto que, al captar el relato de los consultantes, emergen diversas problemáticas y necesidades que no siempre son identificadas en los estudios clásicos de corte cuantitativo.

Finalmente se puede señalar, que en general, los tratamientos de orientación humanista cumplen criterios para tratamiento sobre la depresión, dificultades interpersonales, afrontamiento con psicosis, conductas autodestructivas y condiciones médicas crónicas, por lo tanto, deben incluirse dentro de las guías de práctica clínica. Los hallazgos de la investigación brindan un sólido respaldo empírico para incluir principios de la praxis clínica humanista, brindan un apoyo significativo para la expansión de las clínicas y programas de capacitación con esta orientación (Angus *et al.*, 2015).

8.2.3 Retos derivados de la investigación y las prácticas basadas en evidencia

La visibilización de las psicoterapias está atravesada por dinámicas políticas y, de alguna manera, hegemónicas, pues aquellas que respondan a los intereses de los operadores públicos y privados del sistema de salud, reciben a su vez, un apoyo y oficialización particular (Rodríguez, 2004), así que la bondad de los modelos terapéuticos humanistas no solo está valorada por mostrar evidencia o estudios que le respalden, sino también por su gestión política.

Las carencias que se perciben alrededor del enfoque involucran una dimensión administrativa, política y de comunicación, vale decir que la ciencia se construye en estos terrenos. A partir de esto, se presentan

algunas recomendaciones, que son compartidas en mayor o menor medida por diversos psicólogos e investigadores de orientación humanista, las cuales a su vez son adaptadas a nuestro propio contexto (Angus *et al.*, 2015; Cain, 2003; DeRobertis, 2016; Rosal, 2017).

Se precisa fortalecer las alianzas, redes de contacto y construcción de comunidades académicas al interior del enfoque, superando cualquier división interna, sin esto, se continuará frenando la construcción de un frente unido que posibilite visibilizar mucho más los avances de la psicología humanista. Si bien el enfoque opera para un auditorio menor, este no debe ser invisibilizado, además de las asociaciones de psicología humanista en Estados Unidos, hay esfuerzos valiosos alrededor del mundo como, Canadá, Alemania y Reino Unido; a nivel latinoamericano Chile viene mostrando un desarrollo interesante de comunidades académicas con orientación humanista.

A nivel local, como el caso colombiano, requerimos posibilitar escenarios de diálogo y trabajo asociado. Lo anterior implica retomar foros, seminarios, eventos académicos que involucren una mayor comunicación entre distintas escuelas psicoterapéuticas de orientación humanista, como aquellos congresos celebrados en la década de los 70 y 80 del siglo XX, pero con una exigencia de investigaciones de por medio.

Es importante establecer diálogos con diversos sectores: académicos, gubernamentales, sanitarios, políticos, proponiendo desarrollos investigativos, generando canales comunicativos que permitan posicionar y dar a conocer los alcances y beneficios de las psicoterapias humanistas. Se necesita extender puentes con otros paradigmas de la psicología y disciplinas científicas. Los psicólogos humanistas, no pueden quedarse

en el terreno de la crítica o de posturas reactivas ¿qué se tiene para aportar al escenario clínico contemporáneo? Pero al mismo tiempo ¿qué se tiene por aprender de otros modelos? Pareciera entonces que uno de los retos importantes se constituye desde una pedagogía del diálogo y la comunicación.

Avanzar en la construcción y apertura hacia modelos basados en evidencia a partir de la adopción de estudios investigativos globales y contextuales aplicados a nivel latinoamericano y local con diversidad metodológica; además de modelos cualitativos, también se ha observado una mayor apertura de psicólogos humanistas en el uso de herramientas cuantitativas. Se requieren estudios controlados a mayor escala, con el fin de propiciar evidencia que pueda integrarse en las pautas de tratamiento.

La satisfacción percibida por el clínico humanista al interior de su consulta no es suficiente, aunque su vivencia marque una pauta del ejercicio terapéutico, debemos trascender del terreno individual y privado; la ciencia se construye desde la sistematización de datos, esto no escapa al ejercicio narrativo explicitado en modelos convencionales aceptados por las comunidades científicas y académicas, se necesitan presentar nuestro trabajo en lenguajes científicos, entendiendo a su vez que la ciencia no se reduce al método positivista. Más que nunca los psicólogos humanistas, deben entender que la práctica clínica, no se queda en el ámbito de lo privado, debemos contar lo que estamos haciendo, con los lenguajes propios de la ciencia, acudiendo a una clínica que se hace pública.

Se requieren articular mayores esfuerzos en el ámbito de la psicología clínica dirigida a la atención de problemáticas específicas en áreas de gran importancia como el abuso de sustancias, la violencia y, problemas de ansiedad y estrés, trastornos alimentarios y una variedad de problemas de salud como el tabaquismo, el insomnio, la obesidad. Promoviendo a su vez estudios de problemas contextuales y locales que para nuestro caso da lugar a tópicos como el conflicto armado, efectos y desarrollos

terapéuticos para víctimas del conflicto, inclusión y promoción de procesos de paz, etc. La psicología humanista, debe apuntar a la especificidad de estos problemas, como se ha dicho, la ciencia se constituye sobre la base de la sistematización.

8.3 Reflexiones sobre psicopatología en el marco del enfoque humanista

Parte de la inquietud que dio lugar al surgimiento de la psicología humanista, estuvo enmarcado en el reclamo a la psicología de la época por una visión antropológica mucho más amplia, que permitiera comprender, no solo las esferas de lo problemático, sino también las potenciales, capacidad de conciencia y elección como parte de dimensiones de lo humano (Bugental, 1964).

La psicología humanista inaugura en la narrativa psicológica la incorporación de modelos salugénicos (Lupano y Castro, 2010). No es de extrañar que, en el escenario contemporáneo, la psicología humanista lidere en el ámbito científico y político reflexiones profundas dirigidas a la reconceptualización del sufrimiento humano, demandando su comprensión en los marcos de sentido de la persona, y su expresión desde contextos específicos y multiculturales.

Las primeras versiones del DSM: I y II, se basaron en un modelo mixto que albergaba la teoría psicodinámica y biológica. Sin embargo, dicho modelo, no permitía ajustarse a los marcos de confiabilidad científica, sus categorías, no se sustentaban en el marco amplio de la evidencia científica, y tenían serias limitaciones para entender los sustratos biológicos subyacentes. Es así como en la década de los 70, se empezó a estructurar un cambio de modelo, conocido como modelo neokraepeliniano, el objetivo era operacionalizar la psicopatología a través de tendencias descriptivas, los signos y síntomas se basan en rasgos observables o inferidos y no en explicaciones o modelos etiológicos. Estos cambios, permitieron una mejora ostensible, respecto a la confiabilidad y al diagnóstico entre evaluadores. Dichos cambios se consolidaron como el estándar básico para la evolución del manual (Kamens *et al.*, 2019).

Del entusiasmo generado por el cambio incorporado, se empezaron a evidenciar una serie de anomalías empíricas, incluidas altas tasas de comorbilidad y límites difusos entre diagnósticos, conduciendo a una creciente incertidumbre entre la fiabilidad y validez del modelo neokraepeliniano, con esto, pareciera que el DSM habría brindado una nomenclatura estándar, pero probablemente errónea. Lo anterior ha generado dudas sobre las propiedades psicométricas y su relevancia biogenética que han derivado en una serie de debates orientados a las mejores formas de conceptualización de la angustia mental (Johnstone, 2018).

Así las cosas, la mayor tendencia contemporánea de la psiquiatría, se ha interesado primordialmente por los biomarcadores y una taxonomía psiquiátrica con una base de predominancia biológica, lo que hace pensar a algunos investigadores y psicopatólogos que el cambio paradigmático se producirá desde dicho lugar, marcando una nueva era para la salud mental. Desde otros lugares se argumenta que el descubrimiento empírico de biomarcadores constituirá una actualización y no una transformación del paradigma del diagnóstico. Lo cierto de esto, es la fuerza predominante de la psiquiatría biológica, las neurociencias y la genética emergen como el lenguaje desde el cual la psiquiatría busca una nueva expresión (Kamens *et al.*, 2019).

Previo a la publicación de la edición del DSM 5, publicada en el 2013, se empezaban a elevar voces de distintas latitudes dirigidas a una serie de preocupaciones sobre la nueva versión. Prueba de esto, es en el pronunciamiento de la sociedad británica de psicología, desde su división de psicología clínica que publicó una fuerte crítica al respecto (British Psychological Society, 2013), planteando preocupaciones sobre la medicalización de los comportamientos normativos y la presencia de categorías diagnósticas donde se interroga su validez científica.

En este mismo contexto, desde la división 32 de la APA, la sociedad de psicología humanista, lideró la construcción de una carta abierta dirigida al comité del DSM 5, publicada en el 2012, esta se sustentó, entre otras, en la crítica a la reducción de umbrales diagnósticos, a manera de ejemplo: el déficit de atención reduce sus criterios para diagnosticarlo, propiciando un aumento del número de

personas que califican para este, lo cual deja abierto un terreno para la medicalización excesiva (Robbins *et al.*, 2017).

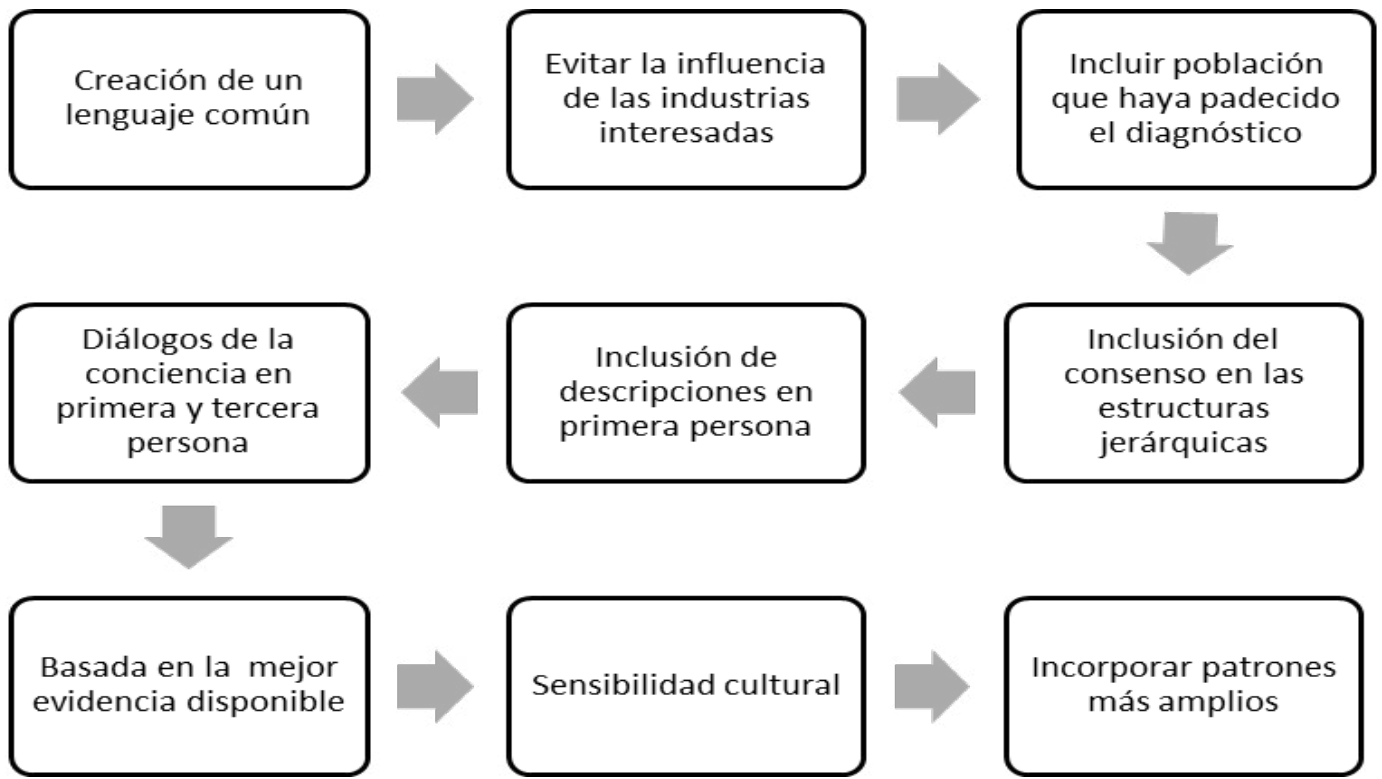
Desde distintos lugares, se suele señalar en esta misma línea, una serie de inquietudes por la presencia de nuevos trastornos que presentan escasez de apoyo empírico como el trastorno neurocognitivo leve, el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno por atracón. Además, pareciera que en las lógicas del manual se puede fácilmente catalogar el duelo por la pérdida de un ser querido como un posible trastorno depresivo, suele ser llamativo que se pasara de la primera versión del DSM de 106 trastornos mentales a 216 en la quinta. Lo anterior posibilita un mayor terreno hiperdiagnóstico, pérdida de la sensibilidad cultural y una visión reducida de las formas de ser normal (Echeburúa *et al.*, 2014).

Lo anterior ha implicado un trabajo conjunto entre la división 32 de la APA y la división de psicología clínica de la Sociedad Británica de Psicología. En agosto de 2014 se llevó a cabo la primera cumbre mundial sobre alternativas diagnósticas, cuyo objetivo fue generar una conversación transdisciplinaria desde el ámbito internacional, sustentada en la construcción de nuevos medios para conceptualizar la angustia mental. Esta cumbre no solo se configura dentro del espacio de un evento académico, emerge como un proyecto que puede describirse como la culminación del trabajo inicial suscitado en la carta abierta al DSM 5, pero al mismo tiempo inaugura un nuevo espacio de disertación, reflexión e investigación que reúne diversos expertos, investigadores y clínicos (Robbins *et al.*, 2017).

Bajo la congruencia y compromiso fundamental de la psicología humanista, con la dignidad y los derechos humanos, en las que se explicita a su vez la transparencia científica, se propone la construcción de nuevos estándares como alternativas diagnósticas. Estas se entienden como nomenclaturas, taxonomías, sistemas teóricos, pautas descriptivas para la formulación y enfoques alternativos para dar cuenta de experiencias psicológicas, si bien estas no pretenden reemplazar las que han sido avaladas por las comunidades científicas, sí establecen un nuevo terreno, que puede posibilitar otras vías en la comprensión de lo psicopatológico (Kamens *et al.*, 2019).

Estas alternativas diagnósticas parten de valorar a la persona en su totalidad, destacando la complejidad de su historia y vivencia, rescatando no solo el contexto biopsicosocial sino también sociopolítico de la angustia emocional. Alien-tan, a su vez, un lenguaje metateórico que valore la pluralidad de perspectivas teóricas y epistémicas. En relación con esto, se mencionarán algunas de las recomendaciones efectuadas por distintos expertos que buscan estándares y pautas para el desarrollo de nomenclaturas de diagnóstico, y alternativas en salud mental (Ladd y Churchill, 2012; Kamens *et al.*, 2019) y que se muestran en la figura 11.

Figura 11.
Recomendaciones hacia nuevas formas de diagnóstico



Creación de un lenguaje común: con el fin de beneficiar la comprensión de los usuarios de los servicios en salud mental, las familias y otras personas interesadas, las alternativas diagnósticas (AD), pueden servir como un canal que permita a las personas identificar experiencias comunes o compartidas, en esta

dirección se contempla construcción de un lenguaje fenomenológico. Muchas veces el lenguaje psicopatológico se convierte en la estrategia de los expertos para mantener el Statu Quo y control y monopolio sobre el conocimiento.

Evitar la influencia de la industria farmacéutica o de orden particular: los investigadores ponen la lupa en esta dirección, dado que, según lo encontrado, la participación de los proyectos financieros vinculados a la industria farmacéutica o intereses institucionales particulares, generan mayores sesgos y presiones en investigadores, que, por demás, han sido respaldados económicamente, generando una mayor vulnerabilidad de sus hallazgos, dada las lealtades construidas.

Incluir población que haya presentado el diagnóstico: parte de esta propuesta, considera que las personas con experiencias vividas de determinado diagnóstico deben estar incluidas en cualquier discusión sobre alternativas al sistema nosológico actual. Lo anterior pareciera un principio fenomenológico: nada sobre nosotros, sin nosotros.

Inclusión del consenso en las estructuras jerárquicas: las AD se construyen sobre el objetivo de predecir el curso clínico y su resultado, lo cual puede necesitar una estructura jerárquica, que permita diferenciar los tipos de pronóstico. Sin embargo, si el objetivo es mejorar la comprensión mutua entre los clínicos y los usuarios, se podrían incluir pautas descriptivas suficientemente flexibles, sin que partan de una estructura jerárquica, lo cual da lugar al consenso.

Inclusiones de descripciones en primera persona: pareciera algo simple en sí mismo, sin embargo, lo que han venido encontrando los investigadores, es que la conceptualización en segunda o tercera persona de los estados mentales interiores, en ocasiones conduce a una simplificación excesiva de lo observado, con una serie de conclusiones engañosas de los estos fenómenos.

Diálogos entre la conciencia en primera y tercera persona: reconocer las dimensiones vividas por la persona, sus formas de narración y de construcción

de sentido, no controvierten las dimensiones biológicas como los neurocircuitos o los marcadores genéticos, en tal dirección se señala que el análisis fenomenológico puede constituirse en un medio de conceptualizar fenómenos subyacentes con una mayor tonalidad.

Basarse en la mejor evidencia disponible: las AD deberán basarse en la mejor evidencia científica cuantitativa y cualitativa presentes. Incorporando la evidencia relevante, evidencia mixta y potencialmente contraria. Dentro de los ejemplos destacados de evidencia relevante, se encuentra: epidemiológicos, resultados clínicos, taxonómicos, modelos informáticos, observacionales-naturalistas y estudios de caso.

Sensibilidad cultural: Se recomienda de manera vehemente, abordar la aplicabilidad intercultural de las AD. Dejando saber la disponibilidad o falta de evidencia en poblaciones objeto de estudio, mostrando sus alcances y limitaciones.

Incorporar patrones más amplios: se propone a su vez incorporar patrones más amplios del problema tratado como alternativa a las dificultades derivadas de múltiples síntomas que se superponen a otros diagnósticos y genera confusión sobre el proceso; pareciera a su vez que la comorbilidad entre trastornos es el lenguaje común, acudir a patrones generales, permite identificar los tópicos principales del problema. Teniendo a su vez como base, operativizar lo encontrado a partir del lenguaje del consultante, aun cuando lo que exprese no esté enmarcado en el manual nosológico usado por el clínico

Sugerimos complementar las anteriores características de una propuesta psicopatológica, con las que Francesetti *et al.* (2013) identifican en la clínica de orientación gestáltica, y señalan que, una psicopatología que respete la relación humana y el contexto en el que ocurre, debe ser:

Fenomenológica: ya que no es interpretativa a la luz de un marco teórico previo, sino que se centra en la comprensión de la experiencia del sujeto y de toda la relación que emerge, con esto también debe cuidarse que esa categorización

de la experiencia no se esquematice y defina otras comprensiones, y ante todo que defina al sujeto

Relacional: ya que como se indicó previamente, el sufrimiento subjetivo, la alteración de la relación o contacto con el otro, es lo que hace emerger la sintomatología; los síntomas son singularidades, resultan de la inflexibilidad en el contacto.

Temporal: siendo la terapia una cocreación espaciotemporal entre el paciente y el terapeuta, es en el tiempo que se da la relación, y en la relación se da la sanación.

Holística: ya que el sufrimiento se da en la totalidad de la experiencia, tanto en la expresión mental como corporal.

Orientada a la creatividad: en tanto que algunos sufrimientos son consecuencia de ajustes creativos que se fijaron, la relación terapéutica apunta a la generación de nuevos ajustes para reestablecer el contacto.

Situacional: el sufrimiento está determinado por una situación y surge del contexto, de lo normalizado en ese contexto y de las relaciones sugeridas.

Del desarrollo y orientado hacia lo siguiente: la imposibilidad para establecer un contacto adecuado proviene de una historia que no entregó tales posibilidades, una aproximación psicopatológica explora esas claves históricas y en la terapia se da apoyo para surja la conciencia de que esa imposibilidad en ese momento ahora es una necesidad, y con ello recrear un restablecimiento.

Estética: lo estético tiene que ver con lo sano, con la capacidad de establecer contacto con gracia, brillo, ritmo y armonía. La estética es una cualidad sana y por tanto es una meta del "proceso-de-hacer-contacto", así que el terapeuta se orienta hacia allí. "El terapeuta percibe continuamente las cualidades del contacto, y creativamente ajusta su presencia en la frontera del contacto: esto

constituye la unidad entre diagnóstico y acto terapéutico” (Francesetti *et al.*, 2013, p. 95).

Dimensional más que categorial: el sufrimiento es un *continuum* entre salud y enfermedad, no es clara y delimitable categóricamente la frontera en la que se deja de tener salud y se padece, por tanto, la evaluación que psicopatológica debe ser intrínseca, debe proceder de la comprensión de la experiencia subjetiva, es una elaboración desde y acerca del entre. Todas las personas en ese sentido pueden en cualquier momento de sus vidas tener experiencias depresivas, psicóticas, maniáticas, la diferencia entre una y otra persona, entre el que pide ayuda y el que no, es la posibilidad de darse cuenta y el umbral de la experiencia.

Las anteriores ocho cualidades de una psicopatología en el contexto humanista, permiten a los autores previamente citados, asumir la posibilidad de la evaluación y diagnóstico dentro del proceso terapéutico, sin que se caiga el error de la categorización reduccionista, sino en la exploración de dimensiones del malestar según el umbral dinámico, dentro del cual, a mayor intensidad y con ello sufrimiento, mayor necesidad de apoyar el restablecimiento del contacto y la experiencia de sanidad.

Francesetti *et al.* (2013) presentan sin recelo que se pueden identificar algunos elementos que tienen que estar presentes en las experiencias sanas; primero la capacidad para asimilar la novedad, contrario a asumir la realidad de forma estereotipada y fija; segundo, capacidad de relacionarse con el presente de manera única, contrario a realizar generalizaciones sobre el aquí y el ahora que provienen del pasado o de formas similares, lo que no permite asimilar la novedad; y por último desarrollo nutritivo, consistente en la posibilidad de tomar de cada situación aquello que es adecuado para la maduración y diferenciación. La persona es más sana cuanto más hábil es para estar en el presente y consiente de su frontera de contacto.

Un paso adicional lo dan Roubal *et al.* (2013); quienes, siendo psiquiatras, lo-

gran advertir la importancia del diagnóstico como herramienta con la cual los psicoterapeutas pueden orientar y orientarse a sí mismo. “El diagnóstico se puede comprender como una marca que da significado a la situación terapéutica” (Roubal *et al.*, 2013, p. 101).

Para los autores es posible identificar dos tipos de diagnósticos; por un parte un diagnóstico extrínseco que consiste en la utilización de un modelo del fenómeno para contrastar el fenómeno mismo, lo cual se asemeja a un mapa que sirve de orientación, puesto que el modelo general marca una visión amplia de las posibilidades experimentadas, luego este mapa sirve para ubicar en qué lugar está la persona en particular, pero esta actividad suele y debe ser una reflexión posterior a la terapia, pues es un acto racionalizado y comprensivo crítico.

Del otro lado está el diagnóstico intrínseco o estético, este es la percepción de lo que ocurre en el contacto, en el aquí y ahora de la terapia, es una conciencia inmediata e intuitiva pues emerge de las interacciones, información y experiencias del momento terapéutico, a partir de esta conciencia el terapeuta puede ajustar su manera de estar con el paciente y él mismo orientarse en el mapa (Roubal *et al.*, 2013).

Luego de precisar que el uso del diagnóstico debe ser flexible, momentáneo, *continuum*, orientador, referido al fenómeno y no a la persona o sobre la persona, entonces refieren los autores que:

El diagnóstico ayuda al terapeuta a mejorar su orientación, por ello es necesario que no se queden estancados centrándose, exclusivamente, en la observación de las interacciones presentes, sino que deberían también ser capaces de hacer hipótesis operativas y diseñar proyectos de tratamiento (Roubal *et al.*, 2013, p. 109).

Con esta referencia derivada de un enfoque gestáltico, se identifica la afinidad en la comprensión propuesta por Rogers sobre el diagnóstico, a saber, que el juicio de evaluación y diagnóstico no ha de ser un criterio extrínseco, sino in-

trínseco, con la confianza adicional de parte del psicólogo, de que el organismo es capaz de reconocer lo bueno o lo malo de su experiencia, y por tanto el clínico gestionará las experiencias para que se restituya el proceso de maduración, y con el diagnóstico, tener conciencia e intensidad de la relación.

8.4 Formulación de caso como alternativa a las narrativas del déficit y centrado en lo intrínseco

Parte de las críticas que emergen con relación al diagnóstico psiquiátrico, señalan que suele instaurarse sobre una narrativa anclada al déficit: el lenguaje por excelencia es fundamentado sobre la base de los trastornos. Para avanzar en dicha discusión se proponen alternativas como la formulación de casos, si bien esta no pretende anular una visión y mirada de los diversos problemas psicopatológicos, su objetivo se traza sobre una visión narrativa mucho más amplia, rescatando diversos elementos biográficos y contextuales del consultante en el marco de la sensibilidad cultural (Johnstone, 2018).

Es importante entender que el desarrollo de cualquier sistema diagnóstico o enfoque alternativo debe sustentarse bajo el propósito principal de evitar o reducir el daño, beneficiando a las comunidades o personas que se incluyen (Johnstone, 2018). La Sociedad Británica de Psicología (BPS, 2017) ha propuesto que una verdadera transformación en la comprensión psicopatológica debe estar encaminada en la contextualización de la teoría biomédica, vinculando nomenclaturas psicosociales, que en última instancia hacen del marco biopsicosocial su punto de anclaje en la investigación y praxis diagnóstica. Desde el terreno de comunidades de psicólogos humanistas, se vienen impulsado otras alternativas diagnósticas como la formulación psicológica, vale decir que esta práctica, se encuentra en rápida expansión dentro del Reino Unido (Johnstone, 2018).

Mientras que los sistemas tradicionales de salud mental suelen basarse en una serie de lineamientos de chequeo de síntomas, validados por un experto que otorga el diagnóstico y procede al mismo tiempo con la designación del tratamiento, dejando al consultante en un lugar pasivo, Ladd y Churchill (2012) indican que los esfuerzos de distintos clínicos con orientación humanista, han

de encaminarse a la promoción de modelos de empoderamiento de los consultantes, los cuales son invitados a participar activamente en la identificación del problema y los posibles tratamientos.

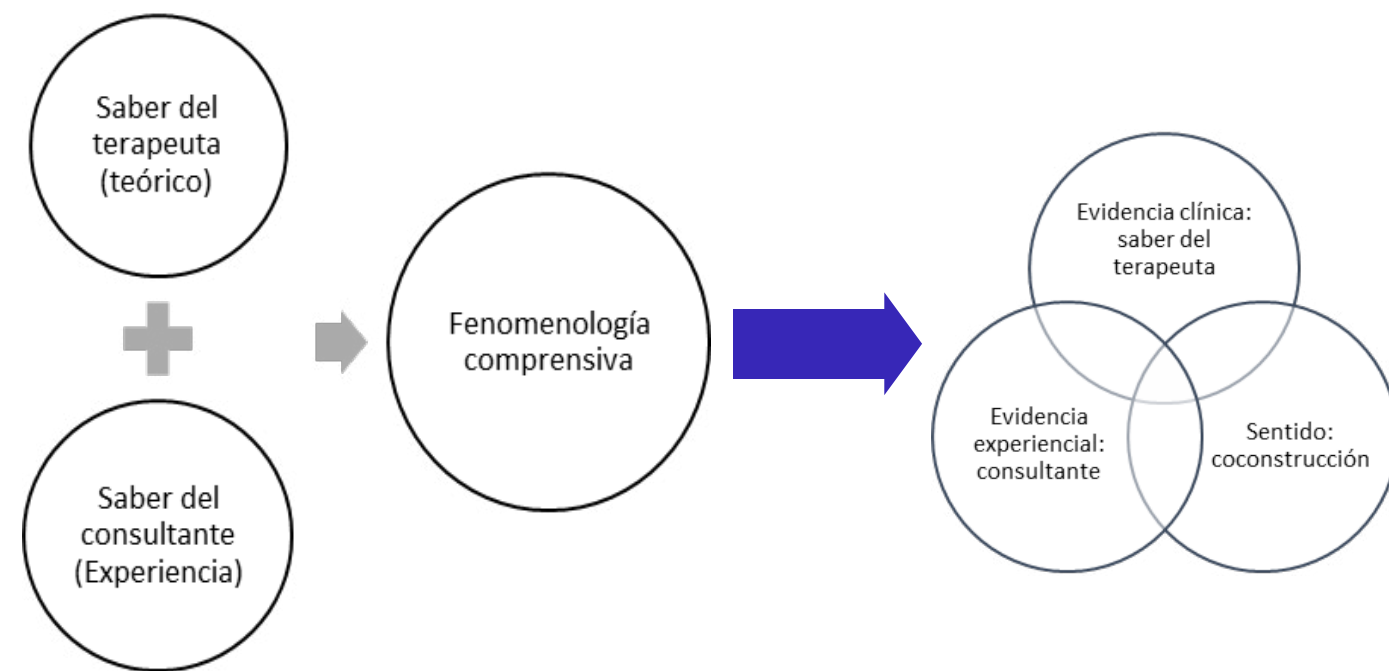
La incorporación del marco fenomenológico en la clínica contemporánea supone una mayor transparencia del terapeuta y visibilización de las experiencias y saber del cliente, de esta manera se pasa de un lenguaje que no solo reconoce las mejores prácticas en salud, sino las mejores prácticas entre el consultante y terapeuta, atendiendo lo singular del encuentro y proceso terapéutico (Ladd y Churchill, 2012).

La formulación de caso ubica a la clínica en el panorama de una fenomenología comprensiva, en tanto esta se suele definir como una coconstrucción de una hipótesis o conjetura, asociada a los inicios de las dificultades que presenta una persona, revestida desde el contexto de sus relaciones, acontecimientos sociales, hechos de vida y el sentido dado. La formulación psicológica posibilita el desarrollo de un espacio de coconstrucción, donde se posibilita un mayor empoderamiento del consultante o el usuario, dando lugar a la comprensión de su experiencia y el reconocimiento de su proyecto vital (Johnstone, 2018).

Como se muestra en la figura 12, la formulación de caso tiene como característica dos fuentes de evidencia, revestidas de valor e importancia: el clínico, que aporta el conocimiento derivado de su práctica, lectura teórica, investigativa y experiencia clínica; y el saber del consultante, desde sus vivencias y significados contruidos alrededor de la cotidianidad. Lo anterior ofrece un marco contextual del ejercicio terapéutico, que permite, no solo trazar un marco de comprensión, sino que da lugar a la base para el despliegue de intervenciones adaptadas a las necesidades del consultante. La base y la comprensión de lo psicopatológico, parte de un marco de coconstrucción de sentido, desde una lectura más participativa del sistema consultante, cuya búsqueda está dirigida a la sensibilidad de sus necesidades y al desempeño activo dentro del proceso (Johnstone, 2018).

Figura 12.

Elementos de una psicopatología comprensiva desde la formulación de caso



Lo que se ha sugerido hasta aquí, es que el saber del clínico humanista se valida del lado del consultante, esta validación y coconstrucción es un elemento fundamental dentro del proceso. El abordaje del malestar emocional y la angustia, parten de un principio: en algún nivel todo tiene sentido. En esta dirección, ante la presencia del caos y la desesperación, la manifestación de determinados síntomas, sus formas atemorizantes o abrumadoras, se puede encontrar en el terreno terapéutico formas de darle sentido (Johnstone, 2018).

Asimismo, el desarrollo de la formulación de caso reclama un espacio que permite identificar recursos y fortalezas del consultante, la mirada clínica posibilita, a su vez, la comprensión de recursos salugénicos que permiten visualizar los arreglos, recursos de autoapoyo y afrontamiento que han permitido en algún nivel que el sujeto o sistema consultante responda a las circunstancias (Johnstone, 2018).

La formulación como marco de construcción de sentido convoca diversos beneficios: aclara hipótesis y preguntas, suministra un mapa general, focaliza problemas, ayuda en la planificación de intervenciones, reduce los sesgos de las elecciones en tanto estas se hacen explícitas con el consultante, muestra una mayor sensibilidad por elementos culturales, y ayuda a los consultantes a sentirse comprendidos. La retroalimentación de los consultantes durante el proceso da lugar a un mayor empoderamiento de sus procesos, validando su capacidad de agenciamiento (Johnstone, 2018).

Finalmente, la formulación, debe tener presente por lo menos tres elementos en la perspectiva del clínico. En primer lugar, un conocimiento detallado sobre el trauma, abuso o problema expuesto por el consultante, dicho saber permite entender las posibles dimensiones e impacto del problema en la salud mental del consultante. En segundo lugar, debe considerar el papel de los servicios de salud para acompañar o agravar el problema, en ocasiones los servicios de salud no solo pueden inadecuados, sino también iatrogénicos. Por último, la visión del clínico debe incluir una conciencia crítica del contexto social, lo cual evita el reduccionismo o la tendencia individualista de la salud mental, en la que se ubica el problema en la persona, transmitiendo de forma implícita un mensaje de culpa y de deficiencia (Johnstone, 2018).

Este capítulo puede concluirse sobre la figura de una puerta abierta, al atravesarla se pueda observar un horizonte y camino, sobre el cual la psicología humanista sustenta parte su desarrollo. En ese horizonte, el lector puede reconocer tres aspectos claves sobre los que transita la clínica con enfoque humanista: terreno investigativo, diálogos basados con modelos sustentados en evidencia y algunas reflexiones sobre psicopatología. Estas son, sin embargo, pequeñas pinceladas que acompañan la actualidad y los retos de la clínica humanista. Al final no solo se trata de lo que hemos hecho, pues al entender los retos de la psicología contemporánea, el mundo globalizado, los problemas contextuales y sociopolíticos de la práctica clínica, se evoca una pregunta abierta ¿qué seguiremos haciendo si este camino depende en parte de nuestras acciones y decisiones como comunidad académica?

Referencias

- Aanstoos, C., Serlin, I. and Greening, T. (2000). A History of Division 32 (Humanistic Psychology) of the American Psychological Association. En D. Dewsbury (Ed.), *Unification through Division: Histories of the divisions of the American Psychological Association* (Vol. 5) (pp. 85-112). American Psychological Association.
- All Psych. (2018). Timeline of Psychology (387 BC to Present). <https://allpsych.com/timeline/>
- Allport, G. (1964). The fruits of eclecticism: Bitter or sweet? *Acta Psychologica*, 23, 27-44. [https://doi.org/10.1016/0001-6918\(64\)90073-3](https://doi.org/10.1016/0001-6918(64)90073-3)
- Angus, L., Watson, J., Elliott, R., Schneider, K. and Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990-2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 1-18.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología* (Vol. 1). McGraw Hill.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1982). *Introducción a la psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. McGraw Hill.
- Bland, A. and DeRobertis, E. (2020). Humanistic Perspective. <https://bit.ly/3BVnbmA>
- British Psychological Society. Division of Clinical Psychology. (2013). Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift. <https://bit.ly/35cxruV>
- British Psychological Society. BPS. (2017). *Understanding Psychosis and Schizophrenia*. Canterbury Christ Church University.
- Bugental, J. (1964). The Third Force in Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 4(1), 19-26. <https://doi.org/10.1177/002216786400400102>
- Cain, D. (2003). Advancing humanistic psychology and psychotherapy: some challenges and proposed solutions. *Journal of Humanistic Psychology*, 43(3), 10-41.
- Camino, J. (2013). *Los orígenes de la psicología humanista*. Editorial CCS.
- Carpintero, H., Mayor, L. y Zalbidea, M. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la psicología humanista. *Revista de Filosofía*, 3(3), 71-82. <https://revistas.ucm.es/index.php/RESF/article/view/RESF9090120071A>
- Cebrecos, F. (2014). Descartes: entre la psicología racional y la antropología filosófica. *Persona*, (17), 11-32. <https://bit.ly/3Hqg8Uf>
- Chacón, P. (2009). *Filosofía de la psicología*. Biblioteca Nueva.
- Churchill, S. and Wertz, F. (2001). An Introduction to Phenomenological Research in Psychology: Historical, Conceptual, and Methodological Foundations. En K. Schneider, J. Bugental y J. Pierson (Eds.), *The Handbook of Humanistic Psychology Leading Edges in Theory, Research, and Practice* (pp. 247-262). Sage.
- Cobos, A. (1986). Situación actual de la psicología humanista. *Anuario de Psicología*, (34), 103-118. <https://bit.ly/3ssJ6Pc>
- Cook, S., Schwartz, A. and Kaslow, N. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537-545. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>

- Correa Ramírez, C. (2021). La psicología humanista en modelos convencionales: diálogos y diferencias con la psicología positiva. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(1), 1-25.
- Daei, M., Aghaei, A. and Rashidi, M. (2020). Existential Humanistic Therapy with Couples and its Effect on Meaning of Life and Love Attitudes. *The American Journal of Family Therapy*, 48(5), 530-545. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1770142>
- DeCarvalho, R. (1990). A History of the "Third Force" in Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 30(4), 22--44. doi:/10.1177/002216789003000403
- De Castro, A. y García, G. (2011). Psicología clínica: fundamentos existenciales. Universidad del Norte.
- DeRobertis, E. (2013). Humanistic Psychology: Alive in the 21st Century? *Journal of Humanistic Psychology*, 53(4), 419-437.
- DeRobertis, E. (2016). On Framing the Future of Humanistic Psychology. *The Humanistic Psychologist*, 44(1), 18-41.
- DeRobertis, E. (2020). The Humanistic Revolution in Psychology: Its Inaugural Vision. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(1). 1-25. <https://bit.ly/3JXT-TXt>
- Durán, N., Restrepo, D., Salazar, C., Sierra, A. y Schnitter, M. (2007). Historia paralela de la psicología clínica: un rastreo teórico-histórico. *Informes Psicológicos*, 9, 135-148.
- Echeburúa, E., Salaberria, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. EFPA. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85),1-10.
- Elkins, D. (2009). *Humanistic psychology : A clinical manifesto. A critique of clinical psychology and the need for progressive alternatives*. Universities of the Rockies Press.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. En D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57-81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10439-002>
- Elliott, R., Watson, J., Timulak, L. and Sharbanee, J. (2020). Research on humanistic-experiential psychotherapies: updated review. En M. Barkham, W. Lutz y L. G. (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 495-538). John Wiley and Sons.
- Farber, E. (2012). Supervising humanistic-existential psychotherapy: Needs, possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(3), 173-182.
- Feijoo, A. (2004). A psicologia clínica: técnica e técnica. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 87-93. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100011>
- Fernberger, S. (1932). The American Psychological Association: a historical summary, 1892-1930. *Psychological Bulletin*, 29(1), 1-89.
- Francesetti, G., Gecele, M. y Roubal, J. (Eds.). (2013). *Terapia Gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto*. Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- Friedman, H. (2008). Humanistic and positive psychology: The methodological and epistemological divide. *The Humanistic Psychologist*, 36(2), 113-126. <https://doi.org/10.1080/08873260802111036>

- Goic, A. (2004). *Grandes médicos humanistas*. Editorial Universitaria.
- Gondra, J. (1986). El estatus científico de la psicología y psicoterapia humanista. *Anuario de Psicología*, (34), 47-62.
- Green, C. (17 de enero de 2010). Classics in the history of psychology. <http://psychclassics.yorku.ca/topic.htm>
- Haig, B. (2018). *Method Matters in Psychology*. Springer.
- Held, B. (2002). The Tyranny of the Positive Attitude in America: Observation and Speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 965-992.
- Henao, M. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100. <https://bit.ly/3M9cBNy>
- Johnstone, L. (2018). Psychological Formulation as an Alternative to Psychiatric Diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 30-46.
- Kamens, S., Cosgrove, L., Peters, S., Jones, N., Flanagan, E., Longden, E., Schulz, S., Robbins, B., Olsen, S., Miller, R. and Lichtenberg, P. (2019). Standards and Guidelines for the Development of Diagnostic Nomenclatures and Alternatives in Mental Health Research and Practice. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(3), 401-427
- Kasely, E. (2016). Fundamentos filosóficos de la psicología científica. *Horizonte de la Ciencia*, 6(11), 71-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5797574>
- Kontrimienė, S. (2019). Assessing Spirituality as the Ultimate End: Development and Validation of the Humanistic Spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 1-24.
- Kousteni, I. (2018). Toward an Extended View of Evidence-Based Psychotherapy: Diversity and Societal Factors. *Journal of Humanistic Psychology*, 62(1), 1-13.
- Kramer, U. y Pascual-Leone, A. (2013). The empty chair in psychotherapy: Origins and developments. *Pratiques Psychologiques*, 19(1), 41-53.
- Krapf, E. (1943). Tomás de Aquino y la psicopatología: contribución al conocimiento de la psiquiatría medieval (Vol. 2). Index.
- Ladd, P. and Churchill, A. (2012). *Person Centered Diagnosis and treatment in mental health. A model for the Empowering Clients*. Jessica Kingsley Publishers.
- Latner, J. (1994). *Fundamentos de la Gestalt*. Cuatro Vientos.
- Lupano, M. y Castro, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56.
- Madsen, K. (1988). *A History of Psychology in Metascientific Perspective* (Vol. 53. *Advances in Psychology*). North Holland.
- Maritain, J. (2003). El humanismo existencial de santo Tomás de Aquino. <https://bit.ly/3M5NGuk>
- Martínez, M. (1993). *La psicología humanista: fundamentación epistemológica, estructura y método*. Trillas.
- Maslow, A. (1956). Toward a Humanistic Psychology. *ETC: A Review Of General Semantics*, 14(1), 10-22. <https://www.jstor.org/stable/42581639>
- Maslow, A. (1961). Health as transcendence of environment. *Journal of Humanistic Psychology*, 1(1), 1-7. <https://doi.org/10.1177/002216786100100102>

- Maslow, A. (1965a). Motivación y personalidad. Ediciones Díaz de Santos.
- Maslow, A. (1965b). A philosophy of psychology: The need for a mature science of human nature. En R. Severin (Ed.), *Humanistic Viewpoints in Psychology* (pp. 27-32). McGraw Hill.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (2a ed.). Van Nostrand.
- Maslow, A. (1972). El hombre autorrealizado. Kairós.
- May, R. (1961). *Psicología existencial*. Random House.
- May, R. (1967). El dilema del hombre. Respuestas a los problemas del amor y de la angustia. Gedisa.
- May, R. (1971). El amor y la voluntad. Emecé.
- May, R. (1988). Libertad y destino en psicoterapia. Desclée De Brouwer.
- McKeachie, W. (1976). Psychology in America's bicentennial year. *American Psychologist*, 31(12), 819-833. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.12.819>
- Mèlich, J.-C. (2012). *Filosofía de la finitud*. Herder.
- Migueléiz, M. (1993). La psicología humanista: fundamentación epistemológica, estructura y método. Trillas.
- Moriana, J. y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.
- Moustakas, C. (1961). The Sense of Self. *Journal of Humanistic Psychology*, 1(1), 20-34. <https://doi.org/10.1177/002216786100100104>
- Mruk, C. (2008). The psychology of self-esteem: A potential common ground for humanistic positive psychology and positivistic positive psychology. *The Humanistic Psychologist*, 36(2), 143-158.
- Muñoz, J. y Quintero, J. (2001). Competencias investigativas para profesionales que forman y enseñan: ¿cómo desarrollarlas? Cooperativa Editorial Magisterio.
- O'Hara, M. (1989). When I use the term humanistic psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 29(2), 263-273. <https://bit.ly/3tf26j5>
- Orange, D. (2012). Pensar la práctica clínica: recursos filosóficos para el Psicoanálisis contemporáneo y las psicoterapias humanistas. Cuatro Vientos.
- Oviedo, G. (2019). Historia oculta de la psicología en Colombia: ciencia y religión a finales del siglo XIX. Pontificia Universidad Javeriana.
- Pacciolla, A. (2019). Humanistic and Existential Psychology in the Practice of Psychotherapy. *Studia Philosophica et Theologica*, 19(1), 1-19.
- Paivio, S., y Greenberg, L. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 419-425.
- Peláez, G. (2012). La clínica, un acercamiento epistemológico. *Psyconex*, 4(6), 1-10. <https://bit.ly/3vmaakZ>
- Peláez, M., Lozada, M. y Olano, N. (2013). Re-conocer los pasos, retos para el futuro: la investigación en psicología humanista. *Psicología desde el Caribe*, 30(2), 416-448.
- Penuel, A. (1972). Galdós, Freud, and Humanistic Psychology. *Hispania*, 55(1), 66-75. <https://doi.org/10.2307/338248>

- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://bit.ly/3pqGq2t>
- Perls, F. (1974). Sueños y existencia: terapia gestáltica. Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1975^a). Yo, hambre y agresión. Fondo de Cultura Económica.
- Perls, F. (1975^b). Dentro y fuera del tarro de la basura: autobiografía. Cuatro Vientos.
- Perls, F., Hefferline, R. and Goodman, P. (1951). Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality. Gestalt Journal Press.
- Perls, F. y Baugardner, P. (1994). Terapia Gestalt. Pax.
- Polaino Lorente, A., Chiclana Actis, C., López Cánovas, F. y Hernández Torrado, G. (2017). Fundamentos de psicopatología. Biblioteca Online.
- Proctor, C., Tweed, R. and Morris, D. (2016). The Rogerian Fully Functioning Person: A Positive Psychology Perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 56(5), 503-529. <https://doi.org/10.1177/0022167815605936>
- Quitmann, H. (2006). Psicología humanística. Herder.
- Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7(6), 66-83. 10.4236/jss.2019.76005
- Reisman, J. (1991). A history of clinical psychology. Hemisphere Publishing.
- Resnick, S., Warmoth, A. and Serlin, I. (2001). The Humanistic Psychology and Positive Psychology Connection: Implications for Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 73-101. <https://bit.ly/3hq3dXP>
- Rich, G. (2017). The promise of qualitative inquiry for positive psychology: Diversifying methods. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 220-231.
- Robbins, B. (2008). What is the good life? Positive psychology and the renaissance of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 36(2), 96-112. <https://doi.org/10.1080/08873260802110988>
- Robbins, B., Kamens, S. y Elkins, D. (2017). DSM-5 Reform Efforts by the Society for Humanistic Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(6), 1-23.
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-53. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808706.pdf>
- Rodríguez, A. (2011). Fundamentos filosóficos de la psicología. Manual Moderno.
- Rogers, C. (1981a). El proceso de convertirse en persona. Paidós.
- Rogers, C. (1981b). Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós
- Rogers, C. (1973). Grupos de encuentro. Amorrortu.
- Rogers, C. y Kinget, G. (1971). Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva. Alfaguara.
- Rosal, R. (2017). Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la psicología humanista. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 85-126.
- Routh, D. (1994). Clinical Psychology Since 1917: Science, Practice, and Organization. Springer Science+Business Media.

- Rowan, J. (2001). Existential Analysis and Humanistic Psychotherapy. En K. Schneider, J. Bugental y J. Pierson (Eds.), *The Handbook of Humanistic Psychology. Leading Edges in Theory, Research, and Practice* (pp. 447-464). Sage.
- Roubal, J., Gecele, M. y Francesetti, G. (2013). El enfoque de la terapia Gestalt sobre el diagnóstico. En G. Francesetti, M. Gecele y J. Roubal (Eds.), *Terapia Gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto* (pp. 433-461). Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- Rubin, S. y Humphreys, C. (2016). Humanistic Psychotherapy. En H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (2a ed., pp. 337-342). Academic Press.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica. Manual Moderno*.
- Sassenfeld, A. y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología*, 15(1), 89-104. <https://bit.ly/3vqRwbv>
- Schneider, K. (1998). Toward a science of the heart: Romanticism and the revival of psychology. *American Psychologist*, 53(3), 277-289. <https://bit.ly/3Ce9y2l>
- Schneider, K. (2011). Humanistic psychology's chief task: To reset psychology on its rightful existential-humanistic base. *Journal of Humanistic Psychology*, 51(4), 436-438. <https://doi.org/10.1080/03060497.2014.11084346>
- Schneider, K. and Leitner, L. (2017). Humanistic Psychotherapy. En Elsevier, *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* (pp. 949-957). <https://bit.ly/3HnXYCw>
- Schneider, K., Pierson, J. and Bugental, J. (Eds.). (2014). *The Handbook of Humanistic Psychology: Theory, Research, and Practice*. Sage.
- Schneider, K. and Krug, O. (2010). *Existential-Humanistic Therapy*. American Psychological Association.
- Schultz, D. and Schultz, S. (2011). *A History of Modern Psychology*. Cengage Learning.
- Shakow, D. (1976). What is clinical psychology? *American Psychologist*, 31(8), 553-560. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.8.553>
- Sharf, R. S. (2015). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases*. Cengage Learning.
- Smillie, D. (1961). The roots of personal existence. *Journal of Humanistic Psychology*, 1(1), 89-93. <https://doi.org/10.1177/002216786100100109>
- Schnake, A. (1995). Los diálogos del cuerpo: un enfoque holístico de la salud y la enfermedad. Cuatro Vientos.
- Stephenson, L. and Hale, B. (2017). An Exploration into Effectiveness of Existential-Phenomenological Therapy as a U.K. NHS Psychological Treatment Intervention. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(3), 1-18.
- Sutich, A. (1961). Introduction. *Journal of Humanistic Psychology*, 1(1), 7-9.
- Taylor, E. (2001). Positive Psychology and Humanistic Psychology: A Reply to Seligman. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 13-29.
- Thorne, F. (1945). The field of clinical psychology: Past, present, and future. *Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1-20. <https://bit.ly/3vmqmCJ>
- Timulak, L. and Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred/experiential psychotherapies. En M. Cooper, J. Watson y D. Holledampf (Eds.), *Person-Centred and Experiential Psychotherapies Work*

(pp. 66-91). PCCS Books.

Tobías, C. y García-Valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 437-453.

Tobón, L. (2020). Instrumento para evaluar la responsabilidad personal existencial: un estudio exploratorio. *Psicología desde el Caribe*, 37(3), 151-185.

Van Rijn, B. y Wild, C. (2013). Humanistic and Integrative Therapies for Anxiety and Depression: Practice-Based Evaluation of Transactional Analysis, Gestalt, and Integrative Psychotherapies and Person-Centered Counseling. *Transactional Analysis Journal*, 43(2), 150-163.

Vera-Villarroel, P., López-López, W., Lillo, S. y Silva, L. (2011). La producción científica en psicología latinoamericana: un análisis de la investigación por países. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 95-104. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80520078009.pdf>

Villegas, M. (1986). La psicología humanística: historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, 1(34), 7-45. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/96920>

Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.

Watson, R. (1953). A brief history of clinical psychology. *Psychological Bulletin*, 50(5), 321-346. <https://doi.org/10.1037/h0062847>

Wertz, F. (1998). The role of the humanistic movement in the history of psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(1), 42-70.

Javier Tobón. Doctor en Psicología de la Universidad Católica Argentina, especialista en Pedagogía, psicólogo y licenciado en Filosofía y Ciencias Religiosas. Psicólogo clínico, investigador y docente con experiencia en diversas universidades de la ciudad de Medellín. ORCID: 0000-0002-6334-9133, javiertobon@gmail.com

Cristian Correa. Psicólogo, magíster en Terapia Familiar y de Pareja, egresado de la Universidad de Antioquia. Terapeuta Familiar y de Pareja. Docente e investigador de la Universidad Pontificia Bolivariana, además de catedrático en pregrados y postgrados de varias universidades. ORCID: 0000-0002-3217-6663, cristian.correa@upb.edu.co



María Cano
Fundación Universitaria

Vigilada MinEducación



Fondo Editorial
María Cano