

HACIA UNA PSICOLOGÍA INTEGRADORA

Teoría Unificada del Funcionamiento Psicológico y el Cambio Terapéutico

Síntesis clínica y teórica a partir de las principales
corrientes de la psicoterapia contemporánea

Terapia de Esquemas · Psicoanálisis Relacional · Análisis Transaccional
Diálogo de Voces · Espiral Dinámica · Terapia Cognitivo-Analítica
Constructos Personales · Mindfulness · Focusing · Terapia Existencial
FAP · Activación Conductual · Terapia Breve · CFT · DBT
Terapia Narrativa · Entrevista Motivacional · Psicología Positiva
ACT · Visión Integral (Wilber)

Contenido

ÍNDICE.....	2
1. PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DEL DOCUMENTO.....	3
2. LA NECESIDAD DE UNA VISIÓN INTEGRADORA.....	4
2.1 El problema del pluralismo sin síntesis.....	4
2.2 El movimiento integrador en psicoterapia.....	4
2.3 La investigación como árbitro.....	4
2.4 Una nota honesta sobre la validación científica.....	5
3. FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y EPISTEMOLÓGICOS.....	7
3.1 La persona como sistema complejo y abierto.....	7
3.2 El constructivismo como epistemología.....	7
3.3 La fenomenología y la experiencia subjetiva.....	7
3.4 El evolucionismo y la biología del afecto.....	7
3.5 La integración vertical: de lo biológico a lo espiritual.....	8
4. MAPA DEL PSIQUISMO: EL SER HUMANO COMO SISTEMA COMPLEJO.....	9
4.1 La naturaleza plural del yo.....	9
El modelo integrado de partes.....	9
4.2 El origen evolutivo-biológico del sufrimiento.....	10
4.3 La formación del carácter: herida y adaptación.....	11
4.4 Los niveles de conciencia y las visiones del mundo.....	12
5. LOS TRES TIEMPOS DEL YO.....	14
5.1 El pasado: origen, herida y esquemas.....	14
5.1.1 El modelo del niño que sobrevivió.....	14
5.1.2 Los esquemas y los modos.....	14
5.1.3 Los procedimientos recíprocos de rol.....	15
5.2 El presente: experiencia, cuerpo y relación.....	15
5.2.1 La conciencia plena y el cuerpo.....	15
5.2.2 La Terapia Existencial y el aquí y ahora relacional.....	15
5.2.3 La Psicoterapia Analítico-Funcional.....	16
5.2.4 La regulación emocional y las habilidades de conciencia.....	16
5.3 El futuro: valores, sentido y crecimiento.....	16
5.3.1 La Terapia de Aceptación y Compromiso y los valores.....	17
5.3.2 La Psicología Positiva y las fortalezas.....	17
5.3.3 El guion de vida y la obra de teatro propia.....	17
6. EL CAMBIO TERAPÉUTICO: TEORÍA Y MECANISMOS.....	19
6.1 La alianza y la relación terapéutica.....	19
6.2 Insight, narrativa y reformulación.....	19
6.3 Aceptación, compasión y autocompasión.....	20
6.4 La acción como motor del cambio.....	20

6.5 Los valores como norte orientador.....	21
7. LAS HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS INTEGRADAS.....	22
7.1 Evaluación e inicio del proceso.....	22
La Autocaracterización (Constructos Personales).....	22
El Cuestionario de Fortalezas.....	22
El Cuestionario de Psicoterapia (TCA).....	22
La Elaboración de la demanda.....	22
La Entrevista Motivacional.....	22
7.2 Intervenciones orientadas al pasado.....	22
La reformulación (TCA).....	22
El trabajo con los modos y el reparentalización limitada (Terapia de Esquemas).....	23
El Diálogo de Voces.....	23
El trabajo con el apego.....	23
7.3 Intervenciones en el presente.....	23
Prácticas de Mindfulness.....	23
Focusing.....	23
El trabajo con la relación terapéutica (FAP y Terapia Existencial).....	24
Habilidades de la TDC.....	24
La Activación Conductual.....	24
La externalización del problema (Terapia Narrativa).....	24
7.4 Intervenciones orientadas al futuro.....	24
El trabajo con valores (ACT).....	24
El desarrollo del yo compasivo (CFT).....	24
La Práctica Integral de Vida (Wilber).....	25
El reencuadre narrativo y la obra de teatro propia.....	25
8. PROTOCOLO CLÍNICO INTEGRADO: UNA PROPUESTA DE PROCESO.....	26
Fase 1: Evaluación, acogida y alianza.....	26
Fase 2: Comprensión y reformulación.....	27
Fase 3: Trabajo experiencial y relacional.....	28
Fase 4: Consolidación e integración.....	29
Fase 5: Orientación al crecimiento y cierre.....	31
9. EL TERAPEUTA COMO INSTRUMENTO: REFLEXIONES FINALES.....	33
9.1 El terapeuta como ser humano.....	33
9.2 La presencia terapéutica.....	33
9.3 La humildad epistemológica.....	33
9.4 El cuidado del terapeuta.....	34
10. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES.....	35
Psicoanálisis y Psicología del Desarrollo.....	35
Análisis Transaccional.....	35

Psicología de los Constructos Personales.....	35
Terapia de Esquemas.....	35
Terapia Cognitivo-Analítica.....	35
Mindfulness y Terapias de Tercera Generación.....	35
Terapia Centrada en la Compasión.....	36
Terapia Experiencial y Existencial.....	36
Terapia Narrativa y Constructivismo Social.....	36
Psicoterapia Analítico-Funcional.....	36
Terapia Breve y Estratégica.....	36
Activación Conductual.....	37
Entrevista Motivacional.....	37
Psicología Positiva.....	37
Diálogo de Voces.....	37
Espiral Dinámica e Integración.....	37
Neurociencia y Biología del Afecto.....	37

1. PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

Este documento nace de años de práctica clínica y de la necesidad de encontrar un hilo conductor que integre las numerosas corrientes y tradiciones terapéuticas que, a lo largo del tiempo, han ido enriqueciendo la manera de entender y acompañar el sufrimiento humano. No se trata de eclecticismo ingenuo —la simple suma de técnicas sin criterio teórico— sino de un intento genuino de síntesis: encontrar los principios comunes, las metáforas compartidas y los mecanismos de cambio que subyacen a las distintas escuelas.

La Psicología, como ciencia y como arte, se ha desarrollado durante el siglo XX y el XXI a través de una multiplicación de escuelas que a menudo se han ignorado mutuamente o incluso se han visto con desconfianza. Sin embargo, cuando un clínico trabaja durante años con personas reales, en situaciones complejas y plurales, descubre que la riqueza no está en la pureza doctrinaria sino en la capacidad de moverse entre marcos y herramientas con criterio, flexibilidad y coherencia teórica.

Las tradiciones que se integran en este documento son, entre otras: la Terapia de Esquemas (Young), el Psicoanálisis relacional (especialmente Karen Horney), el Análisis Transaccional (Berne), el Diálogo de Voces (Stone y Stone), la Espiral Dinámica (Graves, Beck y Cowan), la Terapia Cognitivo-Analítica (Ryle), la Terapia de Constructos Personales (Kelly), el Mindfulness y las tradiciones contemplativas, el Focusing (Gendlin), la Terapia Existencial (Yalom), la Psicoterapia Analítico-Funcional (Kohlenberg), la Activación Conductual (Martell), la Terapia Breve Estratégica (Nardone, Watzlawick), la Terapia Centrada en Soluciones (De Shazer), la Terapia Centrada en la Compasión (Gilbert), la Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan), la Terapia Narrativa (White y Epston), la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick), la Psicología Positiva (Seligman), la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Wilson y Luciano) y la Visión Integral (Wilber).

El objetivo es construir un mapa útil: suficientemente amplio para no dejar fuera dimensiones importantes de lo humano, y suficientemente preciso para orientar la acción terapéutica. Un mapa, en la famosa distinción de Korzybski, no es el territorio; pero un buen mapa es indispensable para orientarse en terrenos complejos.

2. LA NECESIDAD DE UNA VISIÓN INTEGRADORA

2.1 El problema del pluralismo sin síntesis

La psicología clínica y la psicoterapia viven desde sus orígenes una paradoja: cuanto más se investiga y más se aprende sobre el funcionamiento psicológico humano, más se multiplican los enfoques, las técnicas y las denominaciones. Existen hoy más de cuatrocientas formas distintas de psicoterapia, muchas de las cuales comparten principios fundamentales pero los nombran con vocabularios diferentes, lo que genera confusión tanto entre los clínicos como entre los pacientes.

Esta fragmentación tiene un coste real. El paciente que llega a consulta no es 'un conductual', 'un psicodinámico' o 'un cognitivo': es una persona compleja, con historia, con cuerpo, con relaciones, con sueños y miedos, con fortalezas y vulnerabilidades. La persona nunca cabe por entero en una sola escuela. El terapeuta que se limita a un solo modelo corre el riesgo de ver solo lo que su modelo le permite ver, como señaló célebremente Abraham Maslow: 'Si solo tienes un martillo, todo te parece un clavo'.

Por otro lado, el integracionismo sin base teórica —el eclecticismo técnico puro— tiene sus propios peligros: incoherencia conceptual, falta de criterio para elegir qué técnica en qué momento, dificultad para evaluar el proceso y riesgo de confundir al paciente con mensajes contradictorios.

2.2 El movimiento integrador en psicoterapia

El movimiento de integración en psicoterapia no es nuevo. Desde los años 80 del siglo XX, autores como Paul Wachtel, Marvin Goldfried o Jeremy Safran han argumentado la necesidad de tender puentes entre tradiciones. La Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia (SEPI, por sus siglas en inglés) lleva décadas promoviendo este diálogo.

Se distinguen habitualmente cuatro vías de integración: (1) el eclecticismo técnico, que selecciona técnicas de distintas escuelas sin comprometerse con ninguna teoría de base; (2) el integracionismo teórico, que intenta fusionar marcos conceptuales de distintas escuelas; (3) los factores comunes, que busca los ingredientes activos que comparten todas las terapias efectivas (alianza terapéutica, expectativa de cambio, exposición, etc.); y (4) la asimilación de elementos externos a un modelo de referencia propio.

La propuesta que se desarrolla en este documento busca un camino que podría llamarse integración estructural: identificar los grandes ejes que articulan el funcionamiento psicológico humano y desde ahí dar coherencia y lugar a las distintas corrientes y herramientas, entendidas como aproximaciones válidas a distintos aspectos de esos mismos ejes.

2.3 La investigación como árbitro

La integración no puede ser solo filosófica: necesita estar avalada por la evidencia. La investigación sobre resultados en psicoterapia ha mostrado de manera consistente que los factores comunes a todas las terapias —en especial la alianza terapéutica, la empatía del

terapeuta, la coherencia del marco de trabajo y las expectativas del cliente— explican una parte muy significativa del cambio terapéutico. Al mismo tiempo, hay técnicas y protocolos específicos con evidencia sólida para problemas concretos. Una teoría integradora debe honrar ambas verdades.

Asimismo, la neurociencia afectiva (Panksepp, Damasio, LeDoux, Porges) ha aportado en las últimas décadas un sustrato biológico que unifica muchas de las observaciones clínicas que distintas escuelas habían hecho de manera independiente: la importancia del cuerpo en la emoción, el papel del apego en la regulación nerviosa, la naturaleza dual del procesamiento cognitivo-emocional, la plasticidad neuronal como base del cambio.

2.4 Una nota honesta sobre la validación científica

Una psicología integradora responsable no puede ignorar que no todas las corrientes y técnicas que se integran en este modelo tienen el mismo nivel de validación científica. La evidencia empírica disponible en psicoterapia es desigual, y conviene ser explícito al respecto para que el clínico pueda calibrar su uso con criterio.

Corrientes con sólida base empírica: La Terapia Cognitivo-Conductual (de la que la Activación Conductual y la TDC son derivados especializados), la Terapia Dialéctico-Conductual (con amplia evidencia para el TLP y la regulación emocional), la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Entrevista Motivacional, el Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) y la Terapia de Exposición son las que cuentan con el mayor respaldo de ensayos clínicos controlados y revisiones sistemáticas. La Terapia de Esquemas cuenta con evidencia creciente y sólida, especialmente para trastornos de personalidad.

Corrientes con evidencia moderada o emergente: La Terapia Centrada en la Compasión, la Psicología Positiva, la Terapia Narrativa y la Psicoterapia Analítico-Funcional disponen de estudios con resultados prometedores, aunque la investigación controlada es más limitada. La Terapia Existencial y el Focusing tienen una base de investigación cualitativa importante y respaldo en estudios de proceso, aunque con menos ensayos controlados.

Corrientes con evidencia limitada o de naturaleza principalmente clínica: El Análisis Transaccional, el Diálogo de Voces, la Terapia Breve Estratégica y la Espiral Dinámica tienen menor presencia en la investigación cuantitativa controlada. Esto no significa necesariamente que sean ineficaces: puede reflejar dificultades metodológicas, menor financiación investigadora o la naturaleza de sus objetivos (difíciles de operacionalizar en ensayos clínicos). Sin embargo, el clínico debe ser consciente de esta limitación y utilizarlas con criterio, especialmente como herramientas de conceptualización o como complemento de intervenciones con mayor evidencia.

La psicoanálisis relacional y la visión integral de Wilber se sitúan más en el ámbito de los marcos conceptuales que en el de las intervenciones validadas. Su valor es fundamentalmente heurístico y organizador: aportan metáforas y estructuras teóricas que enriquecen la comprensión clínica, pero no deben presentarse al paciente como tratamientos con el mismo nivel de evidencia que los anteriores.

En conclusión, el terapeuta integrador debe distinguir entre tres tipos de uso: (1) técnicas o protocolos específicos con evidencia robusta que pueden aplicarse a problemas concretos; (2) marcos conceptuales con respaldo clínico que orientan la comprensión sin ser en sí mismos protocolos de tratamiento; y (3) herramientas experienciales o metáforas de trabajo que se utilizan en función del perfil del cliente y del momento del proceso, asumiendo con honestidad la incertidumbre sobre su eficacia comparativa. La integridad científica y la utilidad clínica no siempre señalan en la misma dirección, y el terapeuta maduro sabe navegar esa tensión.

3. FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y EPISTEMOLÓGICOS

3.1 La persona como sistema complejo y abierto

El primer fundamento filosófico de esta teoría integradora es una ontología de la complejidad. El ser humano no es una máquina simple con una sola causa y un solo efecto, sino un sistema complejo, dinámico y abierto. Sus partes no se suman: se organizan, interactúan, emergen unas de otras. La psicopatología no es la disfunción de un engranaje, sino la rigidificación de un sistema que ha perdido flexibilidad y capacidad de adaptación.

Esta perspectiva sistémica es coherente con la teoría del caos y los sistemas dinámicos no-lineales, con la concepción ecológica de la mente propuesta por Bateson, y con el pensamiento de la complejidad (Morin). En términos prácticos, significa que el terapeuta nunca trabaja solo con 'un síntoma': trabaja con una persona entera, en un contexto, en un momento de su historia, con sus recursos y sus limitaciones.

3.2 El constructivismo como epistemología

El segundo fundamento es epistemológico: el constructivismo. Siguiendo a George Kelly y su Psicología de los Constructos Personales, entendemos que cada persona construye activamente su realidad a través de un sistema de constructos bipolares. La realidad objetiva existe, pero siempre es interpretada, siempre es construida. Los problemas psicológicos son, en gran medida, problemas de construcción: esquemas rígidos, narrativas que aprisionan, interpretaciones que perpetúan el sufrimiento.

El constructivismo dialéctico (en la línea de la Terapia Cognitivo-Analítica de Ryle y de la Terapia Dialéctico-Conductual de Linehan) añade que esas construcciones no son solo individuales: emergen en el diálogo con los otros, especialmente con las figuras de apego tempranas. Somos seres constitutivamente relacionales.

3.3 La fenomenología y la experiencia subjetiva

El tercer fundamento es fenomenológico: la experiencia subjetiva es el dato más fundamental. Lo que la persona vive, siente, piensa e interpreta —su mundo interno— es el territorio primario de la psicoterapia. Las terapias experienciales (Gendlin, Rogers, Yalom) han subrayado que el cambio verdadero no ocurre solo en el nivel cognitivo-conceptual, sino en el nivel de la experiencia vivida, lo que Gendlin llamó el felt sense, la sensación sentida en el cuerpo que precede y orienta la conceptualización.

3.4 El evolucionismo y la biología del afecto

El cuarto fundamento es evolutivo. Paul Gilbert, desde la Terapia Centrada en la Compasión, ha articulado con gran precisión cómo el cerebro humano es el producto de millones de años de evolución y cómo esa historia condiciona nuestra manera de sufrir y de sanar. Nuestras

emociones básicas —miedo, tristeza, rabia, alegría, deseo— son mecanismos adaptativos que operan con su propia lógica, anterior e independiente del pensamiento racional.

El modelo de los tres sistemas de regulación emocional de Gilbert (sistema de amenaza-protección, sistema de logro-incentivo y sistema de calma-afiliación) es una contribución teórica de primer orden que permite integrar muchas observaciones clínicas dispersas. Mucho del sufrimiento humano se explica por el sobreequilibrio del sistema de amenaza y la infraactivación del sistema de calma-afiliación.

3.5 La integración vertical: de lo biológico a lo espiritual

Ken Wilber ha propuesto, en su Teoría Integral, que una visión completa del ser humano debe incluir cuatro cuadrantes fundamentales: el interior individual (la experiencia subjetiva), el exterior individual (el cuerpo, el cerebro, la conducta), el interior colectivo (la cultura, los valores compartidos, el lenguaje) y el exterior colectivo (los sistemas sociales, las instituciones, el entorno). Ningún modelo que ignore alguno de estos cuadrantes puede ser verdaderamente completo.

Wilber añade, además, que el desarrollo humano ocurre a lo largo de múltiples líneas (cognitiva, emocional, moral, interpersonal, espiritual...) y que cada línea puede tener distintos grados de desarrollo con relativa independencia de las otras. Esta perspectiva, que recoge la Espiral Dinámica de Graves-Beck, permite comprender la heterogeneidad de los pacientes y adaptar el trabajo terapéutico a su nivel de desarrollo en cada dimensión.

4. MAPA DEL PSIQUISMO: EL SER HUMANO COMO SISTEMA COMPLEJO

4.1 La naturaleza plural del yo

Uno de los hallazgos más consistentes en la clínica psicológica, independientemente de la escuela teórica desde la que se trabaje, es que el yo no es una entidad monolítica y unitaria: es un sistema plural, compuesto por partes, voces, estados del yo o sub-personalidades que pueden tener orientaciones, motivaciones y estrategias distintas e incluso contradictorias.

Esta observación central ha sido formulada de maneras diferentes por distintas escuelas:

- El Psicoanálisis clásico habló de ello en términos de instancias (Ello, Yo, Superyó) y más tarde en términos de relaciones objetales internas.
- Karen Horney, desde su psicoanálisis humanizado, describió la tensión entre el yo idealizado (la imagen que el neurótico construye de sí para compensar la angustia básica) y el yo real (la identidad auténtica, espontánea y viva). El trabajo terapéutico consiste, en buena medida, en dismantelar el yo idealizado y recuperar el yo real.
- Eric Berne, con el Análisis Transaccional, propuso el modelo de los tres estados del yo —Padre, Adulto y Niño— que permite observar desde qué parte de sí mismo opera una persona en cada momento y qué tipo de transacciones establece con los demás.
- Hal y Sidra Stone, con el Diálogo de Voces, desarrollaron un mapa más detallado que distingue, entre otras, las siguientes partes: el Protector/Controlador (con sus subpartes: el Crítico, el Empujador, el Perfeccionista, el Complaciente), los demonios repudiados (poder, sensualidad, agresividad), el Niño interior (vulnerable, jugueteón, mágico), el polo Omnipotente y los Yos parentales (Buena Madre, Buen Padre, Padre negativo, Madre negativa, Padre racional).
- Jeffrey Young, con la Terapia de Esquemas, habla de 'modos': el Niño Abandonado, el Niño Enojado, el Padre Punitivo, el Protector Distanciado, el Adulto Sano... reconociendo así que el yo puede operar desde distintas configuraciones esquemáticas según el contexto.
- La Terapia de Sistemas Familiares Internos (IFS) de Richard Schwartz añade la idea de que todas las partes tienen una intención positiva aunque sus estrategias puedan ser disfuncionales, y que existe un Yo central capaz de relacionarse con ellas desde la curiosidad, la compasión y la calma.

Esta convergencia es teóricamente muy significativa. Desde marcos tan distintos como el psicoanálisis, el conductismo enriquecido, el humanismo experiencial y la terapia cognitiva de tercera generación, se llega a la misma conclusión: el psiquismo humano es plural, y la salud psicológica consiste en una relación flexible y armoniosa entre las distintas partes, no en la supresión de unas por otras.

El modelo integrado de partes

Proponemos organizar las partes del psiquismo en tres grandes familias:

A) Las partes protectoras o adaptativas: Son aquellas que se desarrollan como respuestas adaptativas ante experiencias tempranas de amenaza, carencia o pérdida. Incluyen el Crítico Interno (que busca la perfección para evitar el rechazo), el Complaciente (que calma al otro para evitar el conflicto), el Empujador (que no se detiene para evitar el vacío), el Controlador (que gestiona la ansiedad mediante el orden y la previsión). Estas partes no son enemigas: son soluciones que en su momento funcionaron y que ahora resultan costosas o limitantes.

B) Las partes heridas o infantiles: Son las partes del yo que quedaron marcadas por experiencias tempranas de sufrimiento. El Niño Vulnerable alberga el miedo al abandono, la vergüenza, la soledad; el Niño Enojado porta la rabia ante la injusticia no resuelta; el Niño Repudiado contiene los aspectos del yo que fueron rechazados por las figuras de apego (la agresividad, la sensualidad, el poder propio, la necesidad de dependencia). Son las partes que generan la mayor intensidad emocional en el presente, activadas por situaciones que actúan como detonadores esquemáticos.

C) Los recursos internos y el yo adulto sano: Son las capacidades, fortalezas y potencialidades del individuo. Incluyen la función del Adulto Sano (AT), el yo compasivo (CFT), el yo observador (Mindfulness y ACT), las fortalezas de carácter (Psicología Positiva) y las líneas de desarrollo más consolidadas (Wilber). El trabajo terapéutico necesita identificar, fortalecer y ampliar estos recursos, que son la base desde la que se puede hacer el trabajo con las partes protectoras y heridas.

4.2 El origen evolutivo-biológico del sufrimiento

Para comprender el sufrimiento psicológico sin caer en la culpabilización del individuo, es fundamental partir de una comprensión evolutiva. Paul Gilbert ha articulado esto con gran claridad: el cerebro humano no fue 'diseñado' para la felicidad sino para la supervivencia. Cargamos con un cerebro antiguo, reptiliano y mamífero —el sustrato de las emociones básicas, del apego, del instinto— sobre el que se ha desarrollado un neocórtex enormemente complejo, con capacidades de abstracción, planificación, autoconsciencia y lenguaje simbólico que no existían en ningún otro animal.

Esta arquitectura cerebral tiene consecuencias profundas: podemos rumiar, anticipar catástrofes, criticarnos a nosotros mismos, crear sufrimiento abstracto sobre sufrimiento concreto. El miedo puede generarse ante una imagen mental, ante un recuerdo o ante una idea con la misma intensidad que ante una amenaza real y presente. La vergüenza, esa emoción tan peculiarmente humana, requiere la capacidad de verse a uno mismo desde los ojos del otro, y ese tipo de autoconsciencia reflexiva solo es posible gracias al neocórtex.

Los tres sistemas de regulación emocional que propone Gilbert estructuran buena parte de la vida afectiva:

- **Sistema de amenaza y autoprotección:** Orientado a detectar y responder a los peligros. Genera las emociones de ansiedad, miedo, ira, asco, vergüenza. Es el sistema que responde más rápidamente y consume más recursos neurológicos. En muchos pacientes, este sistema está crónicamente sobreactivado a causa de experiencias tempranas de amenaza no resuelta.

- **Sistema de incentivo y logro:** Orientado a la búsqueda de recursos, metas y logros. Genera las emociones de entusiasmo, deseo, ambición, satisfacción. Cuando está desregulado puede generar estados de agitación, adicción al trabajo, ansiedad por rendimiento o perfeccionismo.
- **Sistema de calma, afiliación y afecto:** Orientado al bienestar, la conexión y la seguridad. Genera las emociones de paz, ternura, afecto, compasión. Es el sistema que más directamente depende de las experiencias tempranas de apego seguro. Muchos pacientes tienen este sistema infra desarrollado, especialmente cuando crecieron en entornos emocionalmente fríos o amenazantes.

La neurociencia del apego (Bowlby, Ainsworth, Main, Schore, Siegel) añade otra capa fundamental: los primeros vínculos no solo regulan las emociones en el presente de la infancia —son los que configuran los patrones neurológicos de regulación emocional para toda la vida. El apego inseguro (ansioso, evitativo o desorganizado) no es solo un estilo relacional: es un patrón neurobiológico que afecta a la capacidad de regulación del sistema nervioso autónomo, a la percepción de seguridad o amenaza en el entorno, y a la imagen de uno mismo y de los demás.

La teoría polivagal de Stephen Porges añade que el sistema nervioso autónomo tiene tres modos de respuesta: el modo social (seguridad, conexión, engagement), el modo de lucha-huida (movilización ante la amenaza) y el modo de colapso-disociación (inmovilización ante el peligro extremo). Muchos síntomas psicológicos —la disociación, la incapacidad de relacionarse, el embotamiento emocional, las respuestas de hiperactivación— pueden entenderse como el resultado de un sistema nervioso que aprendió a mantenerse en modo defensivo porque el entorno no proporcionó suficiente seguridad.

4.3 La formación del carácter: herida y adaptación

Karen Horney, en sus trabajos sobre la personalidad neurótica, ofreció una de las descripciones más humanas y clínicamente útiles de cómo se forma el carácter. Su punto de partida es lo que ella llamó la angustia básica: el sentimiento que experimenta el niño de estar solo, desamparado y hostil en un mundo potencialmente peligroso. Esta angustia no requiere traumas dramáticos: puede generarse en entornos de negligencia emocional, sobreprotección, inconsistencia afectiva, crítica excesiva o cualquier otra situación que impida al niño desarrollar un sentido básico de seguridad y valía.

Para gestionar esa angustia, el niño —con los recursos cognitivos y relacionales propios de su edad— desarrolla estrategias de adaptación que Horney agrupó en tres movimientos básicos: moverse hacia los demás (sumisión, dependencia, búsqueda de aprobación), moverse contra los demás (agresividad, competitividad, necesidad de dominar) y moverse lejos de los demás (aislamiento, autosuficiencia, desconexión emocional). Con el tiempo, estos movimientos se consolidan en lo que Horney llamó el yo idealizado: una imagen de sí mismo que el individuo construye como solución al problema de la angustia básica, y que se aparta progresivamente del yo real.

La Terapia de Esquemas de Jeffrey Young recoge y sistematiza esta perspectiva en términos cognitivos. Los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) son creencias profundas y

pervasivas sobre uno mismo y el mundo, formadas en la infancia a partir de necesidades emocionales insatisfechas. Young identificó 18 esquemas agrupados en cinco dominios: (1) desconexión y rechazo (abandono, desconfianza, privación emocional, defectuosidad, aislamiento social); (2) autonomía y desempeño deteriorados (dependencia, vulnerabilidad, enredo, fracaso); (3) límites deteriorados (grandiosidad, autocontrol insuficiente); (4) orientación hacia los demás (subyugación, autosacrificio, búsqueda de aprobación); (5) hipervigilancia e inhibición (negativismo, inhibición emocional, metas inalcanzables, castigo).

Lo que es crucial entender —y esto es uno de los nexos más importantes entre las distintas escuelas— es que los esquemas no son simplemente 'creencias irracionales' que pueden cambiarse con argumentos lógicos. Son estructuras cognitivo-afectivo-corporales que están firmemente ancladas en la memoria emocional, en las representaciones relacionales implícitas, en la regulación del sistema nervioso autónomo. Por eso el trabajo terapéutico que solo opera en el nivel cognitivo suele ser insuficiente, y es necesario incorporar también el trabajo con las emociones, el cuerpo y las relaciones.

La Terapia Cognitivo-Analítica (TCA) de Anthony Ryle añade un puente conceptual muy valioso entre el psicoanálisis y la psicología cognitiva: los Procedimientos Recíprocos de Rol (PRR). El niño no aprende solo a comportarse de determinadas maneras: aprende pares de roles relacionales ('si yo soy así, el otro será así'). Aprende a ser el criticado ante el criticador, el cuidador ante el dependiente, el abandonado ante el que abandona. Estos procedimientos relacionales se interiorizan y después se reproducen tanto en las relaciones externas como en la relación consigo mismo: la persona se trata a sí misma tal como fue tratada, y busca inconscientemente relaciones que reproduzcan esos procedimientos familiares.

4.4 Los niveles de conciencia y las visiones del mundo

Clare Graves, y posteriormente Don Beck y Chris Cowan con su Espiral Dinámica, propusieron un modelo de desarrollo de la conciencia humana que organiza los distintos 'sistemas de valores' o 'visiones del mundo' en una espiral evolutiva. Cada nivel representa una manera distinta de entender la realidad, de organizar la vida y de relacionarse con los demás. Los niveles son, sintéticamente:

- **Beige (Instintivo/Superviviente):** La conciencia está totalmente orientada a la supervivencia física inmediata. Presente en bebés, estados de disociación extrema o crisis agudas.
- **Púrpura (Mágico/Animista):** El mundo es mágico, lleno de fuerzas y espíritus. Los rituales y los vínculos tribales protegen. Los niños pequeños viven en este nivel; en adultos puede aparecer en pensamiento mágico, superstición o en el ámbito de la espiritualidad popular.
- **Rojo (Poder/Impulsivo):** El mundo es un campo de dominación. El poder propio es lo más importante. Ausencia de culpa, impulsividad, pensamiento egocéntrico. Puede aparecer en adolescentes, en patologías narcisistas o antisociales, y en entornos de máxima adversidad.
- **Azul (Orden/Autoritario):** El mundo tiene un orden dado por una autoridad superior (Dios, la Nación, la norma). La obediencia, el deber y la culpa son centrales. Aparece

en estructuras obsesivas, en rigidez moral o en personas con crianzas muy normativas.

- **Naranja (Logro/Científico):** El mundo es un campo de oportunidades que el individuo puede conquistar con esfuerzo, estrategia y razón. El éxito y la autonomía son los valores centrales. Característico de la modernidad occidental, del narcisismo de rendimiento.
- **Verde (Humanista/Comunitario):** Los valores relacionales, la igualdad, la empatía y la autenticidad son centrales. El diálogo, el consenso y el cuidado del otro importan más que la jerarquía o el rendimiento.
- **Amarillo/Turquesa (Integral/Holístico):** Capacidad de ver el sistema completo, de apreciar distintas visiones del mundo sin identificarse rígidamente con ninguna, de actuar desde la complejidad. La Espiral Dinámica reconoce que estos niveles superiores son aún emergentes en la humanidad.

La relevancia clínica de este modelo es doble. Por un lado, permite entender que muchos conflictos intrapsíquicos son conflictos entre niveles: la parte impulsiva-roja que quiere lo que quiere ahora frente a la parte normativa-azul que exige control; el nivel naranja de logro que desprecia el nivel verde de necesidad de afecto. Las partes de la mente que identifican el Análisis Transaccional y el Diálogo de Voces pueden entenderse como manifestaciones de estos distintos niveles de conciencia que cohabitan en el psiquismo individual.

Por otro lado, el modelo orienta el trabajo terapéutico: no se puede aplicar el mismo tipo de intervención a una persona que opera principalmente desde el nivel azul-normativo que a una que opera desde el verde-relacional. Las técnicas cognitivas más estructuradas pueden ser muy adecuadas para ciertos perfiles y contraproducentes para otros; las intervenciones experienciales y relacionales resultan más accesibles para personas con mayor capacidad de mentalización y contacto emocional.

5. LOS TRES TIEMPOS DEL YO

Una de las contribuciones organizadoras más útiles de este modelo integrador es la distinción de tres dimensiones temporales del trabajo terapéutico: el pasado (origen y herida), el presente (experiencia y relación) y el futuro (valores y crecimiento). Ninguna de estas dimensiones puede ser ignorada sin empobrecer el trabajo, y cada una requiere herramientas específicas.

5.1 El pasado: origen, herida y esquemas

El trabajo con el pasado no es arqueología sentimental ni simple catarsis: es la comprensión de cómo la historia personal configura el presente. El pasado no ha pasado del todo; está activo en los esquemas, en los patrones relacionales, en los procedimientos de rol, en la forma en que el sistema nervioso responde al entorno.

5.1.1 El modelo del niño que sobrevivió

Karen Horney formuló una de las metáforas más humanizadoras de la psicopatología: el neurótico no es alguien que está 'roto' o que es 'malo' —es alguien que, siendo niño, se las arregló para sobrevivir en condiciones difíciles. El crítico interno no es un enemigo: fue un intento de protección ('si me critico yo antes, los demás no podrán hacerme tanto daño'). El complaciente no es una cobardía: fue la estrategia de un niño que aprendió que mostrarse como el otro quería era la manera de mantener el afecto.

Este encuadre es terapéuticamente muy potente porque transforma la relación del paciente con sus propios síntomas: en lugar de luchar contra ellos, se puede empezar a entender y agradecer la intención que los animó, para después explorar si siguen siendo las mejores estrategias disponibles.

5.1.2 Los esquemas y los modos

Jeffrey Young identificó cómo las experiencias emocionales tempranas generan esquemas que se activan en el presente de manera automática e involuntaria. Un esquema de abandono, por ejemplo, hace que la persona interprete como señal de abandono situaciones que para otro individuo serían neutras (el retraso de un mensaje, la distancia emocional de la pareja en un día difícil). Un esquema de defectuosidad hace que cualquier crítica confirme la creencia profunda de que 'hay algo fundamentalmente malo en mí'.

Los esquemas operan a través de tres estrategias: la rendición (ceder al esquema, confirmar su contenido), la evitación (evitar situaciones que activen el esquema) y la sobrecompensación (actuar de manera opuesta al esquema para demostrar que no es cierto). Las tres estrategias, paradójicamente, perpetúan el esquema porque impiden que la persona tenga experiencias que lo cuestionen genuinamente.

Los modos esquemáticos son estados del yo que se activan cuando los esquemas son detonados por situaciones de la vida. En el trabajo terapéutico, identificar el modo en que está operando el paciente en un momento dado —¿está en el niño vulnerable? ¿en el protector distanciador? ¿en el padre punitivo?— permite elegir con mayor precisión el tipo de intervención más adecuada.

5.1.3 Los procedimientos recíprocos de rol

La Terapia Cognitivo-Analítica de Ryle aporta la herramienta de la reformulación: un proceso conjunto entre terapeuta y paciente mediante el cual se construye una narrativa comprensiva de cómo se originaron los patrones actuales. La carta de reformulación, que se entrega al paciente por escrito, es un dispositivo terapéutico poderoso: hace explícito el mapa de los procedimientos de rol, valida el sufrimiento y su origen, y sienta las bases de un trabajo orientado al cambio.

La noción de procedimiento recíproco de rol permite también entender los patrones relacionales que se repiten en la vida del paciente y que, inevitablemente, aparecerán también en la relación terapéutica. Identificar y trabajar con estas reactivaciones en el presente de la terapia es uno de los mecanismos de cambio más potentes.

5.2 El presente: experiencia, cuerpo y relación

Si el trabajo con el pasado aporta comprensión y desactivación de los esquemas históricos, el trabajo en el presente aporta algo igualmente fundamental: la experiencia directa del cambio. El cambio real no ocurre solo cuando entendemos por qué somos como somos; ocurre cuando nos encontramos en una situación similar a las que generaron el problema y respondemos de una manera diferente.

5.2.1 La conciencia plena y el cuerpo

El Mindfulness o Atención Plena ha supuesto una revolución terapéutica porque introduce un conjunto de capacidades que son prerequisite para cualquier trabajo de cambio psicológico profundo: la capacidad de observar la propia experiencia sin fusionarse con ella, la capacidad de tolerar el malestar sin actuar impulsivamente para eliminarlo, y la capacidad de conectar con el momento presente en lugar de vivir anclado en el pasado o proyectado en el futuro.

Desde la perspectiva integradora, el Mindfulness no es solo una técnica: es el cultivo de un modo de estar que subyace a la mayoría de los demás trabajos terapéuticos. La capacidad de observar los pensamientos sin creérselos todos (defusión cognitiva de ACT), la capacidad de sentir una emoción sin ser arrastrado por ella (regulación emocional de DBT), la capacidad de notar el modo esquemático que se ha activado (Terapia de Esquemas): todas estas habilidades requieren el tipo de atención que el Mindfulness entrena.

El Focusing de Eugene Gendlin, por su parte, propone una manera específica de trabajar con la experiencia corporal que es especialmente útil para personas con dificultades de acceso a sus emociones o para aquellos momentos en que las palabras no alcanzan. El felt sense —la sensación sentida en el cuerpo que precede y acompaña a cualquier experiencia emocionalmente significativa— es una fuente de información psicológica muy valiosa que a menudo es ignorada en la psicoterapia de orientación cognitiva. El Focusing enseña a prestar atención a esa sensación, a darle espacio, a escuchar lo que quiere decir, y a dejar que su significado se despliegue de manera orgánica.

5.2.2 La Terapia Existencial y el aquí y ahora relacional

Irvin Yalom ha defendido con especial convicción que el motor más potente del cambio terapéutico es el aquí y ahora de la relación entre terapeuta y paciente. Los temas existenciales fundamentales —la muerte, la libertad, el aislamiento, la falta de sentido— no se resuelven en el pasado ni en el futuro: se enfrentan en el presente de la existencia.

Yalom propone que el terapeuta estudie con atención la actividad diaria del cliente, las personas que son importantes para él, sus amigos pasados y presentes, sus fantasías y sus miedos. Pero, sobre todo, que use la relación terapéutica misma como campo de observación y de trabajo: las reacciones que el paciente tiene hacia el terapeuta, la manera en que se relaciona con él, los patrones que emergen en el espacio compartido son datos de primera calidad sobre cómo esa persona se relaciona con el mundo.

5.2.3 La Psicoterapia Analítico-Funcional

La Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF) de Kohlenberg y Tsai lleva este planteamiento al terreno del análisis de la conducta. Desde una perspectiva funcional-contextual, propone que los problemas que trae el cliente a la consulta (las 'conductas clínicamente relevantes tipo 1', CCR1) tenderán a aparecer también en el contexto de la propia relación terapéutica, y que las mejoras (CCR2) también ocurrirán en ese contexto. El trabajo del terapeuta consiste en detectar estas conductas, reforzar naturalmente las mejoras y ayudar al cliente a tomar conciencia de su significado.

La PAF aporta también una reflexión muy valiosa sobre la autenticidad y la auto-revelación del terapeuta: en la medida en que el terapeuta responde de manera genuina y no simplemente 'técnica' a lo que el cliente hace, la relación terapéutica se convierte en una experiencia correctora real, no solo en una simulación o un ensayo.

5.2.4 La regulación emocional y las habilidades de conciencia

La Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) de Marsha Linehan, desarrollada inicialmente para el Trastorno Límite de Personalidad, ha producido un conjunto de herramientas para trabajar la regulación emocional, las habilidades interpersonales y la tolerancia al malestar que son transversalmente útiles en un amplio espectro de problemas y perfiles. La TDC parte de la idea de que muchas personas con dificultades psicológicas severas sufrieron una invalidación emocional temprana: sus experiencias internas fueron sistemáticamente ignoradas, desautorizadas o castigadas, lo que generó una incapacidad para reconocer, nombrar y regular las propias emociones.

El entrenamiento en habilidades que propone la TDC —conciencia plena, eficacia interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar— puede entenderse como el desarrollo de capacidades que habrían debido adquirirse en la infancia en un entorno emocionalmente validante. Es, en este sentido, una forma de 'reparentalización de habilidades'.

5.3 El futuro: valores, sentido y crecimiento

El trabajo con el pasado y el presente, por sí solo, puede dejar al paciente liberado de sus esquemas pero desorientado respecto a cómo vivir. La dimensión del futuro —los valores, el

sentido, los objetivos vitales— es la que convierte la psicoterapia en algo más que la reparación de daños: en un proceso de desarrollo y crecimiento.

5.3.1 La Terapia de Aceptación y Compromiso y los valores

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Steven Hayes y colaboradores, con las importantes aportaciones de Kelly Wilson y Carmen Luciano en el contexto hispanohablante, ha puesto el acento en dos ideas que son centrales para la dimensión del futuro: la aceptación de lo que no se puede cambiar (la experiencia interna, los pensamientos, las emociones) y el compromiso con lo que sí se puede elegir: los valores y las acciones orientadas por ellos.

El modelo de flexibilidad psicológica de ACT propone que el sufrimiento psicológico surge, en gran medida, de los intentos de controlar, eliminar o evitar la experiencia interna. La fusión cognitiva (creer que los pensamientos son literalmente ciertos), la evitación experiencial (huir de las experiencias internas dolorosas), la dominación del yo conceptualizado (identificarse rígidamente con una historia sobre uno mismo) y la falta de claridad en los valores son los procesos que generan el sufrimiento y la rigidez.

Los valores, en ACT, son direcciones elegidas libremente, no metas concretas: son maneras de moverse que dan sentido al camino independientemente del destino. La identificación y el trabajo con los valores de una persona —lo que de verdad le importa, lo que quiere que su vida represente— es una de las intervenciones más movilizadoras y duraderas de la psicoterapia.

5.3.2 La Psicología Positiva y las fortalezas

Martin Seligman y el movimiento de la Psicología Positiva han aportado una perspectiva que la psicología clínica necesitaba: el foco no solo en lo que falla sino en lo que funciona, no solo en la reparación del daño sino en el florecimiento. Las investigaciones sobre el bienestar subjetivo, las emociones positivas, las relaciones de calidad, el compromiso (flow), el logro y el sentido (modelo PERMA) han producido un cuerpo de conocimiento que enriquece notablemente la práctica clínica.

Las fortalezas de carácter —la valentía, la curiosidad, la amabilidad, la gratitud, la perseverancia, la creatividad, entre otras— son recursos psicológicos genuinos que pueden identificarse, desarrollarse y utilizarse terapéuticamente. En el marco de la Teoría Integral de Wilber, las fortalezas pueden entenderse como las líneas de desarrollo más consolidadas de una persona: el mapa de dónde están sus recursos y cuáles conviene fortalecer.

Asimismo, existe una conexión conceptual muy fértil entre las fortalezas de la Psicología Positiva y los valores de ACT: ambos apuntan a lo que la persona considera más genuinamente suyo, a lo que le da sentido y dirección. El cuestionario de fortalezas (VIA Survey) puede ser una herramienta de evaluación inicial muy potente, especialmente para contrabalancear el sesgo hacia el déficit que suele predominar en el inicio de una psicoterapia.

5.3.3 El guion de vida y la obra de teatro propia

El Análisis Transaccional aporta a la dimensión del futuro el concepto de guion de vida: el plan inconsciente que la persona redactó en la infancia —a partir de las experiencias con sus figuras de apego y de las decisiones que tomó para sobrevivir— y que después sigue ejecutando de

manera automática. El trabajo con el guion de vida consiste en hacer consciente ese plan, entender su lógica y su coste, y redecidirlo desde el Adulto.

La metáfora de 'la obra de teatro' es especialmente útil para este trabajo: la persona puede empezar a verse como el autor y director de su propia historia, no solo como el actor que ejecuta un guion que otros escribieron. Este reencuadre, que conecta con la Terapia Narrativa de White y Epston, es profundamente empoderante.

6. EL CAMBIO TERAPÉUTICO: TEORÍA Y MECANISMOS

Entender cómo cambian las personas es tan importante como entender por qué sufren. A continuación se describen los principales mecanismos de cambio que esta teoría integradora reconoce, y cómo se articulan entre sí.

6.1 La alianza y la relación terapéutica

La investigación sobre resultados en psicoterapia ha demostrado de manera consistente que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más robusto de resultados positivos, por encima de cualquier técnica específica. La alianza incluye tres componentes: el vínculo emocional entre terapeuta y cliente, el acuerdo sobre las metas del trabajo y el acuerdo sobre las tareas a través de las cuales se perseguirán esas metas.

Desde la Psicoterapia Analítico-Funcional, la relación terapéutica es en sí misma el agente de cambio: en la medida en que el terapeuta responde de manera diferente a como respondieron las figuras del pasado —con autenticidad, con curiosidad, con cuidado genuino y con capacidad de sostener la intensidad emocional sin colapsar ni reaccionar defensivamente—, el paciente va teniendo una experiencia correctora que modifica sus expectativas relacionales implícitas.

La Entrevista Motivacional aporta en este punto un conjunto de actitudes y habilidades de primer orden: la empatía reflexiva, la validación, la escucha activa sin confrontación directa, el respeto a la autonomía del cliente, el trabajo con la ambivalencia. Estas no son solo 'técnicas de rapport': son expresiones de una actitud de fondo que reconoce la dignidad y la autodeterminación de la persona.

El terapeuta integrador trabaja activamente con la resistencia y la ambivalencia. La resistencia no es un problema del cliente: es información valiosa sobre las funciones que cumple el síntoma, sobre los costes percibidos del cambio, sobre la falta de motivación o de recursos para el trabajo. Entender la resistencia desde la función que cumple —y no luchar contra ella— es uno de los principios más poderosos de la Terapia Breve Estratégica de Nardone y de la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick.

6.2 Insight, narrativa y reformulación

El insight —la comprensión profunda de la propia dinámica interna— es un mecanismo de cambio clásico, especialmente valorado en las tradiciones psicodinámicas. Sin embargo, la investigación ha mostrado que el insight intelectual solo no produce cambio duradero: es necesario que la comprensión sea también afectiva, es decir, que el paciente no solo entienda con la cabeza sino que 'lo sienta' de una manera nueva.

La Terapia Narrativa de White y Epston aporta una perspectiva muy rica a este mecanismo. Propone que los problemas psicológicos son, en gran medida, historias restrictivas que la persona cuenta sobre sí misma y que, al contarlas, perpetúa. El trabajo terapéutico consiste en deconstruir la historia dominante (generalmente una historia saturada de problema) y ayudar a

la persona a construir una narrativa alternativa —la historia alternativa— que incluya los episodios y las experiencias que la historia dominante había excluido.

La externalización es una de las herramientas más brillantes de la Terapia Narrativa: consiste en separar el problema de la identidad de la persona ('el problema es el problema, la persona no es el problema'). En lugar de decir 'soy ansioso', se habla de 'la ansiedad que a veces me visita'. Esta distinción, que puede parecer solo lingüística, tiene un efecto profundo sobre la agencia: cuando el problema está fuera de la identidad, la persona puede relacionarse con él de manera activa y puede reconocer las ocasiones en que lo ha resistido o superado.

La Terapia de Constructos Personales de Kelly aporta herramientas conceptuales y técnicas muy valiosas para este trabajo: la Autocaracterización (que permite ver cómo la persona se narra a sí misma), la Elaboración de la demanda (que permite explicitar qué se quiere cambiar y qué se quiere conservar), el ABC de Tschudi (que indaga en los costes percibidos del cambio y en los beneficios del síntoma) y las técnicas de escalamiento y flechas descendentes (que permiten explorar las implicaciones profundas de los constructos).

6.3 Aceptación, compasión y autocompasión

Uno de los cambios más significativos en la psicoterapia de las últimas décadas ha sido el reconocimiento de que el cambio no siempre se produce a través del esfuerzo y la corrección, sino también —y a veces principalmente— a través de la aceptación. Paradójicamente, las personas cambian más profundamente cuando dejan de luchar contra lo que son y empiezan a aceptarlo con comprensión y amabilidad.

Esta paradoja del cambio —que es central en la Terapia Dialéctico-Conductual, en ACT y en la Terapia Centrada en la Compasión— conecta con la antigua sabiduría contemplativa y con los hallazgos de la psicología humanista. Carl Rogers observó que las personas cambian cuando se sienten plenamente aceptadas como son, no cuando son presionadas para cambiar. La relación terapéutica como espacio de aceptación incondicional crea las condiciones para que el cambio ocurra espontáneamente.

Paul Gilbert ha articulado con gran detalle cómo la autocrítica y la vergüenza —dos de las experiencias más comunes en los pacientes que acuden a terapia— son, paradójicamente, dos de los mayores obstáculos al cambio. El crítico interno, que aparentemente quiere mejorar a la persona, en realidad la mantiene atrapada en un ciclo de amenaza, ansiedad y compulsión de rendimiento que agota los recursos y estrecha la libertad. La autocompasión —tratarse a uno mismo con la misma amabilidad con la que trataríamos a un buen amigo que sufre— no es debilidad ni complacencia: es la condición que permite ver con claridad los propios errores y aprender de ellos sin hundirse.

Las técnicas de CFT que cultivan el yo compasivo —la visualización del lugar seguro, el desarrollo del yo compasivo como parte interna, la compasión fluyendo hacia uno mismo, las cartas compasivas— son herramientas de gran eficacia para personas con historia de autocrítica severa, vergüenza o trauma.

6.4 La acción como motor del cambio

Las tradiciones más orientadas a la acción —la Activación Conductual, la Terapia Breve Estratégica, ACT— han subrayado una verdad que equilibra el énfasis en la comprensión: las personas no cambian solo entendiendo más; cambian haciendo cosas diferentes. La acción genera datos, experiencias y retroalimentación que ninguna reflexión por sí sola puede producir.

La Activación Conductual, basada en los principios del análisis funcional de la conducta, propone que la depresión se mantiene por un ciclo de evitación y reducción de contacto con reforzadores positivos: la persona deprimida se retira del mundo, hace menos cosas, obtiene menos satisfacciones, lo que profundiza la depresión. La clave del cambio está en romper ese ciclo de fuera a dentro: no esperar a sentirse mejor para actuar, sino actuar para sentirse mejor. El sentimiento sigue a la acción.

La Terapia Breve Estratégica de Nardone, que integra el trabajo del grupo de Palo Alto, la hipnosis ericksoniana y la PNL, aporta un arsenal de técnicas de prescripción que interrumpen los 'intentos de solución' que perpetúan el problema. La paradoja terapéutica —prescribir el síntoma, ir más despacio, hacer lo opuesto de lo que la lógica indicaría— es especialmente útil cuando el trabajo cognitivo-racional se ha atascado.

La Terapia Centrada en las Soluciones de De Shazer desplaza la atención del problema al recurso: ¿cuándo no ocurre el problema? ¿qué diferencia hay entre esas ocasiones y las demás? ¿qué pequeño paso llevaría al cliente un poco más cerca de donde quiere estar? Esta perspectiva, aparentemente simple, tiene un efecto de reencuadre muy potente que activa los recursos propios del cliente.

6.5 Los valores como norte orientador

Ya se ha descrito la importancia de los valores en la sección dedicada al futuro. Conviene añadir aquí que los valores no son solo un destino: son también un criterio de evaluación del proceso terapéutico. Una psicoterapia bien orientada no busca la eliminación del síntoma como fin en sí mismo, sino la recuperación de la capacidad de la persona para vivir de acuerdo con lo que le importa genuinamente.

Los valores actúan también como un motivador intrínseco del cambio que es cualitativamente diferente al miedo o a la presión externa. Cuando una persona actúa movida por sus valores — cuando cuida a alguien porque le importa el cuidado, cuando trabaja porque le importa la contribución, cuando se relaciona porque le importa la conexión— esa acción tiene una cualidad diferente, más sostenible y más significativa que la acción motivada solo por la evitación del malestar.

7. LAS HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS INTEGRADAS

A continuación se presenta un mapa de recursos terapéuticos organizados según el momento del proceso y la dimensión temporal en la que operan preferentemente. Se trata de una guía de orientación, no de un protocolo rígido.

7.1 Evaluación e inicio del proceso

La Autocaracterización (Constructos Personales)

Propuesta por George Kelly, consiste en pedir al cliente que se describa a sí mismo en tercera persona, como si fuera un personaje de una novela escrito por un autor que le conoce bien y le es comprensivo. Esta herramienta permite obtener una visión panorámica de cómo la persona se narra a sí misma, qué valores usa para describirse, qué aspectos de sí incluye y cuáles excluye, y cuál es el tono emocional predominante en la autoimagen.

El Cuestionario de Fortalezas

El cuestionario VIA (Values in Action) de Seligman y Peterson identifica las 24 fortalezas de carácter más presentes en una persona. Su uso al inicio de la terapia cumple una función importante de contrabalanceo: mientras que la queja y el problema son el punto de entrada natural, la exploración de los recursos y de lo que ya funciona bien establece un marco más equilibrado y esperanzador.

El Cuestionario de Psicoterapia (TCA)

La Terapia Cognitivo-Analítica aporta un cuestionario de evaluación que incluye un diario de estados de ánimo y comportamientos, y que permite identificar los procedimientos de rol y los patrones relacionales más relevantes del cliente.

La Elaboración de la demanda

También de la Terapia de Constructos Personales, este procedimiento permite aclarar qué quiere cambiar exactamente el cliente, cuáles son sus objetivos realistas, qué está dispuesto a hacer y qué coste tiene para él el cambio. Es un instrumento de alineación de expectativas entre terapeuta y cliente que previene malentendidos y establece una dirección clara.

La Entrevista Motivacional

Las técnicas de la Entrevista Motivacional son especialmente útiles en las primeras sesiones para evaluar el estadio de cambio en que se encuentra el cliente, explorar la ambivalencia con empatía, y fortalecer la motivación intrínseca sin confrontar directamente la resistencia.

7.2 Intervenciones orientadas al pasado

La reformulación (TCA)

La carta de reformulación es uno de los instrumentos más potentes del trabajo con el pasado. Consiste en que el terapeuta elabora, con las aportaciones del cliente, una narrativa comprensiva de cómo las experiencias tempranas configuraron los patrones actuales. Esta carta se entrega al cliente por escrito, lo que la convierte en un objeto terapéutico con una presencia y un impacto particular.

El trabajo con los modos y el reparentalización limitada (Terapia de Esquemas)

El trabajo con los modos esquemáticos incluye técnicas cognitivas (psicoeducación sobre los esquemas, cuestionamiento de las creencias nucleares), técnicas experienciales (el trabajo con imágenes y visualizaciones del niño interior, la silla vacía y el diálogo entre modos) y técnicas relacionales (la relación terapéutica como espacio de reparentalización limitada, en la que el terapeuta cubre parcialmente necesidades emocionales básicas que no fueron satisfechas en la infancia).

El Diálogo de Voces

Desarrollado por Hal y Sidra Stone, el Diálogo de Voces es una técnica que permite trabajar directamente con las distintas partes o subpersonalidades. El terapeuta invita a la persona a encarnar sucesivamente diferentes partes y a hablar desde ellas, lo que produce insights profundos y facilita la diferenciación del yo. Las partes que con más frecuencia se trabajan en este contexto son el Protector/Controlador (y sus subpartes: el Crítico, el Empujador, el Perfeccionista, el Complaciente), los demonios repudiados (especialmente el poder, la sensualidad y la agresividad) y el Niño Vulnerable.

El trabajo con el apego

La psicoeducación sobre el apego —explicar al cliente de manera accesible cómo los estilos de apego tempranos configuran los patrones relacionales actuales— puede ser una intervención muy normalizadora y clarificadora. A esto se añade el trabajo directo con las representaciones internas de las figuras de apego, que puede hacerse mediante técnicas de silla vacía (Gestalt, que también está implícita en la Terapia de Esquemas), mediante el trabajo de imágenes o mediante la narrativa.

7.3 Intervenciones en el presente

Prácticas de Mindfulness

El entrenamiento en Mindfulness incluye diversas modalidades que pueden adaptarse a cada cliente: la meditación sentada (focalizada en la respiración, en el cuerpo o en la conciencia abierta), la meditación en movimiento (caminata consciente, yoga), y el viaje por el cuerpo (body scan). El objetivo no es la relajación en sí misma, sino el desarrollo de la capacidad de observar la propia experiencia con curiosidad y sin juicio.

Focusing

El Focusing de Gendlin es especialmente útil para personas con dificultades de acceso emocional, para momentos en que las palabras se agotan, y para cualquier proceso en que se quiera trabajar la dimensión corporal de la experiencia.

El trabajo con la relación terapéutica (FAP y Terapia Existencial)

Detectar y trabajar las conductas clínicamente relevantes en el momento en que aparecen en la sesión —las CCR1 (problemas) y CCR2 (mejoras)— es uno de los trabajos más sofisticados y potentes del terapeuta integrador. Requiere una presencia plena, una capacidad de auto observación y una voluntad de auto-revelación cuidadosa y al servicio del cliente.

Habilidades de la TDC

Las habilidades de conciencia, regulación emocional, eficacia interpersonal y tolerancia al malestar de la Terapia Dialéctico-Conductual pueden enseñarse de manera psicoeducativa (en formato individual o grupal) y practicarse tanto en sesión como en casa. Son especialmente relevantes para clientes con dificultades de regulación emocional, impulsividad o relaciones interpersonales conflictivas.

La Activación Conductual

El análisis funcional de la conducta —identificar qué situaciones desencadenan qué respuestas, qué mantiene el ciclo de evitación, qué actividades podrían conectar al cliente con reforzadores positivos— es una herramienta de aplicación transversal, no solo para la depresión. El principio de que el sentimiento sigue a la acción es un recordatorio fundamental en momentos en que el cliente espera 'sentirse preparado' para dar un paso.

La externalización del problema (Terapia Narrativa)

La técnica de la externalización es especialmente potente para trabajar con el crítico interno, con la ansiedad, con los hábitos compulsivos o con cualquier problema que la persona haya integrado en su identidad. Preguntas del tipo '¿Cuándo fue la última vez que no dejaste que la ansiedad tomara las decisiones por ti?' o '¿Qué le dirías al Perfeccionista si pudieras hablarle cara a cara?' abren un espacio de agencia y de distancia terapéutica muy útil.

7.4 Intervenciones orientadas al futuro

El trabajo con valores (ACT)

Los instrumentos de exploración de valores de ACT —la metáfora del jardín de los valores, la brújula de valores, la carta desde el futuro— permiten clarificar qué es lo que de verdad importa a la persona, más allá de los imperativos del síntoma, del guion de vida o de los mandatos parentales. Una vez clarificados los valores, se trabaja en la identificación de objetivos concretos alineados con ellos y en los pasos de acción comprometida.

El desarrollo del yo compasivo (CFT)

Las técnicas de desarrollo del yo compasivo —la visualización del lugar seguro, imaginar y encarnar una figura compasiva ideal, fluir compasión hacia uno mismo— sirven como antídoto

directo al crítico interno y como recurso interno duradero. El yo compasivo puede convertirse en un punto de referencia interno al que el cliente puede acudir tanto en sesión como en la vida cotidiana.

La Práctica Integral de Vida (Wilber)

El modelo de Wilber propone que el desarrollo humano óptimo requiere cultivar simultáneamente distintas líneas: el cuerpo (ejercicio, nutrición, conciencia somática), la mente (estudio, reflexión, meditación), el espíritu (práctica contemplativa, conexión con algo más grande), las sombras (trabajo psicoterapéutico con el material inconsciente) y las relaciones (conexión, servicio, comunidad). Esta visión holística puede convertirse en un marco de trabajo para la segunda fase de la terapia, cuando el cliente ha trabajado los aspectos más urgentes del sufrimiento y está listo para orientarse hacia el crecimiento.

El reencuadre narrativo y la obra de teatro propia

El cliente que ha llegado a comprender sus patrones, que ha trabajado sus heridas y que ha clarificado sus valores está en condiciones de redactar una nueva narrativa de sí mismo: una historia en la que sea el autor y el protagonista, no el objeto de fuerzas que no comprende. Las cartas terapéuticas, los documentos narrativos (incluidos los 'certificados de superación de problemas' de la Terapia Narrativa) y los ejercicios de escritura reflexiva pueden ser herramientas muy potentes en este trabajo.

8. PROTOCOLO CLÍNICO INTEGRADO: UNA PROPUESTA DE PROCESO

A continuación, se propone una estructura de proceso terapéutico que integra las distintas dimensiones y herramientas descritas. Se trata de una guía flexible, no de un protocolo rígido: el proceso real siempre debe ajustarse a la persona, al problema y al momento.

Fase 1: Evaluación, acogida y alianza

El objetivo de esta primera fase es triple: construir una alianza terapéutica sólida, obtener una comprensión inicial de la demanda y de los recursos del cliente, y establecer un marco de trabajo compartido.

- Recogida de la demanda y elaboración conjunta de objetivos realistas.
- Administración de la Autocaracterización y el Cuestionario de Fortalezas.
- Exploración inicial de la historia de vida, especialmente de las experiencias tempranas significativas.
- Trabajo con la motivación y la ambivalencia (Entrevista Motivacional).
- Inicio del cuestionario de psicoterapia (TCA) si procede.

Fase 2: Comprensión y reformulación

El objetivo de esta fase es construir conjuntamente una narrativa comprensiva del problema: entender cómo los patrones actuales se originaron en la historia personal y cómo se mantienen en el presente.

- Exploración de la historia de apego y de las experiencias emocionales tempranas.
- Identificación de los esquemas y modos más relevantes (Terapia de Esquemas).
- Identificación de los procedimientos recíprocos de rol más importantes (TCA).
- Elaboración de la carta de reformulación (TCA) que se entregará al cliente.
- Introducción del Mindfulness como práctica de base.
- Trabajo inicial con la externalización del problema (Terapia Narrativa) si procede.

Fase 3: Trabajo experiencial y relacional

El objetivo de esta fase es el más largo y profundo: trabajar los patrones en el nivel emocional, corporal y relacional, no solo en el nivel cognitivo-conceptual.

- Trabajo con las partes: Diálogo de Voces, trabajo con modos (TS), silla vacía.
- Trabajo con el niño herido: reparentalización limitada, cartas compasivas, técnicas de imagen.
- Desarrollo del yo compasivo (CFT): lugar seguro, carta compasiva, yo compasivo.
- Trabajo en el aquí y ahora de la relación terapéutica (FAP, Yalom).
- Entrenamiento en habilidades de regulación emocional (TDC) si procede.

- Focusing y trabajo con el felt sense cuando sea pertinente.
- Trabajo con la historia alternativa y los momentos brillantes (Terapia Narrativa).
- Activación conductual y experimentos conductuales si hay patrones de evitación.

Fase 4: Consolidación e integración

El objetivo de esta fase es integrar los cambios producidos, consolidar los recursos desarrollados y preparar el terreno para el trabajo orientado al crecimiento.

- Revisión de los objetivos iniciales y evaluación de los cambios.
- Consolidación de las herramientas de autorregulación adquiridas.
- Trabajo con los valores y objetivos vitales (ACT).
- Identificación de las fortalezas y de cómo utilizarlas activamente.
- Trabajo con el guion de vida y reescritura de la narrativa personal (AT, Terapia Narrativa).

Fase 5: Orientación al crecimiento y cierre

No todos los procesos terapéuticos llegan a esta fase, pero cuando la persona ha resuelto los aspectos más urgentes del sufrimiento, la terapia puede orientarse hacia el crecimiento, el florecimiento y la construcción de una vida con sentido.

- La Práctica Integral de Vida como marco de desarrollo personal.
- Trabajo con el sentido y la dimensión existencial (Yalom).
- Diseño de un plan de vida orientado por valores.
- Preparación del cierre terapéutico: revisión del proceso, reconocimiento de los cambios, carta de despedida.

9. EL TERAPEUTA COMO INSTRUMENTO: REFLEXIONES FINALES

Una teoría integradora de la psicología no estaría completa sin dedicar un espacio a la dimensión personal del terapeuta. La investigación sobre resultados ha demostrado que las variables del terapeuta —su nivel de formación personal, su capacidad de autoconsciencia, su regulación emocional, su autenticidad, su tolerancia al malestar— explican una parte muy significativa de la varianza en los resultados.

9.1 El terapeuta como ser humano

El terapeuta es, en primer lugar, un ser humano con su propia historia, sus propios esquemas, sus propias partes. Nadie es inmune al efecto de sus experiencias tempranas en la manera en que percibe y responde a los clientes. La contratransferencia —las reacciones emocionales del terapeuta hacia el cliente— es inevitable e informativa: bien utilizada, es una fuente de datos de

primera calidad sobre lo que está ocurriendo en la relación; mal gestionada, puede convertirse en un obstáculo o incluso en un daño.

Por esta razón, el terapeuta integrador invierte en su propio proceso personal —a través de la terapia personal, de la supervisión, de la práctica contemplativa y de la reflexión continua— no como un requisito formal sino como una exigencia ética y técnica. Cuanto más consciente es el terapeuta de sus propios patrones, menos probable es que los proyecte sobre el cliente o que reaccione desde el piloto automático.

9.2 La presencia terapéutica

Irvin Yalom ha escrito que 'lo que sana es la relación'. Y la calidad de la relación terapéutica depende, en gran medida, de la calidad de la presencia del terapeuta: de su capacidad de estar verdaderamente con el otro, de escuchar no solo las palabras sino el cuerpo, el tono, las omisiones, el espacio entre las palabras.

La presencia terapéutica plena no es una técnica: es un estado de ser que se cultiva. El Mindfulness, la práctica contemplativa, la atención al cuerpo propio durante la sesión, la capacidad de tolerar el silencio y la incertidumbre —todo esto contribuye a desarrollar una presencia que, en sí misma, es terapéutica.

9.3 La humildad epistemológica

El terapeuta integrador cultiva una actitud de humildad epistemológica: sabe que ningún modelo, incluido el propio, es completo. Sabe que el cliente siempre sabe más sobre sí mismo que cualquier teoría. Sabe que el cambio ocurre de maneras inesperadas y que el trabajo del terapeuta consiste, sobre todo, en crear las condiciones para que ocurra, no en producirlo directamente.

Esta humildad no es paralizante: el terapeuta actúa, propone, interpreta, confronta cuando es necesario. Pero lo hace desde la convicción de que trabaja en un territorio complejo, con una persona única, y que el mejor mapa que tiene es siempre provisional y mejorable.

9.4 El cuidado del terapeuta

Por último, el terapeuta integrador toma en serio su propio bienestar. La profesión de psicoterapeuta expone de manera sistemática a material emocionalmente intenso, a relaciones con personas en sufrimiento profundo, y a la responsabilidad de sostener procesos de gran complejidad. El burnout, la fatiga por compasión y la vicariación traumática son riesgos reales que solo pueden prevenirse con un cuidado sistemático de la propia salud.

El bienestar del terapeuta no es solo un asunto personal: es una condición de la calidad del trabajo terapéutico. Un terapeuta que se cuida puede cuidar mejor. La Práctica Integral de Vida de Wilber, los principios de la Psicología Positiva aplicados a la propia vida y las prácticas de Mindfulness son recursos que el terapeuta puede utilizar también para sí mismo.

"El ser humano no es una máquina averiada que hay que reparar: es una persona que ha encontrado maneras de sobrevivir y que ahora puede encontrar maneras de florecer. La psicoterapia es el espacio donde ese descubrimiento puede ocurrir."

10. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

Psicoanálisis y Psicología del Desarrollo

- Horney, K. (1945). Nuestros conflictos interiores. Buenos Aires: Psique.
- Horney, K. (1950). La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1969-1982). El apego y la pérdida (3 vols.). Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1979). El proceso de maduración en el niño. Barcelona: Laia.
- Siegel, D.J. (1999). La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Análisis Transaccional

- Berne, E. (1961). Análisis transaccional en psicoterapia. Buenos Aires: Psique.
- Berne, E. (1964). ¿A qué juegas? Psicología de las relaciones humanas. México: Diana.
- Harris, T.A. (1973). Yo estoy bien, tú estás bien. Barcelona: Grijalbo.
- Martorell, J.L. (1996). El guión de vida. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Psicología de los Constructos Personales

- Kelly, G.A. (1955). La psicología de los constructos personales. (Sin traducción completa al español. Fundamentos en: Feixas y Villegas, 1990.)
- Feixas, G. y Villegas, M. (1990). Constructivismo y psicoterapia. Barcelona: PPU.

Terapia de Esquemas

- Young, J.E., Klosko, J.S. y Weishaar, M.E. (2003). Terapia de esquemas: Guía práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Young, J.E. y Klosko, J. (1993). Reinventa tu vida: Cómo superar las actitudes negativas y sentirte bien de nuevo. Barcelona: Paidós.

Terapia Cognitivo-Analítica

- Ryle, A. (1990). Psicoterapia cognitivo-analítica: Participación activa en el cambio. (Sin edición española. Original: Wiley.)
- Ryle, A. y Kerr, I.B. (2002). Introducción a la terapia cognitivo-analítica. (Sin edición española. Original: Wiley.)

Mindfulness y Terapias de Tercera Generación

- Kabat-Zinn, J. (1990). Vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós.

- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). Terapia de aceptación y compromiso. (Versión original en inglés: Guilford Press. Ver también edición de Wilson y Luciano, 2002.)
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.
- Linehan, M.M. (1993). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós.
- Siegel, R.D. (2011). La solución Mindfulness. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Didonna, F. (Ed.) (2011). Manual clínico de mindfulness. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Siegel, D.J. (2011). Mindfulness y psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Pérez Álvarez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Madrid: Síntesis.

Terapia Centrada en la Compasión

- Gilbert, P. (2009). La mente compasiva. Barcelona: Eleftheria (ed. 2015).
- Gilbert, P. (2010). Terapia centrada en la compasión. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Neff, K. (2011). Sé amable contigo mismo: El arte de la compasión hacia uno mismo. Barcelona: Oniro.

Terapia Experiencial y Existencial

- Gendlin, E.T. (1978). Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal. Bilbao: Mensajero.
- Yalom, I.D. (1980). Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder.
- Yalom, I.D. (2002). El don de la terapia. Buenos Aires: Emecé.
- Yalom, I.D. (2008). Mirar al sol: La superación del terror a la muerte. Buenos Aires: Emecé.

Terapia Narrativa y Constructivismo Social

- White, M. y Epston, D. (1990). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2007). Mapas de la práctica narrativa. Santiago de Chile: Pranas Chile.

Psicoterapia Analítico-Funcional

- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). Psicoterapia analítico-funcional: Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. (Sin edición española. Original: Plenum Press.)

Terapia Breve y Estratégica

- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). El arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2000). Estratagemas terapéuticas. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1985). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (2006). 24 ideas para una terapia breve. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). 200 tareas en terapia breve. Barcelona: Herder.

Activación Conductual

- Martell, C.R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2010). Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Entrevista Motivacional

- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2015). La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar (3.^a ed.). Barcelona: Paidós.

Psicología Positiva

- Seligman, M.E.P. (2002). La auténtica felicidad. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M.E.P. (2011). Florecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar. México: Océano.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). Fortalezas y virtudes del carácter: Un manual y una clasificación. (Sin traducción completa. Original: Oxford University Press.)

Diálogo de Voces

- Stone, H. y Stone, S. (1989). Abrazándonos a nosotros mismos. (Sin edición española. Original: New World Library.)
- Stone, H. y Stone, S. (1993). Abrazando al crítico interior. (Sin edición española. Original: Harper San Francisco.)

Espiral Dinámica e Integración

- Beck, D.E. y Cowan, C. (1996). Dinámica espiral: Dominar los valores, el liderazgo y el cambio. (Sin edición española. Original: Blackwell. Disponible en español en edición digital.)
- Wilber, K. (2001). Una teoría de todo: Una visión integral de la ciencia, la política, la empresa y la espiritualidad. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2000). Psicología integral. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K., Patten, T., Leonard, A. y Morelli, M. (2011). La práctica integral de vida. Barcelona: Kairós.

Neurociencia y Biología del Afecto

- Porges, S.W. (2011). La teoría polivagal: Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación. Madrid: Pléyades.
- Damasio, A. (1996). El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano. Barcelona: Crítica.
- LeDoux, J. (1999). El cerebro emocional. Barcelona: Ariel/Planeta.
- Panksepp, J. (1998). Neurociencia afectiva: Los fundamentos de las emociones animales y humanas. (Sin edición española. Original: Oxford University Press.)

Documento elaborado con propósito de integración clínica y reflexión teórica.

Este mapa es un punto de partida, no un destino.