

NIVELES DE CONCIENCIA EMOCIONAL: IMPLICACIONES PARA LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA

Richard D. Lane y Gary E. Schwartz
University of Arizona, Tucson, Arizona.

The authors apply a cognitive-developmental framework for understanding individual differences in emotional experience and expression to the problem of selecting and combining treatment modalities for patients mental disorders. Emphasis is placed on the clinical presentation of five levels of emotional awareness and the implications of each level for selecting from a broad range of treatment modalities, including pharmacological, behavioral, cognitive, and insight-oriented therapies. Matching therapeutic intervention to psychopathology is based on the theory that the way in which emotion is processed by the patient determines both the key features of psychopathology and the way in which interventions by the therapist are processed or understood. This model may serve as a useful training tool, help optimize the efficiency and effectiveness of treatment, and influence how mental health clinicians work together.

INTRODUCCION

El propósito de este artículo es presentar un marco de trabajo conceptual amplio que ayude a realizar la evaluación clínica, basado en el modelo de los Niveles de Conciencia Emocional, NCE (Levels of Emotional Awareness, LEA). En él se pretende ofrecer un modelo integrador útil a los psicólogos o psiquiatras y asistentes sociales para el tratamiento individual de los pacientes, intentando dar una visión lo más general posible: se usa el término “psicoterapéutico” en el sentido amplio de cualquier intervención de salud mental que afecte al estado psicológico del paciente. Estas intervenciones incluyen lo siguiente: (1) farmacoterapia y otras terapias somáticas tales como la terapia electroconvulsiva (TEC); (2) restricción física y control, tal como se practica normalmente con los pacientes internos; (3) técnicas de modificación de conducta, incluyendo la desensibilización sistemática, imaginación guiada, inundación y condicionamiento; (4) terapias motoras; (5) terapia cognitiva; (6) psicoterapia psicodinámica y psicoanalítica; y (7) terapia existencial. Sólo una propuesta tan amplia y abarcadora puede satisfacer las necesidades de un

modelo integrador. Aunque potencialmente se podrían incorporar otras modalidades, nos limitaremos sólo a éstas en nombre de la claridad y brevedad.

En psiquiatría, el problema de la selección del tratamiento se conoce con el nombre de *terapéutica diferencial* (Frances, Clarkin & Perry, 1984; Hales & Frances, 1987). Se trata de escoger el tipo de tratamiento a aplicar en base al diagnóstico, características psicológicas del paciente, semejanzas estilísticas entre paciente y terapeuta, etc. Con este enfoque se pueden determinar los pros y contras de los diferentes tratamientos según la problemática de cada paciente, aunque, dado que se centra más en el tratamiento que en el paciente, no nos puede decir qué tratamiento debemos seleccionar para éste.

Este enfoque resulta todavía más complejo cuando se considera una combinación de tratamientos tales como la farmacoterapia y la psicoterapia, por ejemplo en los trastornos de ansiedad o de depresión. La investigación experimental hasta ahora se ha visto limitada a unos cuantos trastornos y se ha centrado en la eficacia de las psicoterapias representativas solas o en combinación con la medicación con psicotrópicos (Karasu, 1982; Beitman & Klerman, 1991). A parte de la enorme tarea que supone comparar todas las posibles combinaciones de tratamientos esta investigación sólo puede ser tan buena como el predictor y las variables resultantes medidas. Los datos dan a entender que ciertos síntomas se ven influidos de forma distinta por la farmacoterapia y psicoterapia (DiMascio, Weissman, Prusoff, Neu, Zwilling & Klerman, 1979; Klein, Ross & Cohen, 1987). Esto implica que se tiene que ir más allá del simple diagnóstico para orientar la cuestión de qué tratamiento seleccionar para un paciente determinado. El marco que se presenta aquí amplía este trabajo orientando las diferencias individuales que trascienden los límites del diagnóstico que pueden ser críticas al afectar el resultado clínico.

Tal como apunta Arkowitz (1992), el intento de integración en el campo de la psicoterapia se ha desarrollado en tres direcciones: 1) intentos de especificar de un modo más preciso los indicadores de cada modalidad, el llamado eclecticismo técnico (Lazarus, 1981; Beutler & Clarkin, 1990); 2) intentos de identificar ingredientes comunes en todas las modalidades psicoterapéuticas con eficacia demostrada (Frank, 1982); y 3) intentos de formular un marco teórico que combine las distintas modalidades de un modo sistemático, la llamada integración teórica (Wachtel, 1977). Ya que el marco que se presenta se basa en una teoría de diferencias individuales a la hora de procesar la emoción, el enfoque se incluye en la tradición de la integración teórica. Y ya que este marco conduce a indicaciones específicas para cada modalidad, es consistente también con el eclecticismo teórico.

EL MODELO DE NIVELES DE CONCIENCIA EMOCIONAL (NCE)

Seleccionar un constructo que pueda servir para integrar las diferentes modalidades terapéuticas en el campo de la salud mental constituye una difícil tarea. De hecho, la heterogeneidad aparente de los conceptos principales relevantes para

la salud mental, tales como el comportamiento, la cognición, y la emoción, puede constituir la base de la diversidad y falta de integración de las modalidades terapéuticas existentes. Sin embargo, la emoción puede servir como un constructo unificador si se toman como punto de partida las diferencias individuales en la forma de expresar y experimentar la emoción. Esta posición se corrobora con un trabajo reciente que demuestra la importancia crítica de las emociones en el proceso de cambio en la psicoterapia (Greenberg & Safran, 1987, 1989).

El modelo de niveles de conciencia emocional NCE (Lane & Schwartz, 1987) se creó para captar las diferencias observadas clínicamente entre pacientes a la hora de acceder a su propia experiencia interna de la emoción, diferencias que incluyen la capacidad de ser consciente de las emociones y describirlas. Dado que el punto clave parece ser cómo la gente conoce sus propias emociones, los trabajos de Werner y Kaplan (1963) y Piaget (Flavell, 1963) pueden llegar a ser altamente relevantes, ya que describen los procesos fundamentales que median la adquisición del conocimiento sobre el mundo externo y los cambios característicos que experimentan las estructuras de conocimiento al desarrollarse.

Piaget describe cuatro períodos principales del desarrollo cognitivo, incluyendo el sensoriomotor, preoperacional, operacional concreto, y de operaciones formales. El desarrollo cognitivo progresa de un modo jerárquico, con el esquema cognitivo (los elementos de la estructura cognitiva que determinan el comportamiento observable) diferenciándose y integrándose más, y experimentando transformaciones en los patrones sensoriomotores o representaciones mentales progresivamente más abstractas. El principio fundamental del modelo NCE es que estas características estructurales que Piaget describió para el desarrollo cognitivo pertenecientes al conocimiento del mundo exterior se aplican también en general a las transformaciones que ocurren experimentalmente en el conocimiento que los individuos tienen de su propio mundo interior emocional [el modelo epigenético de Piaget del desarrollo cognitivo (Loevinger & Wessler, 1970), del juicio moral (Kohlberg, 1969), de la representación de objetos (Blatt, 1974), y de las estrategias de negociación interpersonal (Selman, Beardslee, Schultz, Krupa & Podorefsky, 1986)]. En este artículo se utilizan los términos *experiencia emocional* y *conocimiento emocional* de forma indistinta, pero se seleccionará éste último para realzar el rol importante que desempeña la cognición consciente en la experiencia.

Al aplicar estos principios al reino de la experiencia emocional, el modelo NCE sostiene que la fisiología (nivel 1), expresión motora (nivel 2) y el conocimiento consciente de la emoción (nivel 3) constituyen distintas formas de representación de la experiencia, relacionadas jerárquicamente entre sí. El nivel 4 resulta de una transformación del nivel 3, que implica la capacidad de experimentar y describir combinaciones de emoción, mientras que el nivel 5 incluye la capacidad de ser consciente simultáneamente de la experiencia diferenciada de sí mismo y del otro. En esencia estos niveles ordenados jerárquicamente constituyen una elaboración

consciente de la emoción activada que va aumentando progresivamente.

Esta naturaleza jerárquica es tal que cada nivel superior transforma pero no elimina la función de los niveles inferiores. En general, en la medida en que cada nuevo nivel constituye una expansión en la complejidad de la representación de la emoción, expresada como una diferenciación e integración mayor, los niveles anteriores se atenúan y manifiestan también una gran diferenciación e integración de la función. Por ejemplo, un individuo que funciona al nivel 4 parece que tiene reacciones fisiológicas más atenuadas a estímulos emocionales, un repertorio más amplio de estrategias de enfrentamiento de los estados emocionales, y un rango más amplio de experiencias emocionales conscientes que un individuo que funcione sólo al nivel 2.

Este modelo puede aplicarse a fenómenos de estados emocionales, en la medida en que un acto de introspección constituye una construcción microgenética (Draguns, 1981), o caracterizar hasta el punto que describa un modo típico de desarrollo de función en esta área. Al igual que el desarrollo cognitivo en general, el desarrollo en el campo emocional tiene lugar a través de procesos idénticos de asimilación (modificación de la información por parte de los esquemas) y acomodación (modificación de los esquemas por parte de la información). Por eso la asimilación determina y limita el modo en que se entiende la información que entra, mientras que para el desarrollo es necesario que ocurra la acomodación. El desarrollo óptimo de la consciencia emocional en los niños requiere, entre otras cosas, un ambiente educacional, lleno de amor en el cual se evite la sub- o sobreestimulación emocional, donde se reconozcan y se dé respuesta apropiada a las necesidades emocionales y donde se califiquen con exactitud los estados emocionales (Stern, 1985).

El Cuadro 1 resume las principales características de los cinco niveles. A medida que se va progresando de nivel en nivel, se produce una ampliación de la experiencia y un incremento progresivo en la capacidad de describir los estados emocionales con palabras precisas. La complejidad cognitiva de las representaciones del self y de los objetos aumenta, tal como lo hacen otras diferenciaciones del self. Ya que la empatía es una habilidad cognitiva compleja que incluye la aplicación del conocimiento propio del mundo interior de la emoción a la situación de otra persona, se produce un aumento progresivo en la habilidad empática a medida que aumenta el nivel de conciencia emocional propio. En relación al aumento de capacidad de conocimiento de las emociones del self y de otros, aumenta la flexibilidad en las interacciones interpersonales y se produce un éxito mayor en la adaptación.

Estos cambios son claramente positivos, y efectivamente, en igualdad de circunstancias, un nivel de funcionamiento superior es mejor que un nivel de funcionamiento inferior. Sin embargo, lo deseable de un nivel determinado está en función del marco social en el que uno se encuentra, y de los valores, objetivos, y

Tabla 1. Cinco niveles de conciencia emocional

	Dimensión					
Nivel	Cualidad subjetiva de la experiencia emocional	Diferenciación de la emoción	Habilidad para describir la emoción	Adquisiciones en la representación	Diferenciación si mismo - otros	Empatía
5. Formal	Diferenciación y combinación máximas	Calidad e intensidad, diferenciaciones más ricas	Describe estados más complejos y diferenciados	Representaciones nuevas (incluyendo metáforas)	Identidades avanzadas integradas, separadas	Conocimiento multifacético de los estados de los otros basado en la habilidad de imaginarse a si mismo en el contexto del otro
4. Concreto	Emoción diferenciada atenuada	Concurrencia de emociones opuestas, presencia de combinaciones emocionales	Describe emociones diferenciadas	Léxico avanzado	Reconoce muchas diferencias externas y algunas internas	Atribución de la experiencia basada sólo en las propias emociones y experiencias
3. Pre-operacional	Emoción penetrante	Experiencia de los extremos emocionales (repertorio limitado)	Describe emociones unidimensionales	Léxico imaginario temprano (Estereotipado)	Reconoce las diferencias principalmente en las características externas	Consciencia idiosincrática o inconsistente de la experiencia de los otros
2. Sensorimotor enactivo	Acción, tendencia y/o despertar global	Acción, tendencia o estado hedónico global positivo o negativo	Describe acciones, tendencias o estados hedónicos globales	Enactiva	Minimal	Mímica motora, identificación a través del comportamiento
1. Sensorimotor reflejo	Sensación corporal	Despertar indiferenciado global	No describe nada, o sólo sensaciones corporales	Reflexiva	Minimal o simbiótica	Empatía reflexiva, e.g., llorar cuando otro llora

prioridades del individuo en cuestión. Por ejemplo en una situación de combate resulta más adaptativa la función de nivel 2, donde el mundo se escinde en dos mitades una “buena” y la otra “mala”, y donde las reacciones inmediatas al ambiente son mucho más adecuadas que un planteamiento introspectivo. De modo parecido en las familias donde existe abuso físico o sexual, reprimir o no reconocer los sentimientos negativos es adaptativo para los niños, si su supervivencia depende del apoyo material ofrecido por los responsables del abuso. Tal situación puede muy bien llevar a limitaciones en la consciencia emocional más tarde en la vida, con la consiguiente limitación, en un nuevo contexto, de la flexibilidad adaptativa de uno mismo.

La Escala de Niveles de Conciencia Emocional, ENCE (*Levels of Emotional Awareness Scale* -LEAS- de Lane, Quinlan, Schwartz, Walker & Zeitlin, 1990) permite la exploración de muchas cuestiones empíricas suscitadas por este modelo. El ENCE propone veinte escenas evocadoras de emociones en las que se incluyen dos personas y ofrece al que contesta una página entera por escena para escribir las respuestas a dos cuestiones: ¿Cómo te sentirías? ¿Cómo se sentiría la otra persona? El sistema de calificación incluye seleccionar los términos de emoción, clasificando cada término de un glosario, y cada uno de los escenarios.

A las palabras emocionales se les asigna una calificación de 0 a 3 puntos. Las palabras de nivel 0 son cogniciones típicamente carentes de contenido emocional intrínseco, por ejemplo, atento, confuso, justificado, incrédulo”. El nivel 1 de palabras se refiere, aunque no exclusivamente, a sensaciones corporales, por ejemplo, “mareado, caliente, dormido, entumecido”. El nivel 2 de palabras incluye, aunque no exclusivamente, las que tienen una valencia positiva o negativa: por ejemplo, “bueno, malo, bajo, terrible”. El nivel 3 de palabras describe siempre una emoción específica: por ejemplo, “enfadado, encantado, miedoso, afectuoso”, etc.

En cada escena, se identifican y clasifican las palabras de emoción del self y del otro. Al self y al otro se les asigna una calificación entre el 0 y el 4. Estas calificaciones igualan el valor más alto de las palabras de emoción usadas, excepto en el caso del nivel 4, que exige usar claramente al menos dos palabras diferentes de nivel 3. Una calificación total para la escena equipara la calificación más alta del self y del otro, excepto en el caso del nivel 5, que requiere que tanto el self como el otro estén al nivel 4 y sean diferentes el uno del otro. La calificación final es la suma de las calificaciones en los 20 escenarios. En el cuadro 2 se puede observar un ejemplo de respuestas a cada nivel.

Tabla 2: Muestra de respuestas de cada nivel en el escenario 20 del ENCE

Usted y su amigo están en la misma línea de trabajo. Existe un premio que se concede anualmente al que desempeñe una mejor tarea. Una noche se anuncia el ganador que resulta ser su amigo ¿Cómo se sentiría? ¿Cómo se sentiría su amigo?
5. Me sentiría decepcionado (3) por no haber ganado, pero <i>contento</i> (3) de que lo haya hecho mi amigo. Mi amigo probablemente lo merecía. Mi amigo se sentirá <i>feliz</i> (3) y <i>orgulloso</i> (3) pero bastante <i>preocupado</i> (3) porque mis sentimientos pudieran haber sido <i>heridos</i> (3).
4. Me sentiría <i>deprimido</i> (3) —el amigo sólo es un competidor. También me sentiría <i>envidiosamente</i> (2) <i>feliz</i> (3) por mi amigo, y pensar que los jueces se han equivocado. Mi amigo se sentiría muy <i>gratificado</i> (3) pero aceptaría el premio para salvar la amistad.
3. Ambos nos sentiríamos <i>felices</i> (3).
2. Probablemente me sentiría <i>mal</i> (2) durante unos días e intentaría imaginar lo que mi amigo sentiría —todo dependería de lo que era nuestra amistad y lo que el premio significó para él.
1. Yo no trabajo duro para “ganar” premios. Mi amigo probablemente pensaría que los jueces sabían lo que hacían.

En un estudio hecho con una muestra de estudiantes universitarios normales (Lane *et al.*, 1990) se ha demostrado que el ENCE tiene una gran fiabilidad, y que se correlaciona con dos medidas de complejidad cognitiva -el nivel de desarrollo de la representación de objetos (Batt & Lerner, 1983) y el test de frases incompletas del desarrollo del Ego de la Universidad de Washington (Loevinger & Wessler, 1970). Por eso, los estudios iniciales parece que validan las hipótesis básicas del modelo ENCE.

LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DEL NIVEL DE CONCIENCIA EMOCIONAL

Como hemos dicho en otra parte (Lane & Schwartz, 1987), puede señalarse un trastorno emocional para cada categoría del diagnóstico. De hecho, el concepto de trastorno emocional es tan fundamental para el concepto de trastorno mental que la ausencia de trastorno emocional como una característica principal de la categoría del diagnóstico sería una prueba de la inadecuación de la conceptualización de la categoría en ella misma, no de la falta de importancia de la emoción.

Sin embargo, a falta de una base empírica para definir la psicopatología en términos de emoción, nos apoyamos en varios postulados fundamentales para aplicar el marco del NCE a la psicopatología y su tratamiento: 1) la psicopatología resulta de una interferencia en la expresión y experiencia libre de las emociones o

desemboca en ella; 2) los patrones de expresión y experiencia emocional característicos de diferentes trastornos mentales son tan duraderos como los trastornos mismos; 3) los esquemas emocionales del paciente determinan: a) el modo en que la emoción se experimenta y expresa, incluyendo algunos de los síntomas principales de los diferentes trastornos mentales y b) el modo en se entiende la información emocional impartida por el terapeuta; y 4) el tratamiento con éxito del trastorno incluye, totalmente o en parte, la disminución de las interferencias con una mejora en el repertorio de emociones del paciente.

Dicho de otro modo, muchos de los rasgos de los trastornos mentales se pueden entender como manifestaciones de la detención del desarrollo o la regresión a diferentes puntos a lo largo del continuo del nivel de conciencia emocional (NCE). Estas manifestaciones patológicas del NCE son estables más que transitorias, sometiéndolas a tratamiento durante un largo período en el tiempo. Además los postulados 3a y 3b sugieren que el nivel de patología de los pacientes y el nivel de las intervenciones del terapeuta debería ser el mismo.

Cada nivel en el modelo tiene manifestaciones de psicopatología asociadas a él. El primer nivel es el sensoriomotor reflejo, caracterizado por sensaciones somáticas asociadas a la activación emocional. Clínicamente se expresaría a través de somatizaciones del paciente, incapaz de reconocer la presencia de ansiedad emocional. El segundo nivel es el sensoriomotor activo, caracterizado por la activación emocional asociada con el impulso a la acción. Esto se tipificaría clínicamente en los pacientes compulsivo-impulsivos, tales como los consumidores de sustancias, los agresores sexuales, y los pacientes borderline activos, etc. El tercer nivel es la experiencia de una experiencia unidimensional de la emoción, como por ejemplo la felicidad, la tristeza, el enfado, etc. Este nivel se ejemplificaría clínicamente en el caso de la experiencia invariable del paciente con depresión grave. El cuarto nivel es el de combinaciones de emociones, expresadas clínicamente como la experiencia de las emociones en conflicto, tales como el enfado y la culpabilidad. El quinto nivel se caracteriza por la experiencia de la combinación de combinaciones, o la capacidad de ser consciente de las experiencias multidimensionales de uno mismo a la vez que se mantiene la capacidad de conciencia multidimensional no restringida en relación a la experiencia del otro. Clínicamente esto se puede manifestar en el paciente que tiene dificultades en clasificar una multitud de sentimientos asociados con una decisión muy importante en su vida que afectaría la vida de otros.

Probablemente resulte muy simple categorizar trastornos a lo largo de este continuo, a pesar de que un determinado trastorno se asocie probablemente con una restricción en el número de niveles que pueden experimentarse. El foco se debería poner más bien, en el reconocimiento de la heterogeneidad de los pacientes en una categoría de diagnóstico determinada, y la posibilidad de clasificar los pacientes individuales en base a las manifestaciones predominantes del problema clínico.

Por ejemplo, la depresión es un estado emocional complejo que se expresa a niveles múltiples. Las manifestaciones de nivel 1 incluirían los síntomas neurovegetativos de la depresión. El nivel 2 incluye la perturbación o retardo psicomotor, o impulsos suicidas. El nivel 3 incluiría el estado de ánimo dominante unidimensional depresivo. El nivel 4 incluiría mezclas o combinaciones de sentimientos, tales como la experiencia simultánea de tristeza, enfado y culpabilidad. El nivel 5 no se asociaría con la depresión persistente o *anhedonia*, ya que se caracteriza por la ausencia de cualquier restricción de las emociones que se pueden experimentar. Es la multiplicidad de manifestaciones de emociones que constituye la base para las modalidades de tratamientos combinatorios.

Tal como se ha señalado, puede haber una regresión en este continuo del nivel típico propio de funcionamiento en el contexto de la recurrencia de la psicopatología sintomática cuando una persona que funciona normalmente a los niveles 4 o 5 se vuelve depresiva clínicamente. Bajo estas circunstancias, habría un declive en la complejidad de la consciencia emocional, una intensificación de los concomitantes somáticos de la activación emocional, etc. Se esperaría que el tratamiento efectivo de la depresión devolviera al paciente su nivel de funcionamiento previo.

EL RECONOCIMIENTO CLINICO DEL NIVEL DE CONCIENCIA EMOCIONAL

El enfoque del modelo NCE ofrece un marco para organizar habitualmente la información clínica reunida, y señala la importancia de ciertos fenómenos que de otro modo quizás no se observarían tan atentamente. De forma parecida, una gran parte de la información se obtiene durante la evaluación clínica habitual, que se puede completar con cuestiones específicas para localizar con precisión el nivel en que el paciente funciona normalmente. La esencia de este reconocimiento es identificar dónde existen los límites en la comprensión del paciente de sus reacciones emocionales y de las de los otros. Por eso el NCE es altamente consistente con la práctica clínica standard, pero amplía el procedimiento clínico habitual en ciertos aspectos.

Hay cuatro fuentes, por lo menos, de información del NCE que pueden extraerse habitualmente de la evaluación rutinaria inicial. Estas son: la fuente de derivación, la demanda principal, la motivación del paciente para el tratamiento, y el punto de vista del paciente sobre el papel del terapeuta.

Fuente de derivación

¿Se somete el paciente a evaluación debido a que siente ansiedad y solicita ayuda, o porque un médico, pariente o jefe se lo ha recomendado? Si se trata de este último caso, hasta el punto que el paciente no es consciente de su problema clínico, tanto si hay posibilidad de explorar como no, se debería sospechar un nivel bajo de nivel de consciencia emocional.

Demanda principal

¿Cuál es la razón predominante para recurrir a la ayuda clínica? Muchos tipos de psicopatología fracasan claramente en la jerarquía (ver más adelante), como primera aproximación. Esto limita el número de niveles que pueden ser pertinentes.

Motivación para el tratamiento

En el caso del paciente que acude al tratamiento por propia voluntad y no por coerción, el objetivo del paciente respecto al tratamiento varía según su nivel (ver más adelante). Como regla general, cuanto mayor sea el énfasis en el alivio de la ansiedad, más bajo será el nivel; cuanto mayor sea el énfasis en la comprensión de la propia vida emocional, más alto será el nivel.

El punto de vista del paciente sobre el papel del terapeuta

Por regla general, los pacientes de niveles inferiores ven al terapeuta como responsable del cambio clínico, mientras que los pacientes de niveles superiores ven la relación de forma colaborativa y al terapeuta como facilitador. Esto se puede relacionar con el conocimiento emocional de los pacientes de niveles bajos, los cuales consideran que sus emociones proceden del exterior, mientras que los pacientes de niveles superiores saben que mientras los factores externos pueden influir sobre sus reacciones emocionales, son dueños y responsables de sus propias emociones.

Reparar la información clínica reunida desde la perspectiva del modelo NCE hace posible identificar ampliamente el grado alto, moderado o bajo de funcionamiento del paciente. Una determinación más precisa del nivel del paciente se puede hacer aplicando el sistema de clasificación del ENCE a la situación clínica.

Este enfoque se puede utilizar informalmente cuando se entrevista al paciente. Cuando el paciente describa una situación que evoque una emoción que incluye a sí mismo y a otra persona, se pregunta “¿Cómo se sintió él?” y “¿Cómo se sentía la otra persona?” Una vez se ha familiarizado con el sistema de clasificación, es relativamente fácil usarlo informalmente para hacerse una idea del nivel a que el paciente funciona normalmente.

Es importante que estas cuestiones se planteen en una variedad de situaciones, algunas que incluyan la razón que motivó la búsqueda de ayuda, y otras que no.

Esto ayudará a determinar si la complejidad de la experiencia del paciente se altera sólo delante de determinadas situaciones o temas.

LA INTERVENCION CLINICA DENTRO DEL MARCO DEL NIVEL DE CONCIENCIA EMOCIONAL

Una vez identificado el nivel del paciente, con ayuda de otros aspectos de evaluación clínica, se debería proceder a tratar el paciente basándose en la literatura clínica del trastorno. En la medida en que distintas modalidades de tratamiento son

eficaces para un problema clínico determinado, su selección debería basarse en el modelo NCE. La decisión sobre la selección del tratamiento o combinación de tratamientos debería basarse en estos tres principios.

1) *El primero, dirigir la intervención al nivel de proceso de información de emociones en el que un paciente funciona habitualmente.* Al igual que a lo largo de este continuo se pueden clasificar diferentes tipos de psicopatología, también se puede hacer lo mismo con las distintas modalidades terapéuticas. El cuadro 3 ofrece un esquema de cómo las principales categorías de tratamientos de salud mental se pueden relacionar con este continuo y con las principales clases de psicopatología.

Las intervenciones al nivel 1, incluyendo la medicación psicotrópica y las técnicas conductuales somáticas, tales como la relajación y el *biofeedback*, se diseñan con la intención de alterar el sustrato de un estado emocional indeseable. Las intervenciones al nivel 2 incluyen el cese de comportamientos peligrosos, destructivos o inadaptados, el aprendizaje de comportamientos alternativos, o de técnicas orientadas a fomentar la consciencia emocional (Davis, 1985). Las intervenciones a nivel 3 se dirigen a disminuir la ansiedad unidimensional. La psicoterapia cognitiva (Beck, 1976) y la psicoterapia de apoyo de orientación psicodinámica (Novey, 1959) buscan alterar los procesos cognitivos que alimentan la disforia, se dirigen al significado o justificación del sentimiento o a facilitar la identificación de la emoción experimentada. En el nivel 4 la psicoterapia orientada a la comprensión (Malan, 1979) se centra en el conflicto, incluyendo las emociones asociadas con el conflicto, que conducen a disfunciones o a falta de satisfacción en las esferas laboral y social. En este nivel se necesita un enfoque que explore y contraste emociones aparentemente incompatibles para que se pueda llegar a una solución. Las terapias que con otros nombres se orientan a llevar combinaciones de emociones al conocimiento consciente, también intervienen en el nivel 4.

Tal como se ha venido diciendo hasta ahora, en el nivel 5 los individuos no experimentan limitaciones en el conocimiento de sus sentimientos o comportamientos de los otros. Esto fomenta la adaptación social y el éxito profesional. Pero bajo ciertas circunstancias, esta libertad en la experiencia puede llevar a nuevas oportunidades que, a su vez, pueden ser aceptadas o rechazadas. Puede que se tenga que tomar una decisión muy importante y difícil, particularmente cuando se experimentan tantas emociones en relación a los múltiples factores a considerar. Un terapeuta puede ayudar indicando al paciente cómo determinar la relativa importancia y fuerza de distintos sentimientos, es decir, a establecer prioridades entre los factores que compiten, que a la vez puede facilitar la toma de decisión. La psicoterapia orientada a la comprensión es útil para tal exploración, mientras que la logoterapia (Frankl, 1967) puede ser particularmente pertinente para optimizar el propio sentido del significado en la experiencia, ya que examina los valores y objetivos de cada uno en la vida.

La correspondencia establecida en este artículo entre las diversas modalidades

Tabla 3. Intervenciones Psicoterapéuticas basadas en los cinco niveles del conocimiento emocional

Nivel	Modo de representación principal	Naturaleza de la psicopatología	Objetivo del paciente	Objetivo del terapeuta	Tipo de intervención
5	Combinación de combinaciones	Crisis existencial	Tomar una gran decisión en la vida	Promover la discriminación comparativa cuantitativa entre los patrones de emociones a través de contextos	Existencial, <i>insight oriented</i>
4	Combinaciones de experiencias	Conflicto emocional (e.g., neurosis)	Ayuda en el trabajo, relaciones con dificultades	Resolver los conflictos intrafísicos	<i>Insight-oriented</i>
3	Experiencia unidimensional	Trastorno consciente permanente (e.g., depresión)	Aliviar el trastorno	Disminuir la intensidad del trastorno; expandir el rango de experiencias	Terapia cognitiva, psicoterapia de apoyo
2	Acciones/tendencias a acciones	Impulsiva o compulsiva (e.g., abusos)	Parar el comportamiento problemático; superar las inhibiciones	Convertir las acciones en más adaptativas, menos destructivas del si mismo; ampliar el repertorio conductual	Modificación de comportamiento, terapia de movimiento, contención física
1	Sensaciones corporales	Trastorno somático (e.g., desorden somatizante)	Alivio del trastorno físico	Alterar la estructura psicológica del estado emocional	Farmacológica, <i>biofeedback</i> , relajación

de terapia y el modelo NCE es a título preliminar y puede cambiar en la medida en que se obtengan nuevos datos relativos al éxito de este enfoque. Sin embargo, pretende facilitar, por ejemplo a través de la acomodación, el desarrollo de los esquemas de conocimiento para que se pueda asimilar más información. Ya que la transformación de los esquemas existentes requiere que la nueva información se procese a través de la asimilación, es más probable que el terapeuta sea capaz de conseguirlo si sus intervenciones se dirigen intencionadamente al nivel en que el paciente actúa normalmente. Intervenir a un nivel distinto sería perjudicial, porque el paciente puede interpretar la intervención de forma muy diferente a las intenciones del terapeuta.

2) *El principio segundo, es que la intervención debería proceder de abajo arriba en vez de arriba a abajo.* Ya que la experiencia a cualquier nivel incorpora experiencias de niveles inferiores, la meta inicial de la intervención terapéutica depende de la relevancia del fenómeno a niveles inferiores. Por ejemplo, cuando se prescriben antidepresivos tricíclicos -una intervención de nivel 1- por depresión persistente, -un trastorno a nivel 3-, éstos sólo resultan eficaces en el tratamiento del trastorno del estado de ánimo si hay señales neurovegetativas de depresión (fenómeno de nivel 1). Igualmente, y a pesar de que un paciente con un trastorno *borderline* de personalidad, tipificado en las experiencias de nivel 2, puede tener muchas experiencias al nivel 4 o 5, el progreso clínico en la psicoterapia no será posible hasta que se controle la conducta.

La idea de que una intervención con éxito a un nivel moverá el paciente al siguiente nivel en el continuo se halla implícita en este modelo de desarrollo. Sabemos clínicamente que al principio del tratamiento tricíclico de la depresión, no es raro que los pacientes experimenten un aumento en la necesidad de cometer suicidio. Esto puede reflejar una transición de la experiencia del nivel 1 al nivel 2. Sólo cuando el comportamiento (nivel 2) del paciente *borderline* se halla bajo control, la naturaleza de la(s) respuesta(s) emocional(es) alimentada(s) por la conducta se vuelve accesible a la exploración consciente (nivel 3). De forma parecida, la repetición por parte del terapeuta de la descripción de las emociones individuales (nivel 3) puede facilitar al paciente el darse cuenta de una mayor variedad de experiencias y, en consecuencia, informar de combinaciones de experiencias.

El enfoque de arriba abajo implica una intervención orientada a facilitar la transición al nivel inmediatamente superior que el paciente desea alcanzar. Desde la perspectiva del paciente, las intervenciones del terapeuta que estén por encima de este nivel parecerán artificiales o “fuera de tono”, y pueden inhibir el progreso terapéutico futuro, induciendo a estados emocionales intolerables. También hay un peligro significativo de perder contacto con el paciente y romper la alianza al situarse “por encima de la cabeza del paciente”. Por ejemplo, es probablemente antiterapéutico forzar a un paciente con un trastorno de estrés postraumático a

confrontar repetidamente intensos sentimientos de rabia y culpabilidad antes de que el comportamiento “acting-out”, como el asalto físico o el abuso, estén bajo control. De igual modo, dirigir las intervenciones hacia un nivel inferior puede experimentarse como una propuesta carente de interés, aburrida o equivocada.

3) *El tercer principio es que pueden añadirse* modalidades adicionales orientadas a niveles superiores cuando las orientadas a niveles inferiores no se adaptan plenamente a resolver el problema, o el problema clínico es especialmente urgente o grave. Este principio, que es coherente con los dos primeros, se basa en la suposición que la emoción es una construcción microgenética que puede generar manifestaciones a diferentes niveles simultáneamente. Es fundamental que las modalidades añadidas de este modo se dirijan a comportamientos o sentimientos de otros niveles que constituyan aspectos significativos del problema clínico.

Estos tres principios se pueden ilustrar en el caso siguiente: El Sr. A., un hombre de 62 años, tuvo una depresión después de que su mujer de 35 años le dejó por un hombre más joven al cabo de dos meses de casados, y, además, se encargó de transferirse importantes activos financieros a su nombre. Sufrió de insomnio, inapetencia, anergia, falta de libido e ideación suicida. Se vio socialmente desplazado y constantemente le daba vueltas al asunto y se preguntaba qué había hecho mal y como podría recuperarla. Todavía la adoraba y la idealizaba. Se le diagnosticó una depresión grave.

El terapeuta del Sr. A. empezó recetando trazodona y elevó rápidamente la dosis hasta niveles antidepressivos. Le veía una vez por semana para darle apoyo y asegurarse de que la medicación se tomaba tal como se le había prescrito. Por eso, la intervención terapéutica se dirigió inicialmente al nivel 1 (principio 1), ya que la primera modalidad era la farmacoterapia, y la psicoterapia estaba orientada a posibilitar la farmacoterapia. Una ilustración de este enfoque es que no se exploraron las rumiaciones, ya que el terapeuta las consideraba como manifestaciones de un síndrome biológico que puede responder a la medicación. Otras intervenciones auxiliares incluyeron el desanimar la tendencia a llamar a la esposa para suplicarle su vuelta (nivel 2), y atenuar su dolor mediante la calificación empática de sus sentimientos actuales (nivel 3). Estas intervenciones adicionales se diseñaron para minimizar el trastorno y facilitar el desarrollo de la alianza terapéutica durante su período de inestabilidad clínica (Principio 3).

Cuando la trazodona empezó a hacer efecto, sus síntomas neurovegetativos se aliviaron, su estado de ánimo mejoró considerablemente y dejó de pensar en ella. Sin que fuera inducido por el terapeuta, empezó a expresar enfado y resentimiento contra ella, describió como se sintió herido por su rechazo mientras reconocía el amor que todavía sentía por ella (nivel 4). Por, eso con la administración de apropiada farmacoterapia en un marco de apoyo, el paciente empezó a funcionar a un nivel superior, llevando al terapeuta a modificar su técnica de un nivel inferior a uno superior proporcionado por el cambio del paciente (Principio 2). Con la ayuda

de su terapeuta, el Sr. A. fue después capaz de explorar los factores que le llevaron a involucrarse con esa mujer, aceptando los errores de juicio que había cometido, y empezó a salir con amigos otra vez, incluyendo otras mujeres. A medida que mejoró, empezó a considerar si sería posible utilizar algún recurso legal.

Ya que el tratamiento de salud mental es a menudo una experiencia nueva para el paciente, el terapeuta debería responsabilizarse de cuando hubiera algún desajuste entre el nivel de organización del paciente y las intervenciones terapéuticas. Debería considerarse un error de nivel el que la terapia no progrese con el tiempo y la explicación del retraso no sea clara. Esto ocurre con los nuevos pacientes así como con aquellos cuya terapia progresó correctamente antes del estancamiento. Si los pacientes con un trastorno particular se tratan todos rutinariamente de la misma forma, cabe esperar resultados heterogéneos.

DISCUSION

Este enfoque teórico pone de manifiesto varias cuestiones empíricas. La primera es demostrar que los pacientes se pueden categorizar de acuerdo con este modelo, y determinar si los pacientes se presentan clínicamente de la forma que hemos descrito.

Sin embargo, hay una serie de hipótesis evaluables que resultan de esta discusión: 1) cuanto mejor sea el acoplamiento entre el paciente y la modalidad, más rápida y completa será la mejoría, y mayor la satisfacción del cliente; por eso, focalizar la atención en la naturaleza y la complejidad de las representaciones emocionales puede optimizar el ajuste entre el paciente y el tratamiento, en otras palabras su eficacia, con lo cual se incrementa su efectividad de coste. Por eso, se pueden predecir mejores resultados utilizando este modelo si se compara con estudios que confrontan una escuela de terapia con otra en el tratamiento de pacientes con un trastorno determinado. 2) Los terapeutas que quieren y pueden operar a múltiples niveles deberían ser más eficaces. 3) Los terapeutas familiarizados con este enfoque deberían ser más flexibles, y con más posibilidades de aprender de sus pacientes.

Este modelo también puede servir como un herramienta útil de formación en muchos sentidos: 1) hace consciente a los aprendices de la heterogeneidad de los pacientes, y a la variedad y legitimidad de diferentes modalidades de tratamiento; si un terapeuta evalúa un paciente que tiene un problema mental y no tiene nada que ofrecer al paciente, es probable que esto refleje una selección entre un repertorio limitado de opciones terapéuticas -aunque bajo circunstancias extraordinarias ningún tratamiento pueda ser el tratamiento de la elección (Frances *et al.*, 1984); 2) ofrece un modelo para entender el curso y progreso de la psicoterapia, y la necesidad de adaptar el propio enfoque al paciente a medida que se produce el cambio clínico.

Este enfoque también realza la importancia de fenómenos que de otra forma no estarían en la base teórica de una modalidad particular, pero que pueden

determinar el éxito o el fracaso en el tratamiento. Por ejemplo, el psicoterapeuta orientado a la comprensión puede crear un ambiente sensoriomotor que conduzca a la exploración de emociones sutiles. Esto implica ofrecer un ambiente tranquilo y relajado, la atención del terapeuta al tono de voz del/la paciente y su expresión facial cuando habla, etc. De forma parecida, un terapeuta conductual que trata un paciente con un comportamiento compulsivo perturbador es más probable que establezca una alianza terapéutica si el paciente sabe de la existencia e importancia de sus sentimientos para dirigir la terapia al objetivo de la intervención. Por eso, el conocimiento del terapeuta de múltiples niveles no sólo amplía el número de problemas que se pueden tratar, sino que también puede incrementar la eficacia de los tratamientos específicos que se ofrecen.

Finalmente, este modelo plantea que los futuros clínicos tienen que formarse en el mayor número posible de modalidades que se han descrito. Ya que una profunda familiarización con cada una de las modalidades es difícil de conseguir, y mucho menos mantener, este modelo sugiere que grupos de práctica privados o instituciones de salud mental deberían disponer como mínimo de un especialista en cada modalidad. Sin embargo, si cada miembro del grupo de tratamiento conoce el modelo, puede aumentar la apreciación que cada clínico tiene respecto a las contribuciones de los otros miembros del grupo, dirigiendo potencialmente las colaboraciones clínicas a un mejor nivel y mejorar el tratamiento del paciente.

Los autores aplican un marco de desarrollo cognitivo para entender las diferencias individuales en la expresión y experiencia emocional delante del problema de seleccionar y combinar modalidades de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales. Se enfatiza la presentación clínica de los cinco niveles de conocimiento emocional y las implicaciones de cada nivel al seleccionar de un amplio abanico de modalidades de tratamiento, incluyendo las terapias farmacológicas, de comportamiento, cognitivas, y orientadas a la comprensión. El ajuste de la intervención terapéutica con la psicopatología se basa en la teoría que la forma en que el cliente procesa la emoción determina los factores claves de la psicopatología y la forma en que el terapeuta procesa o entiende las intervenciones. Este modelo puede servir como una herramienta útil de aprendizaje; ayuda a optimizar la eficiencia y la eficacia del tratamiento e influye el método de trabajo de los profesionales de la salud mental.

Traducción Ariadna Villegas i Torras

Referencias bibliográficas

- ARKOWITZ, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. Freedheim (Ed.), *The history of psychotherapy: A century of change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.
- BEITMAN, B.D. & KLERMAN, G.L. (Eds) (1991). *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- BEUTLER, L.E. & CLARKIN, J. (1990). *Differential treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner Mazel.
- BLATT, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study Child*, 29, 105-157.
- CHEVRON, E.S., QUINLAN, D.M. & BLATT, S.J. (1978). Sex roles and gender differences in the experience of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 680-683.
- DAVIR, M.R. (1985). Perceptual and affective reverberation components. In A.P. Goldstein & G.Y. Michael (Eds.), *Empathy: Development, training and consequences* (pp. 62-108) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- DiMASCIO, A., WEISSMAN, M.M, PRUSOFF, B.A., NEU, C., ZWILLING, M. & KLERMAN, G.L. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.
- DRAGUNS, J.G. (1981). Why microgenesis? An inquiry on the motivational sources of going beyond the information given. *Psychological Research Bulletin*, 21, 1-22.
- FLAVELL, J.H. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FRANCES, A., CLARKIN, J. & PERRY, S. (Eds.) (1984). *Differential therapeutics in psychiatry*. New York: Brunner Mazel.
- FRANK, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (The Master Lecture Series, Vol 1: pp. 73-122). Washington, DC: American Psychological Association.
- FRANKL, V.E. (1967). *Psychotherapy and existentialism*. New York: Washington Square Press.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.
- HALES, R.E. & FRANCES, A.J. (Eds.) (1987). *Psychiatry update: The American Psychiatric Association Annual Review* (Vol VI) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- KARASU, T.B. (1982). Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1102-1113.
- KLEIN, D.F., ROSS, D.C. & COHEN, P. (1987). Panic and avoidance in agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 337-385.
- KOHLBERG, L. (1969). Stage and sequence. The cognitive-developmental approach to socialization. In D.A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 347-480). New York: Rand McNally.
- LANE, R.D., QUINLAN, D.Q., SCHWARTZ, G.E., WALKER, P.A., & ZEILTIN, S.B. (1990). The levels of emotional awareness scale: A cognitive -developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55, 124-134.
- LANE, R.D. & SCHWARTZ, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- LAZARUS, A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- LOEVINGER, J. & WESSLER, R. (1970). *Measuring ego development, Volume I: Construction and use of a sentence completion test*. San Francisco: Jossey Bass.
- MALAN, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Boston: Butterworth & Co.
- NOVEY, S. (1959). The technique of supportive therapy in psychiatry and psychoanalysis. *Psychiatry*, 22, 179-187.
- SELMAN, R.L., BEARDSLEE, W., SCHULTZ, L.H., KRUPA, M. & PODOREFSKY, D. (1986). Assessing adolescent interpersonal negotiation strategies: toward the integration of structural and functional models. *Development Psychology*, 22, 450-459.
- STERN, D.N. (1985). *The interpersonal world of the human infant*. New York: Basic Books.
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: toward and integration*. New York: Basic Books.
- WERNER, H. & KAPLAN, B. (1963). *Symbol formation: An organismic-developmental approach to language and the expression of thought*. New York. Wiley.