

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA**  
**“San Vicente Mártir”**



## **El Funcionamiento Psicológico Integrativo Personalista**

**Posgrado Universitario: Master de Antropología Personalista**  
**Presentado por:**  
**Rosa Estela Zapién Trueba**

**Dirigido por:**  
**Dr. Juan Manuel Burgos Velasco**

**Valencia, a 2 de febrero 2019**



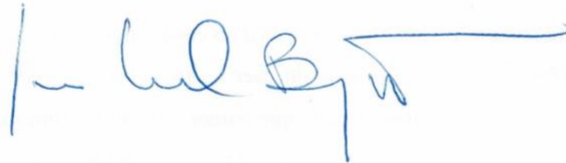
**ANEXO 3: PORTADILLA**

D. Juan Manuel Burgos Velasco

CERTIFICA:

Que el trabajo titulado: El Funcionamiento Psicologico Integrativo Personalista  
ha sido realizado bajo mi dirección por la alumna D<sup>a</sup> Rosa Estela Zapién Trueba

Madrid, a 2 de febrero de 2019



Firmado:

## INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

PLAN DE TRABAJO Y MÉTODO

### 1. REVISIÓN DE LAS TEORÍAS DEL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS PRINCIPALES MODELOS

1.1 Revisión de las principales teorías de funcionamiento psicológico

1.2 Propuesta de la teoría del funcionamiento psicológico del modelo integrativo personalista

### 2. LA TERAPIA INTEGRATIVA PERSONALISTA (TIP) COMO UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

2.1 Evidencia empírica de los tratamientos integrativos

2.2. El Personalismo Integral como raíz y base filosófica de la TIP

Centralidad de la persona

Concepto moderno de persona

2.3 Objetivo de la intervención terapéutica desde la TIP

2.4 Componentes

Exploración de la dimensión espiritual

Plenitud de Vida

Ejes Personalistas

2.5 Protocolo de Intervención

### 3. PRIMEROS RESULTADO Y LÍNEAS DE DESARROLLO A FUTURO

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue proponer una teoría del funcionamiento psicológico desde el Modelo de Psicología Integrativa. Para lo cual se revisaron, en primer lugar las diferentes teorías de funcionamiento psicológico de los principales modelos de psicología evidenciando la necesidad de hacer una propuesta integradora de las diferentes dimensiones de la persona, con la finalidad de aportar un sustento antropológico sólido a la práctica de la psicoterapia. Así mismo se propone que este paradigma antropológico sea aportado desde la antropología personalista, y muy particularmente desde el personalismo integral desarrollado por el Doctor Juan Manuel Burgos (2015). Finalmente se muestran algunos primeros resultados en la aplicación psicoterapéutica en la así llamada Terapia Integrativa Personalista.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas que afronta la psicología hoy día, es su desconexión con una sólida antropología, y por tanto una conexión con antropologías reduccionistas (Cañas, Domínguez Prieto & Burgos, 2013). Tal parece, que la tendencia predominante, es la fragmentación del conocimiento, así como la visión parcial de la persona, debido a una excesiva especialización que muchas veces termina siendo distante de una comprensión integral. Surge, de esta manera la necesidad de encontrar una clara y potente antropología que sirva de base a la fundamentación de la ciencia humana de la psicología.

Desde el punto de vista de la filosofía, surge a mediados del siglo pasado un grupo de pensadores que pretenden poner el foco del quehacer filosófico en la persona, haciendo de ésta el punto de partida para la comprensión de la vida. Para ellos, la realidad se explica con categorías personales, más que con categorías sustanciales. Esto supone una bocanada de aire fresco permitiendo redescubrir el valor de la dignidad humana, el planteamiento más específico de los derechos humanos, la apertura a la experiencia como vía privilegiada de contacto con la realidad, etc.

Entre la riqueza de las aportaciones personalistas que se fueron desarrollando, llegó un punto donde parecía necesario, empezar a sistematizar las diferentes corrientes para distinguirlas, clarificarlas y explicarlas. En ese sentido, cabe destacar la labor y la aportación del Doctor Burgos, que desde la publicación de su primer libro *Introducción al personalismo* (2012), hasta el más reciente *La vía de la experiencia* (2018), elabora una propuesta original llamada hoy *Personalismo Integral*, aunque inicialmente tuvo el nombre de *personalismo ontológico moderno* por su raigambre en una base metafísica bien establecida, pero abierto al mismo tiempo a las aportaciones de la modernidad con elementos tan enriquecedores como la conciencia, la afectividad, la subjetividad, y la experiencia.

Desde la convicción de que la filosofía ha de tocar la vida, el personalismo integral busca, además de una sólida fundamentación teórica, una vertiente muy aplicada en las ciencias humanas. Entre esas ciencias, la psicología ha destacado como un particular foco de interés. Ya desde el 2011, un antecedente importante quedó establecido con la publicación del libro *Psicología*

*de la Persona* del Doctor Dominguez-Prieto (2011). En dicha obra, el autor presenta una original reflexión que muestra la importancia del concepto de persona en la psicología aplicada desarrollando el innovador concepto de infirmitad para aplicarlo a la práctica clínica.

Poco más adelante, este mismo interés de integrar la psicología y el personalismo, se ve reflejado en la temática del I Congreso Latinoamericano *Personalismo y Psicología*, llevado a cabo en la ciudad de Guatemala en el año 2012.

Al año siguiente 2013, se recoge el fruto de las principales ponencias de dicho congreso en una publicación (Cañas, X.M, & Burgos, 2013) donde se explora cómo la antropología personalista puede ser la base antropológica de la psicología, e incluso servir como instrumento de valoración crítica de enfoques psicológicos, servir de elemento estructurador y dinamizador de otros enfoques, y sobre todo, servir de fundamento a la psicología. Sin embargo, el ejercicio de acercamiento de la antropología personalista con la psicología, que logra hacerse desde la plataforma del Congreso, es básicamente desde la psicología humanista. Si bien, es cierto, que una de las ponencias, la de psicólogo colombiano Efrén Martínez sí muestra la relación, por ejemplo de la Logoterapia con otras psicoterapias, como las constructivistas, la metacognitiva o la psicología positiva actuales, el trabajo de integración, es todavía incipiente. No obstante, la conclusión con la que el Profesor José Luis Cañas cierra el congreso es atrevida: propone la fundación oficial de la Psicología Personalista, pasando por sustituir el enfoque epistemológico tradicional de las Ciencias Humanas en permanente crisis, por un enfoque metodológico personalista que dé paso a las Ciencias de la Persona. (Cañas, Domínguez Prieto & Burgos, 2013).

Desde entonces han pasado cinco años, en los cuales se han ido asentando estos presupuestos teóricos y se han desarrollado algunas otras propuestas aplicativas, siendo de momento una de las más consistentes, la desarrollada a través del Centro de Investigación de Psicología Integrativa Personalista de la Universidad Anáhuac México, a través de un primer artículo de titulación sobre la Psicología Integrativa Personalista: una propuesta (Zapién, 2016) y posteriormente la Tesis Doctoral sobre la efectividad de la Terapia Integrativa Breve con enfoque personalista (Zapién, 2018).

La Psicología Integrativa Personalista (PIP), nace principalmente, como un modelo de intervención clínica, que toma sus fundamentos teóricos del personalismo integral (Burgos, 2015), y de la corriente de psicología integrativa (Norcross & Goldfried, 2005), que a partir de los años 80s fue abriéndose vasto campo en el universo de la práctica terapéutica, considerando que la apertura

a factores comunes dentro de la psicoterapia, la integración teórica de diferentes enfoques, y el eclecticismo técnico en la intervención clínica tienen que ver con mejores resultados comparados con el uso de un sólo enfoque de intervención. Esto concuerda, por supuesto, con una visión más integral de la persona, tal como lo propone precisamente el personalismo (Burgos, 2013).

Lo que se pretende obtener como fruto de la intervención clínica desde la Terapia Integrativa Personalista<sup>1</sup>, es *Plenitud de Vida Personal*, es decir, un estado del yo personal, donde se experimenta la integración de las tres dimensiones (espiritual, psíquica y corpórea), en el ejercicio de una libertad, que lleva a una continua autoconstrucción desde el amor y para el amor.

A primera instancia, pudiera esta definición parecer mucho más próxima a la antropología que a la psicología, sin embargo, repasando un poco la evolución del concepto de salud mental, se puede observar que a mediados del siglo XX surge la tendencia de comprender la salud mental, no sólo como ausencia de enfermedad (perspectiva negativa), sino como algo más que ausencia de enfermedad (perspectiva positiva). Se vislumbra entonces, un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas tales como la psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc. Su complejidad ha generado múltiples intentos de definición, pero por el momento las divergencias superan los acuerdos (Lluch, 1999).

En el mismo siglo XX, aparecen términos como profilaxis mental en Europa, e higiene mental en Estados Unidos, y con ellos el surgimiento de la noción de prevención en materia de salud mental. Esa tendencia se fue ampliando progresivamente e hizo surgir un nuevo movimiento, que pretendía ir más allá de la simple prevención, centrándose en la promoción y el fomento de la salud mental. En el Congreso Internacional que se celebró en Londres en 1947, se sustituyó el término Higiene Mental por el de Salud Mental, y se fundó la Federación Mundial de la Salud Mental (Lluch, 1999). Esto resulta relevante, porque a partir de entonces se abren horizontes para comprender mejor, que lo importante no es sólo quitar los síntomas de malestar, sino apostar por un acompañamiento terapéutico que propicie el pleno desarrollo del potencial personal.

Los avances científicos y el cambio de actitud social, fueron a su vez, definiendo un nuevo enfoque de salud mental, basado en el abordaje integral y multidisciplinario, en el que se contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Goldenberg y Lubchansky, 1990). Este tipo de enfoques, propician un acercamiento a las dimensiones antropológicas, de las que ya

---

<sup>1</sup> Así llamaremos de ahora en adelante a la intervención psicoterapéutica que se hace desde el Modelo de Psicología Integrativa Personalista.

hemos hablando. Se empieza al mismo tiempo a hablar, por ejemplo de calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 1948). Un poco más adelante surgirán también términos afines tales como Salud Mental Positiva (Lluch, 1999), Psicología Positiva (Seligman, The president address. APA. 1998 Annual Report, 1999).

La Psicología Positiva, por ejemplo fue definida por Seligman (1999), como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología. Fue definida también como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades. Lo que según este autor, se busca a través de la intervención clínica es la auténtica felicidad (Seligman, 2002).

Cuando desde la Terapia Integrativa Personalista se habla de generar Plenitud de Vida Personal, a través de la intervención, el terapeuta se sitúa en esta vertiente que reconoce el aspecto positivo de la salud mental. Pero al mismo tiempo se busca algo más extenso que la mera calidad de vida, la salud mental positiva, o la auténtica felicidad. Quizás el principal problema, con estas categorías de salud mental, es que no hay un acuerdo unánime sobre cuáles son los criterios que describen a la persona sana, y por tanto, siguen existiendo diferentes definiciones y concepciones de salud mental. La mayoría de ellas hacen referencia a aspectos subjetivos, adaptativos o funcionales (Lluch, 1999).

Es por ello, que la propuesta en este trabajo es presentar las bases de una teoría del funcionamiento psicológico desde el Modelo de la Psicología Integrativa, mostrando al mismo tiempo, cómo esa teoría puede dar las pautas necesarias para realizar una intervención clínica llamada Terapia Integrativa Personalista (TIP). Se pretende, entre otras cosas, presentar un modelo multifactorial que apuesta por una concepción de salud mental tomando como referente la visión integral de la persona desde una perspectiva antropológica tomada del personalismo. Desde este paradigma, se establecen categorías personalistas para la comprensión, prevención e intervención en el ámbito de la salud mental (Zapién, 2016).

La teoría psicológica, que plantea este modelo es positiva, ya que parte sencillamente del presupuesto de que la salud mental se genera en la medida que la persona, vive modos auténticos de vida personal. En ese sentido, la mayor parte de las enfermedades psíquicas proceden de elegir falsos caminos para realizarse o plenificarse como persona, o por no vivir los adecuados



(Domínguez Prieto, 2011). Al mismo tiempo, propone, por ejemplo una forma de conceptualizar el caso clínico desde presupuestos antropológicos que permiten la elaboración de un diagnóstico integral desde el que se pone al centro la dignidad de la persona, más allá de cualquier síntoma, diagnóstico clínico o condicionante psicológico para acompañarla, habilitarla en el ejercicio de su libertad, y aproximarla a su propia plenitud de vida personal.

## OBJETIVOS

En este trabajo se hace la propuesta de una teoría del funcionamiento psicológico desde el paradigma integrativo-personalista.

Se revisa, en primer lugar las principales teorías de funcionamiento psicológico según varias escuelas.

Se presenta luego, la Terapia Integrativa Personalista (TIP) como intervención clínica que toma como base la teoría del funcionamiento psicológico integrativo-personalista.

Y se presentan los primeros resultados de aplicación de la TIP.

## PLAN DE TRABAJO/ MATERIAL Y MÉTODOS

Para el cumplimiento de los objetivos de investigación se utilizará una metodología teórica de análisis para la revisión de las teorías de funcionamiento psicológico de las principales escuelas, y de síntesis, para tratar de evidenciar la necesidad de una mejor fundamentación antropológica de dichas teorías.

Para el segundo objetivo, se parte de un método hipotético deductivo para hacer la propuesta de la TIP.

Finalmente, se apela a un método documental para la exposición de los primeros resultados empíricos de la aplicación clínica de la TIP a partir de un estudio realizado previamente (Zapién, 2018).

## 1. REVISIÓN DE LAS TEORÍAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS PRINCIPALES ESCUELAS

Al hablar de una teoría del funcionamiento psicológico, lo primero que salta a la vista es la consideración de qué tan importante es delinear o no una epistemología clara en torno al desarrollo de un modelo de intervención clínica. Caben preguntas tales como: ¿cuál es en realidad el objeto de estudio de una intervención clínica? Algunos podrían responder de forma pausada y concienzuda: *el análisis de los contenidos de la mente, o de la conciencia*. Otros podrían, más bien afirmar desde una vertiente más práctica: *ayudar al paciente a ser más adaptativo en sus respuestas al medio ambiente*. Un tercero, pudiera concluir: *conocer la experiencia humana a través de las acciones*. Otro más, posiblemente refutaría: *en realidad de lo que se trata es hacer una hermenéutica de la vida mental, para generar un modo consciente de responder al medio*. En fin, otros más pudieran sugerir: *la conciencia de la percepción, o la modificación de las cogniciones no funcionales, etc.*

En este primer apartado, se pretende hacer un ágil recorrido por las principales visiones que hasta el día de hoy han llegado a conformar el desarrollo de lo que comunmente hoy día todos conocemos de la psicología. La idea es poder tomar en cuenta toda esa riqueza de visiones, y de perspectivas para poder plantear en los siguientes apartados, la propuesta de una teoría del funcionamiento psicológico propia y original tomada desde un marco integrativo de enfoque personalista, como un intento de presentar un posible camino de unidad y potencialidad de la psicología para una intervención clínica que ponga como referente a la persona misma, comprendida desde todas sus dimensiones y dinamismos personales.

### 1.1 Revisión de las principales teorías de funcionamiento psicológico

Actualmente bajo la denominación de psicología, se entiende más bien una ciencia empírica, es decir, un tipo de saber completamente diferenciado del saber filosófico. Esto tiene que ver con el contexto y la historia de la presunta fundación de la psicología como ciencia, asociada simbólicamente a 1879, por parte de Wundt con el surgimiento del primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig. Desde ese planteamiento, la psicología habría comenzado, cuando más allá de las elucubraciones propias de la filosofía, pudo avocarse al estudio de la mente humana a través del método hipotético-deductivo y la referencia metódica a la experiencia. Por supuesto, el principal problema de una psicología que aspira a constituirse como ciencia es precisamente la determinación de su objeto y su método (Murillo, 2009).

El influjo de Descartes para la historia de la psicología es considerable, ya que es quien establece los términos del problema tal como lo hereda la psicología contemporánea: el principio del paralelismo psicofísico, que divide a las escuelas psicológicas hasta la actualidad. Según ese principio, los procesos mentales se corresponden con procesos físicos orgánicos, siendo tal su relación mutua que, si bien los unos no causan a los otros, a cada cambio en el ámbito de lo mental le corresponde un cambio físico (Murillo, 2009). En otras palabras, se puede decir, que desde entonces tenemos en psicología dos caminos paralelos entre los que apuestan por los modelos basados en evidencia mucho más apegados al método científico positivista, y los que privilegian más bien los procesos internos de la mente, como pueden ser los modelos cognitivos e incluso aquellos más apegados a la hermenéutica en sus formas de intervención. La marcada distinción entre el ámbito de lo mental, tan sólo accesible por introspección, y el cuerpo, que sólo puede ser estudiado por su conducta externa sin interioridad, abre un problema que afecta el estudio de la psique.

Medio siglo después de la fundación de la psicología científica, se produce otro cambio propiciado por la debilidad de su método científico: la introspección. La mente resultaba ser un problema subjetivo y muy poco verificable experimentalmente, ya que evidentemente es imposible saber con certeza, controlar, o comprobar lo que alguien piensa o imagina. Se pasa entonces de la mente a la conducta. El fundador del conductismo es Watson, quien propone su tesis con mucha radicalidad reduciendo todo a lo más observable y medible tales como comportamientos elementales, reacciones ante estímulos, etc. A nivel científico medible, la psicología avanza, pero pierde mucho en lo cualitativo por reducirlo todo a la conducta. Se opta, entonces por un

procedimiento integrador en el que sin abandonar la conducta como tema de la psicología, se recuperan también temas psicológicos propios de la mente, como los cognitivos (Burgos, 2014).

Con la brevedad que impone este trabajo, y revisando tan solo algunos de los modelos principales siguiendo la síntesis que el Doctor Xosé Manuel Domínguez Prieto (2011), expone en su libro de *Psicología de la persona*, se presentan a continuación algunas reflexiones sobre las aportaciones y deficiencias de los diversos modelos psicológicos, tomando como criterio las aportaciones de la antropología filosófica personalista.

### **Modelo Psicodinámico**

Resulta muy interesante la aportación del modelo psicodinámico en cuanto que reconoce que toda conducta tiene un significado. Esto sin duda abona propositivamente a la visión personalista en cuanto a la realidad de la trascendencia, superando la consideración meramente mecánica del comportamiento humano. Aunque, como dice Domínguez Prieto (2011), la hermenéutica freudiana remite a instancias irracionales como última clave explicativa, no deja de ser cierto que la conducta debe ser explicada (p.98). Los síntomas, según Freud, son manifestaciones de arreglos que la persona lleva a cabo por no saber enfrentar sus conflictos. Esta propuesta, tomada después por otros enfoques, muestran los síntomas como un intento de autocuración fallido.

A lo largo del desarrollo y maduración del modelo psicodinámico se han dado ricas aportaciones. Por ejemplo, Adler frente a la multiplicidad de instancias tópicas más correlacionadas a la propuesta original de Freud, defiende la unidad de la persona, y la dimensión comunitaria. Jung, habla de persona como parte consciente del ser humano frente a la sombra, y afirma la necesidad de maduración desde un sentido existencial. Otros autores, como Erikson, Winnicott o Fromm, Adler y Jung, rechazan el pansexualismo original del psicoanálisis y se centran más en la experiencia consciente interesados por el desarrollo positivo y saludable de la personalidad en vez de centrarse básicamente en los procesos deficitarios o patológicos (Domínguez Prieto, 2011).

Algunos puntos cuestionables, respecto a este modelo, podrían ser el hecho de que para el psicoanálisis clásico, la persona es gobernada por los impulsos del inconsciente dando por resultado una concepción un tanto mecanicista, siendo la conducta el resultado de causas pulsionales. El concepto de inconsciente resulta ambiguo, y sobre todo impersonal. El yo no actúa libremente conforme a un sentido, sino buscando el equilibrio homeostático que elimine las tensiones

intrapérgicas. Lo que busca el hombre, según la visión personalista, no es necesariamente un equilibrio, sino el estar direccionado a algo más allá de sí mismo que lo llena de trascendencia y sentido más allá de la mera superación del conflicto. Y es que lo que en realidad promueve el psicoanálisis es justamente eliminar las tensiones y quitar los síntomas, pero no promocionar la persona. Tampoco presenta un ser humano en que estén integradas sus diversas dimensiones afectiva, volitiva e intelectual. Las reduce a meros mecanismos reguladores y defensivos entre el inconsciente y el super yo. Por tanto la terapia misma no tiene mayor finalidad que calmar las tensiones y lograr un *insight* sobre traumas y problemas del pasado. El propio Freud descubrió que las curaciones mediante el psicoanálisis son escasas, siendo más frecuentes las remisiones espontáneas (Eysenck & Wilson, 1980).

### **Modelo Conductista**

Al enfoque conductual se le reconoce el mérito de la brevedad de sus tratamientos, de la eficacia científicamente probada en tratamientos de fobias, rituales obsesivos, enuresis, crisis de ansiedad, etc. Aporta además, un rigor experimental a la terapia, y el hecho de que a lo largo de los años ha ido ampliando el foco de atención de la conducta comprendida desde una vertiente mecánica, a análisis más completos de la conducta y sus funciones, llegando en su última generación a enfoques contextuales que siguen generando una notable evidencia de efectividad.

Desde una perspectiva personalista, se podrían plantear algunos interrogantes que abren a la posibilidad de integración desde un paradigma antropológico complementario: ¿Desde qué criterios se define qué es la adaptación, o si la mera adaptación social, ambiental, o cultural, significa siempre y automáticamente salud personal (Domínguez Prieto, 2011). En otras palabras, ¿todo lo adaptativo es personalizante?

Respecto a la eliminación de síntomas, surge la necesidad de abordar el porqué y el para qué de los mismos, y abordar la situación vital y biográfica que los mantiene. Los síntomas son signo, símbolo y señal de una situación personal que requiere ser leída a través de ellos. Suele ser compatible la salud integral con la convivencia con ciertos síntomas disfuncionales (Domínguez Prieto, 2011).

Finalmente, se podría aportar que es importante tomar en cuenta las dimensiones personales completas para no dejar a un lado lo psíquico en aras de lo físico, o lo cualitativo en aras de lo

cuantitativo, o lo interior por lo exterior, ya que la causa del comportamiento no es solo lo aprendido, sino la intencionalidad inherente a la libertad de la persona.

### **Modelo Cognitivista**

La atención a los procesos cognitivos como explicativos del comportamiento y a su vínculo con la dimensión afectiva son aportaciones clave del enfoque. Supone un realismo epistemológico clave, en cuanto a admitir una realidad objetiva, una verdad sobre la persona y la realidad en la que está. Sus diversas técnicas ponen en juego las capacidades para tomar contacto con lo real, frente a distorsiones cognitivas que lo impidan. Da más importancia al encuentro terapéutico que el psicoanálisis y el conductismo, como soporte e impulso para el cambio. Así mismo, apela a la voluntad a través del autocontrol, y de la deliberación en la resolución de los problemas y afrontamiento de la realidad (Domínguez Prieto, 2011).

Desde una perspectiva personalista, se puede echar de menos, la consideración del ámbito de lo axiológico y del interpersonal. Por otro lado, la teoría del conocimiento que maneja, puede ser complementada por elementos de la dimensión intelectual. Podría también verse enriquecido con la apertura a lo trascendente con preguntas acerca del para qué, que clarifique el sentido de las acciones. Ampliando su foco más allá de los problemas conductuales creados por el mal funcionamiento de la imaginación y de los esquemas distorcionados, se podría llegar a una comprensión más integradora explorando las raíces afectivas, volitivas, biográficas o morales.

### **Modelo Sistémico**

El modelo sistémico se distingue claramente de los demás modelos de intervención psicológica, porque su unidad de análisis es el sistema y no el individuo, ni la persona. Los síntomas, desde esta perspectiva son vistos como parte de este patrón comunicacional, y por tanto una característica del sistema y no únicamente del que lo sufre. Por lo tanto, se tiende a trabajar con toda la familia y orientar la intervención al alterar los patrones de interacción familiar en los que el síntoma cobra sentido.

La noción de sistema implica un todo organizado que es más que la suma de las partes. Se define por sus funciones, estructura, circuitos de retroalimentación y relaciones de interdependencia. Aplicada a la familia, supone entenderla como un todo organizado en que cada

miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas (Feixas, Muñoz, Compañ, & Montesano, 2016).

Desde una perspectiva personalista, cabe aquí la consideración que el Doctor Burgos (2015) hace respecto a la relevancia que algunos personalismos contemporáneos hacen respecto a la relación en la constitución del sujeto. Si bien es cierto, que las personas nos construimos no en relación a los objetos, sino en relación y dependencia de otras personas, la persona tiene siempre prioridad sobre la relación. El riesgo de los enfoques sistémicos pudiera encontrarse en que no todo problema y disfunción individual es manifestación del sistema. En otros aspectos, puede haber una excesiva simplicidad conceptual y explicativa, lo cual puede dar lugar a simplificaciones que no hacen justicia a la complejidad de las situaciones (Domínguez Prieto, 2011).

### **Modelos Humanistas**

Para estos modelos, el punto de referencia ya no es la persona enferma, ni estropeada, sino el potencial de la persona, su capacidad positiva para crecer, para realizarse. Señalan, en ese sentido, el horizonte último que arraiga la psicología: la persona (Ozcáriz, 2002).

Estos enfoques existencialistas o humanistas, afirman la persona como ser autónomo, inalienable. La persona es ser comunitario que tiene que hacer vida con los otros. La persona está llamada a realizar su vida, a ser autora de su vida, a crecer hacia su plenitud y madurez; actúa intencionalmente en función de un sentido existencial.

Consideran que los trastornos psicopatológicos son alteraciones o deformaciones en la estructura del *ser en sí*, como resultado de no responder con su acción a lo que exige su estructura. Lo que pretende la psicoterapia existencial es que la persona asuma su propia existencia y así que la persona se recobre y se posea a sí misma. Es una psicoterapia, que en general tiende a ser, no directiva, pues confía en que el acompañado sabrá encontrar y desarrollar su propio camino acompañado o propiciado por el terapeuta.

Desde una perspectiva personalista, se puede señalar, que en la mayoría de los enfoques humanistas falta una adecuada y bien articulada fundamentación antropológica: se ofrecen algunos

rasgos de antropologías, casi siempre existencialistas, pero de modo poco consistente y articulado. En general ellos no hablan de persona, sino de individuo o de hombre.

Otra característica, salvo excepciones como la Logoterapia, es la ausencia de un horizonte axiológico al que remitir a la persona, constituyéndose en horizonte de sus propias tendencias, necesidades y deseos.

A veces los hallazgos teóricos no se hacen operativos en procedimientos concretos o no son fácilmente evaluables (Domínguez Prieto, 2011).

### **Modelo Médico-Psiquiátrico**

Los rasgos de este modelo, consisten en admitir que toda patología tiene una etiología y que esta tiene una base orgánica. Se manifiesta en unos síntomas que, agrupados en cuadro clínico, permiten el diagnóstico. Tras el diagnóstico, se hace un pronóstico y un tratamiento de carácter biológico, dirigido solo al organismo (Vallejo, 2006).

Desde el punto de vista personalista, no consta que los trastornos psicológicos tengan como única causa la biogenética. Si se reduce la patología psicológica a algo que ocurre en el cuerpo de la persona, la persona queda al margen tanto de la causa de su patología como de su solución.

Etiquetar un conjunto de síntomas y describirlos no equivale a descubrir su causa. Intervenir sobre los síntomas no significa necesariamente, curar la patología, sino eliminar los signos de su existencia en los que se manifiesta en este momento.

Desde un prisma epistemológico general, el modelo médico es definitivo en algunos casos, complementario en otros e insuficiente en unos terceros (Vallejo, 2006).

## **1.2 Propuesta de la teoría del funcionamiento psicológico del modelo integrativo personalista**

La breve descripción que se viene haciendo de las teorías de funcionamiento psicológico, nos permite, sin embargo, apreciar que la tendencia respecto al mundo de la psicoterapia en general es más bien, enfatizar un solo dominio de intervención y dejar fuera a otros. Los enfoques psicodinámicos, por ejemplo, focalizan en el aspecto de hacer consciente lo inconsciente como posibilidad de superación de los conflictos intra-psíquicos tratando, de explicar la globalidad del comportamiento y de la personalidad tan solo desde ese paradigma. Los enfoques conductuales, ponen su énfasis en las modificaciones de la conducta, considerando conducta todo fenómeno del comportamiento y de la personalidad. Los enfoques existencialistas, apuestan sobre todo por



privilegiar el valor de la experiencia de la existencia desde la autenticidad, la aceptación, pero dejando un poco de lado, por ejemplo el trabajo con las cogniciones, etc. (Zapién, 2018).

Por lo anterior, se puede considerar, que quizás uno de los temas pendientes de la psicoterapia es la consideración de la persona en su totalidad, y como centro mismo de la acción terapéutica, puesto que pareciera que la tendencia de los enfoques es más bien fragmentaria. Es muy posible que precisamente por eso, desde un nivel de praxis clínica, la tendencia de los psicoterapeutas es a abrirse paulatinamente a enfoques integrativos, superando en la práctica el límite de una sola escuela terapéutica (Zapién, 2016).

El creciente interés en la psicoterapia integrativa durante los años 70s, así como su rápido aceleramiento desde 1980 hasta la fecha, llama mucho la atención. Algunos indicadores atestiguan su desarrollo. La integración es actualmente la principal orientación teórica de los psicoterapeutas de habla inglesa. Los libros de texto más relevantes, ordinariamente se identifican con un enfoque integrador, y no suele faltar usualmente un capítulo dedicado a la integración cuando se tratan los enfoques psicoterapéuticos. Los manuales de integración en psicoterapia se han publicado al menos en seis países. Se han establecido organizaciones internacionales interdisciplinarias que buscan la integración, tales como la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)*, y publicaciones también internacionales, como *SEPI's Journal of Psychotherapy Integration*. Y parece que el interés y la atracción por la psicología integrativa seguirá acompañando las siguientes décadas (Norcross & Goldfried, 2005).

La psicoterapia integrativa se caracteriza por la insatisfacción con el enfoque de una sola escuela en particular, y el concomitante deseo de mirar más allá de las fronteras de cada escuela con la intención de ampliar los caminos conducentes al desarrollo psicoterapéutico. El fin último que persigue, es en realidad, la eficacia, la eficiencia y la operatividad terapéutica (Norcross & Goldfried, 2005).

Otro punto de particular interés en la actualidad, son los formatos breves de psicoterapia orientados al problema. Con el 90% de la atención a los pacientes cubierta, en Estados Unidos por la administración pública, la terapia a corto plazo se ha convertido en el tratamiento de elección. La terapia breve es necesariamente un tratamiento más orientado a la resolución del problema. La integración con su aportación del eclecticismo técnico responde muy bien a esas necesidades de implementar lo que funcione mejor para la solución del problema (Norcross & Goldfried, 2005).

La evidencia empírica ha demostrado que no necesariamente los tratamientos psicoterapéuticos largos son los que arrojan una mayor efectividad. Diferentes investigaciones muestran que las psicoterapias breves entre 6 y 12 sesiones de diferentes enfoques teóricos son efectivas en trastornos depresivos y de ansiedad (Barkham, Shapiro, & Hardy, 1999), (Dowrick, Dunn, Ayuso-Mateos, Dalgard, Lehtinen, et al., 2000), (González, Fernández, Pérez & Amigo, 2006), (Guthrie, Moorey, Marquison, Barker, Palmer, McGrath, et al., 1999), y (Harvey, Nelson, Lyons, Unwin, Monaghan, Peters, 1998), (Mynors-Wllis, Gath, Day & Baker, 2000).

Por su parte, la antropología filosófica<sup>2</sup>, que de suyo tiende como ciencia a universalizar la respuesta a la pregunta común que todos algún día nos hacemos: ¿quién soy yo? tiene mucho que aportar a la psicología, como capacidad de ser piedra de toque ante la que cada corriente psicológica muestra claramente en qué medida sus proposiciones se aproximan o no a responder a la pregunta: ¿Quién es la persona? y por lo tanto ¿Qué se entiende por salud psicológica o mental? (Zapién, 2018).

Las ciencias, están de algún modo condicionadas al objeto de estudio que se proponen conocer. En el caso de la psicoterapia, es la persona humana y su comportamiento el objeto de estudio. En este sentido, el ser humano representa un gran desafío para la psicoterapia, ya que requiere modos un poco más complejos de comprensión (García & Fantin, 2012).

Se pretende, entonces, hacer una propuesta de una terapia integrativa, que toma como paradigma de integración la visión de persona presentada por la antropología filosófica personalista, y demostrar su efectividad para incrementar cinco elementos claves que en su conjunto promueven no sólo la salud psíquica de la persona, sino también un estado de plenitud de vida, alcanzado en el desarrollo integral, tratando de superar en cierta medida, algo del reduccionismo antropológico evidenciado en varios de los enfoques de intervención clínica (Zapién, 2018).

El paradigma personalista que toma como referente de su visión antropológica, favorece una re-conceptualización del objeto de estudio de la psicoterapia al considerar a la persona como un todo compuesto por varias dimensiones en las que se incluye la dimensión corpórea, psíquica y espiritual, por un lado, y por otro la realidad dinámica de la persona en su continuo conocer, querer y amar (Burgos, 2013).

---

<sup>2</sup> Es la disciplina que tiene por objeto al hombre, estudiado por sus últimas causas, y principios más radicales: estudia al hombre y sus operaciones esenciales en su globalidad (García Cuadrado, 2010 p.26).

Así mismo, el integrativismo, que promueve este tratamiento pretende articular y buscar la complementariedad de los diferentes modos de construcción del conocimiento psicológico, lo que facilita notablemente la integración de propuestas de distintas perspectivas teóricas (García & Fantin, 2012).

Al contar con esa base antropológica personalista, facilita la trans-disciplinariedad, ya que lejos de censurar, alienta al contacto con diversas ciencias y disciplinas que puedan poseer enfoques epistemológicos diversos, por ejemplo; la biología, las neurociencias, la antropología, o la sociología (García & Fantin, 2012).

Aunque es cierto que los principios básicos que maneja la Terapia Integrativa Personalista (TIP), que presento en este estudio (Zapién, 2018), están implícitos en muchos sistemas terapéuticos, por ejemplo, la Terapia Centrada en la Persona, las Terapias Existenciales, las Terapias Contextuales, la Psicología Psicodinámica, la Terapia Conductual Dialéctica, etc., el factor distintivo estriba en que la Terapia Integrativa Personalista propone como punto de integración un paradigma de antropología filosófica con una visión completa de la persona.

## 2. LA TERAPIA INTEGRATIVA-PERSONALISTA COMO UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

Lo que se pretende en este segundo apartado es exponer algunos de los presupuestos teóricos en los que se basa la TIP desde su vertiente psicológica integrativa, y su fundamento antropológico personalista. Se muestra, en primer lugar, la evidencia empírica de los enfoques integrativos en psicoterapia; se expone luego, algunas de las características del modelo tomadas desde los presupuestos del Personalismo Integral, para culminar con la exposición de su finalidad terapéutica y sus componentes.

### **2.1 Evidencia empírica de los tratamientos integrativos**

(Prochaska & Norcross, 2013), hacen una revisión completa de las evidencias empíricas<sup>3</sup> de los tratamientos integrativos, que se exponen en este apartado.

Los estudios reportan los efectos de las expectativas. Demuestran que las expectativas positivas y elevadas añaden efectividad, incluso en tratamientos como la desensibilización sistemática. Más de la mitad de los resultados terapéuticos exitosos pueden ser atribuidos al hecho de que tanto el terapeuta, como el paciente creen fuertemente en la efectividad del tratamiento (Roberts, Kewman, Merciere, & Hovell, 1993). Por otro lado, se puede señalar que la psicoterapia no puede ser reducida únicamente a los efectos de las expectativas. Un análisis sofisticado de múltiples resultados de estudios arrojó como resultado que la psicoterapia es más efectiva que el no tratamiento (Barker, Funk, & Houston, 1988). La psicoterapia es cerca del doble de efectiva que los tratamientos no específicos o placebo, que sólo buscan despertar expectativas en el paciente.

Un elemento que suele reportarse como uno de los causantes principales de la efectividad, es la relación terapéutica (Greencavage & Norcross, 1990). A través de varios tipos de psicoterapia se constata que al menos el 10% del resultado tiene que ver con la alianza terapéutica (Horvath & Luborsky, 1993). Aunque en otros estudios ese porcentaje es todavía mayor. Por ejemplo en su clásica investigación, Lambert (1986), especifica que los factores de índole relacional, explican hasta el 40% del cambio, los factores comunes que son las variables compartidas por todas las terapias, explican el 30%, y las técnicas tan sólo el 15%.

Las conclusiones de una revisión exhaustiva de la literatura sobre resultados en psicoterapia, nos hace conocer que la mayor variación en los resultados tiene que ver con factores preexistentes del paciente, tales como las expectativas del cambio, y la severidad del padecimiento. Por otro lado, la relación terapéutica está relacionada con la segunda mayor proporción de cambio, y el uso de la diversidad de técnicas vienen en tercer lugar. Se asume, además que la atención que el terapeuta presta al paciente es uno de los factores no específicos o comunes que impactan en los resultados. Por ejemplo, (Paul, 1967) encontró que el 50% de los fóbicos al hablar en público, mostraron mejoras marcadas en síntomas siguiendo un tratamiento placebo atencional dirigido a controlar variables no específicas como la atención.

---

<sup>3</sup> Evidencias empíricas en este contexto se refiere a los resultados de las investigaciones científicas que hasta el día de hoy se han realizado.

En un estudio de 294 terapeutas americanos, la prevalencia del eclecticismo-integración, como orientación teórica, casi duplicó a las demás, en función de su empleo en los ámbitos donde se trabaja con terapia breve y focalizada (Austrad, Sherman, & Holstein, 1991).

Un ejemplo reciente de una propuesta de tratamiento integrativo es el *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), propuesto por la Doctora (Shapiro, 2008). Más de 30 pruebas aleatorias controladas apoyan el uso de la Terapia EMDR para un amplio rango de manifestaciones de trauma. Normalmente, el equivalente a tres sesiones de 90 minutos, dan como resultado del 85 al 100% de remisión del Trastorno de Estrés Postraumático con un solo trauma (Wilson, Becker, & Tinker, 1995). Para víctimas de trauma múltiple tales como veteranos de guerra, son necesarias doce o más sesiones (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1998).

La comparación de la Terapia EMDR con el uso de Prozac, ha demostrado que los resultados obtenidos a través del EMDR son superiores: los pacientes continúan mejorando más allá de la finalización de la terapia, mientras que muchos pacientes con Prozac volvieron a presentar síntomas (Van der Kolk, y otros, 2007).

Como puede aquí apreciarse, a lo largo de las últimas décadas, los tratamientos integrativos van alcanzando una mayor práctica, y una mayor credibilidad por la evidencia empírica que poco a poco van arrojando.

Cuando en el 2013, surge la Psicología Personalista como fruto del I Congreso Iberoamericano de Personalismo, se señalaban las corrientes humanísticas como las más próximas a la concepción del personalismo, surgía quizás al mismo tiempo la pregunta sobre la posibilidad de desarrollar caminos de Psicología Personalista desde otros enfoques psicológicos. A partir del 2016, con la propuesta del Modelo Integrativo Personalista (Zapfen, 2016), se abre de lleno esa posibilidad. La persona, al ser multidimensional, dinámica, y compleja, se ve favorecida al ser tratada por enfoques integrativos, que además son coincidentes con las vertientes de desarrollo más actuales en el universo de la psicoterapia.

## **2.2 El Personalismo Integral como raíz y base filosófica de la TIP**

La TIP tiene como raíces y bases filosóficas el personalismo integral, el cual toma presupuestos personalistas de Wojtyła (2014), sistematizados por Burgos (2015). Se describen, a continuación

los rasgos principales de dicha corriente filosófica a través de los siguientes incisos: escuela específica de filosofía, centralidad de la persona y concepto moderno de persona.

Respecto a los pensadores de referencia, cabe señalar por un lado la aportación de Wojtyła, en cuanto a sus postulados propuestos, sobre todo en *Persona y Acción* (2014), y por otro lado la autoría de Burgos (2015), que viene a sistematizar esas y otras aportaciones de diversos autores para fomar una corriente muy específica y original de Antropología Personalista.

Wojtyła, pues, desarrolló una antropología personalista original y potente, resultado de una fusión original de fenomenología y pensamiento clásico, fundamentalmente tomismo. (a) Tiene una orientación ontológica; (b) es un pensador estructuralmente moderno; (c) es un pensador plenamente personalista. Percibió que era necesaria una nueva síntesis antropológica que fundiese la filosofía clásica y la moderna, la filosofía del ser y de la conciencia (Burgos, 2015). Piensa él que debían mantenerse algunos aspectos clave del pensamiento clásico, en particular la perspectiva ontológica; pero la formulación específica parecía obsoleta, y debiera ser reformulada desde una sistematización nueva que integre las aportaciones filosóficas de la modernidad.

Burgos (2015), por su parte señala que, el yo-ello, prevalente en la filosofía occidental durante siglos, es sustituido por el yo-tú como elemento constitutivo de la identidad personal. Las personas nos construimos, no en relación a los objetos, sino en relación y dependencia de otras personas, comenzando por la construcción de nuestra identidad básica en el contexto de las relaciones interpersonales. Sin embargo, la persona tiene prioridad sobre la relación (Wojtyła 2014 p.387), y esto es una tesis sostenida por el personalismo integral, a diferencia de otras corrientes dentro del personalismo mismo que acentúan la prevalencia de lo relacional. Esto, sin embargo, no infravalorando la relación, teniendo en claro que la persona sólo puede ser plenamente persona en el marco de la relación interpersonal, aunque la prevalencia la tiene la persona misma por encima de la relación ya que si la persona no se afirma a sí misma desde una clara identidad, no es posible lograr relaciones interpersonales sanas y satisfactorias.

### **Centralidad de la persona**

Uno de los rasgos fundamentales que caracterizan al personalismo integral es la centralidad de la persona en su arquitectura conceptual. Es el quicio de la antropología, una antropología pensada desde la persona (Burgos, 2015). En Tomás de Aquino por ejemplo, el concepto de persona es empleado y valorado, pero en su antropología resulta secundaria frente a la potencia brillante del

concepto de sustancia. De ahí que asuma la definición de Boecio para describir al hombre como "sustancia individual de naturaleza racional" (Boecio, 1979 p. 557).

Posteriormente adviene la ruptura cartesiana que conduce a la filosofía a sustituir la persona por conceptos como el sujeto o el yo. Es hasta el siglo XX que se produce, en realidad una recuperación del término persona. Este es el momento histórico donde aparecen las filosofías de la persona, y el personalismo en sentido estricto (Burgos, 2015).

A lo largo de la historia se constata, que las corrientes filosóficas implícita o explícitamente tienden a influir en el desarrollo de las escuelas de psicología. El hecho del nacimiento de esta corriente personalista abre la oportunidad a la psicoterapia de adoptar esta propuesta de hacer de la persona el quicio y núcleo fundamental de la intervención terapéutica pudiendo quizás llegar a una comprensión desde ángulos y perspectivas enriquecedoras.

### **Un concepto moderno de persona**

Entre las características que se toman en cuenta para esta noción moderna de persona están las siguientes: La persona como un yo y un quién, la afectividad y la subjetividad, la interpersonalidad, el carácter comunitario, la corporeidad, la tripartición de la persona a nivel somático, psíquico y espiritual; primacía del amor, libertad como autodeterminación, carácter narrativo de la existencia humana, trascendencia como relación con un Tú, etc. (Burgos, 2015).

Cada una de estas características han sido cuidadosamente asumidas en el diseño y trasfondo de la TIP, como se muestra a continuación:

#### 1. La persona como un yo y un quién.

Como se ha mencionado, el personalismo propone, entre otras cosas el repensar las ciencias humanas desde la persona. La tendencia de la psicología ha sido el articular el conocimiento psicológico desde teorías del funcionamiento psíquico que no necesariamente ponen a la persona como el punto central del objeto de estudio. Muchas veces se han dado definiciones de la psicología como ciencia de la conducta, del bienestar psíquico, de la adaptación al medio, de modificación comportamental, de estructuración sistémica, etc. Incluso dentro de enfoques más aproximativos al personalismo, como pudieran ser la corriente humanista, que pretenden en mayor medida dar una atención centrada en la persona o el cliente, la concepción misma de la

persona no siempre llega a ser vista de forma completa desde todos sus dinamismos antropológicos y todas sus dimensiones.

Lo que pretende la TIP, es rescatar a la persona desde una antropología consistente tomada del personalismo de Wojtyla (2014) sistematizado por Burgos (2015), poniéndola como al centro y en el foco de la actividad terapéutica haciendo de este modo una psicología personalista donde la técnica y el método de intervención sea en función de la persona, y no la persona en función del método.

### 2.La afectividad y la subjetividad.

Inspirado en el pensamiento de Scheler, (2001), y Von Hildebrand, (2001), el personalismo integral, reclama el estatuto de la afectividad como un dato antropológico primario, a la par del conocimiento y de la volición. A través de la afectividad se abre la experiencia de la subjetividad, donde la persona no sólo es capaz de reconocer los hechos externos que vive, sino la muy personal forma de vivirlos.

Desde la TIP, esto es algo fundamental en el proceso terapéutico, ya que la integración de las experiencias de vida, sobre todo las más adversas, sólo es posible rescatando ambos lados de la moneda: los hechos en sí y la forma de vivirlos con el significado que se les otorga.

El camino terapéutico, desde la TIP, busca precisamente esa integración de experiencias para incrementar la plenitud logrando por un lado la reconciliación con el pasado, pero sobre todo enriquecer la propia identidad a través de todas y cada una de las experiencias de vida reconocidas, validadas, e integradas a través de todas las dimensiones personales.

### 3.La interpersonalidad y carácter comunitario.

El personalismo integral, reconoce que la persona tiene su origen desde la relación, y se configura identitariamente en el marco de relaciones personales familiares, amistades, compañeros, culminando en procesos de enamoramiento que pueden llegar a la conformación de un nuevo núcleo de relaciones (Burgos, 2015). Otra notable aportación enriquecedora de la interpersonalidad, es que facilita la apertura al tratamiento filosófico de la religión desde la perspectiva de la relación de un yo con un Tú trascendente (Buber, 1998).

La importancia de la interpersonalidad es uno de los ejes medulares de la TIP. Desde la conceptualización del caso clínico, se pretende describir la calidad de los vínculos interpersonales del paciente. Parte del entendimiento, de que la interpersonalidad presenta varias formas, no todas igualmente personalizantes, no todas plenificantes. Se trata, por tanto, de



identificar la calidad de los vínculos que mantiene la persona en sus diferentes comunidades: familia, ambiente laboral, amistades significativas, grupos de interacción social, cultural, deportiva, etc. Lo contrario a relaciones personalizantes, son las relaciones desde el abuso, desde la dependencia, o desde la impersonalización. Terapéuticamente, se trata de que la persona propicie relaciones interpersonales donde pueda experimentar intimidad emocional, psicológica y espiritual a través del encuentro personal (Zapién, 2018).

#### 4.La tripartición de la persona a nivel somático, psíquico y espiritual.

Superando la clásica distinción alma-cuerpo por los problemas que plantea, el personalismo integral, propone la constitución de cuerpo, psiqué y espíritu como las tres dimensiones estructurales de la persona. La persona es un ser integrado y unitario en el que todas sus estructuras están en conexión, y funcionan de manera armónica (Burgos, 2015).

Las tres dimensiones, se convierten en las estructura básica de conceptualización del caso clínico desde la TIP, la cual se detiene a detalle en las primeras tres sesiones en un análisis completo de la realidad de la persona desde sus tres dimensiones, y desde sus dinamismos esenciales, para generar un diagnóstico integral, para llegar a comprender el caso de manera integral y no quedarse en un diagnóstico meramente clínico, y de ese modo poder establecer el plan de tratamiento desde esas coordenadas personalistas, que a su vez integran lo clínico, lo social, lo corpóreo, etc.

#### 5.Libertad como autodeterminación y primacía del amor.

Respecto a la libertad, el personalismo integral, toma la propuesta de Wojtyla (2011), en la conjugación armónica de dos ideas básicas: la elección y la autodeterminación, como elementos que permiten tematizar la experiencia básica de la libertad. El sujeto, no está determinado por el objeto, aunque sí condicionado, como lo matiza el mismo Wojtyla (2011). Sin embargo, el sujeto decide qué objeto quiere elegir. Si la persona decide poner una acción en la realidad, lo hace, y si no toma esa decisión, la acción no llega a existir.

Pero la libertad, no es sólo elección, sino autodeterminación. Es decir, no consiste principalmente en la capacidad de elegir objetos, sino en la capacidad que tiene cada persona de decidir quién quiere llegar a ser y lograrlo a través de sus acciones.

La educación en la libertad, o la rehabilitación de la libertad constituye el resultado máximo de la intervención clínica desde la TIP. En ese sentido, podrían ser equiparables libertad y plenitud de vida. La razón por la que esto puede ser considerado el fin mismo de la terapia

desde este modelo, es porque ese ejercicio de libertad en la elección y la autodeterminación requiere de todos los demás elementos previos para poder realizarse. Requiere de autoposición, por lo tanto, del reconocimiento de la propia realidad, del trabajo en la interpersonalidad, de la aceptación de limitantes, y del sentido de vida.

En el campo de las relaciones interpersonales, la única manera de ser libres, son las relaciones desde el amor. Cualquier otro modo de relación personal condiciona en mayor o menor grado la experiencia de la libertad y de la plenitud personal.

### **2.3 Objetivo de la Intervención terapéutica desde la TIP**

La teoría psicológica de la TIP afirma en primer lugar, que la persona es un ser en construcción permanente, y por ello hay en ella una *tendencia actualizante*, que le lleva a buscar realizar todas sus potencialidades adquiriendo de ese modo una vida, cada vez más plena. En este sentido de construcción permanente, esta teoría de funcionamiento psicológico, coincide con ciertas conclusiones a las que llegó Rogers, al tratar de explicar desde su teoría, lo que él fue encontrando en la práctica de su terapia. La vida es un proceso dinámico, en constante cambio y movimiento, por lo que ser persona es un proceso, más bien que un producto (Zapién, 2018). Este proceso está motivado por la *tendencia a la actualización*, que se logra cuando las personas viven de acuerdo con su potencial y, al actuar, no lo niegan, rechazan o esconden, es decir, viven con autenticidad (Rogers, 1985). Aun así, la visión que propone Rogers, es excesivamente diluída frente a la del personalismo integral. Esta visión puede verse complementada con el *factor plus*, o factor de complemento que describe Petrilowitsch al afirmar que la logoterapia de Frankl (2012), por contraste con las demás psicoterapias, no permanece en el plano de la neurosis, sino que va más allá, y penetra la dimensión de los fenómenos específicamente humanos. Evidentemente esto le da un trasfondo personalista que ayuda a comprender cuál pudiera ser entonces el objetivo de una intervención psicoterapéutica tal como se viene proponiendo. A diferencia, por ejemplo con el psicoanálisis, la persona no se encuentra ya frustrada sexualmente, sino existencialmente. La pulsión sexual, en ese sentido sería sustituida por así decirlo, por la *pulsión existencial*. En otras palabras, tener un sentido de vida es equivalente a desplegar armónicamente la propia vida. El objetivo del análisis existencial, que es el punto de partida de la logoterapia, consiste, entonces, en hacer consciente la imagen implícita de la persona, y explicitarla, desplegarla, desarrollarla, no de una manera distinta a como se revela una placa fotográfica, y de esa manera se hace ver lo que se

hallaba latente. Porque la concepción de la persona que posee el terapeuta, puede se a veces que fomente o mantenga la neurosis del paciente (Frankl, 2012).

La persona, desde esta concepción, no es sólo índole psicofísico-orgánico, sino también espiritual-personal. Lo mismo que una alfombra, al desenrollarse, revela su motivo incofundible, así también con el transcurrir de la vida, con su devenir, vamos viendo la esencia de la persona (Frankl, 2012, cap. 14).

Tomando, entonces las perspectiva de Rogers (1985), y de Frankl (2012), y complementandolas con el trasfondo de la antropología personalista planteada por Burgos (2013), la TIP propone que la persona está llamada a una *Plenitud de Vida Personal*, conformada por la integración de sus tres dimensiones antropológicas (corpórea, psíquica y espiritual), y por el desarrollo de todo su potencial direccionado a su sentido de vida existencial desde su constante dinamismo de conocer, querer, y amar.

Este constructo, además, hace referencia a un estado personal, al que llega la persona respondiendo a un auténtico llamado existencial, donde vive con un horizonte de eternidad, orientado por valores que le llevan a vivir en un sentido de vida trascendente. Así mismo, busca generar intimidad en sus relaciones interpersonales desde una genuina experiencia de amor, se asume y se acepta como un ser limitado, finito, imperfecto aceptando las limitaciones propias de la vida humana. Conoce, quiere y percibe la realidad situándose ante ella desde la experiencia, y siendo capaz de tomar decisiones libres que le siguen llevando a más plenitud.

El núcleo psíquico más profundo, desde el cual interviene la TIP, es el yo personal integrador. Este concepto, hace referencia al conjunto de fenómenos corporales, psíquicos y espirituales que se dan desde un trasfondo personal (Zapién, 2018). Se diferencia notablemente del yo freudiano, concebido como el elemento de la personalidad que tiene que satisfacer simultáneamente al *ello* y al *superyó*, a fin de superar el conflicto intrapsíquico. Esto se vuelve complejo, porque objetos que satisfarían al yo pueden generar sentimientos de culpabilidad, por lo que deben ser inhibidos, lo cual, a su vez genera ansiedad porque impide la satisfacción del *ello*. La ansiedad es sumamente angustiada, y la tarea del yo es eliminarla. (Freud, 2012).

Por el contrario, el yo personal integrador, no se mueve a partir del conflicto intra-psíquico, sino a partir de la *tendencia actualizante* hacia una plenitud personal, que comprende la integración de las dimensiones personales (cuerpo, psiqué y espíritu). Desde la comprensión de la TIP, lo psíquico no puede considerarse como una dimensión aislada del resto de las dimensiones personales, tales

como son la dimensión espiritual, y corpórea. Burgos (2013), aporta una reflexión interesante, que además coincide con algunos estudios clásicos sobre percepción social (Bruner & Goodman, 1947), cuando se pregunta: “¿Cómo es posible que un estímulo físico pueda acabar transformándose en una sensación subjetiva?”. Con esto, trata de demostrar, por ejemplo, que la percepción es mucho más que un estímulo que provoca una serie de reacciones que van al cerebro y provocan una reacción. Afirma, pues, que cada experiencia psíquica es un proceso que realiza el sujeto en su integridad. El cerebro no ve, y tampoco los ojos ven; quien ve es el sujeto quien realiza esa acción. Entendamos de ese modo, que se trata de un proceso cognoscitivo, y por lo tanto intencional, y no meramente químico, físico o nervioso. Burgos (2013), explica que la experiencia subjetiva de la senso-percepción, se da porque los sentidos no son entidades meramente físicas, sino que tienen una dimensión psíquica que establece la conexión entre las modificaciones físicas del mundo (o del propio sujeto), y la persona en cuanto tal.

Respecto al proceso de autoconstrucción permanente, o plenificación, que desde este modelo se propone, pueden darse dos estados en los cuales la persona se puede instalar: el estado despersonalizador, y el estado personalizador. En el estado despersonalizador, el yo personal, está desintegrado y difuso porque sus contenidos, no se encuentran adecuadamente integrados en las dimensiones personales. Por el contrario, en el estado personalizador, el yo personal se encuentra unificado y direccionado a un crecimiento personal plenificador. En tal caso, los contenidos del yo se encuentran integrados armónicamente en las dimensiones personales (Zapién, 2018).

Desde la concepción teórica de la TIP existen cuatro modos personalizantes, llamados ejes personalistas: sentido, interpersonalidad, aceptación de limitantes, y objetividad que llegan a conformar la integración del yo personal.

En cuanto al eje de sentido, que además puede identificarse con la dimensión espiritual, la TIP coincide con Viktor E. Frankl (1992), en su concepción de la logoterapia como un vehículo que asciende a la dimensión humana, y de esa manera acoge los fenómenos específicamente personales. Se trata –continúa, Frankl, de las dos características antropológicas fundamentales de la existencia humana, que se dan en esa dimensión: su *autotrascendencia* (1959), en primer lugar, y, en segundo lugar, la capacidad para *distanciarse de sí mismo*, una capacidad que caracteriza el existir del hombre como tal (1949).

Por lo tanto, la persona no llega a ser realmente persona, ni llega a ser realmente ella misma, si no se entrega a una tarea, cuando no hace caso de sí misma o se olvida de sí misma al ponerse al servicio de una causa o al entregarse al amor de otra persona. ¿Por qué caminos puede hallarse sentido y llenar la propia vida? A saber, primordialmente realizando una acción o creando una obra, es decir creativamente. Pero también por medio de una experiencia, esto es, cuando experimentamos algo o a alguien, y experimentar a alguien en toda su singularidad y unicidad, significa amarle (Frankl, 1992 p.3).

Las relaciones interpersonales generadoras de intimidad, o interpersonalidad, son un segundo objetivo buscado desde la TIP. La evidencia científica ha demostrado, una particular relevancia de este aspecto, que el modelo integrativo personalista toma como uno de sus principales postulados (Zapién, 2018). Por ejemplo, el estudio sobre desarrollo adulto, llevado a cabo por el departamento de psiquiatría de la Universidad de Harvard durante 75 años (Vaillant, 2002), obtuvo como resultado final, que lo que lleva a una vida más feliz y más saludable son las buenas relaciones.

El paradigma integrativo personalista, plantea también, la aceptación de los limitantes propios de la vida, del malestar que surge de la constatación de ciertos límites personales, relacionales o circunstanciales, como un camino personalizador, en cuanto que ajusta a la persona a vivir de acuerdo a su realidad falible, y contingente, respecto a todo aquello sobre lo que no tiene control o dominio, y abocándose por otro lado a resolver y a afrontar todo aquello que sí resulta modificable y que incrementa su bienestar psíquico y personal. Desde esta postura de aceptación de lo que no está bajo su *locus* de control, la persona puede situarse generando sentido y valores más allá de la experiencia de los limitantes y condicionantes personales (Zapién, 2018). En ese sentido, resulta muy interesante constatar en el universo de la psicología, cómo a partir de los años noventa surge dentro de la corriente conductual, un grupo de terapias contextuales, con innovaciones terapéuticas y formas de abordar los problemas psicológicos. La diferencia que presenta esta generación es que no trata de quitar de en medio la ansiedad, la depresión, las obsesiones, los estímulos adversos que no están bajo el propio dominio de control, sino aceptarlos, entender por qué se tienen esos problemas, planteando un nuevo contexto verbal y terapéutico (Pérez-Álvarez, 2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso, lleva ya más de 30 años de investigación y desarrollo desde que su principal autor (Hayes, 1984) publicó su primer artículo; los principales autores del modelo exponen en su manual, un conjunto considerable de trabajos (Hayes, *et al.*, 1999) que corroboran la mayor efectividad a la larga de la postura de aceptación. Algunos trabajos más actuales, por ejemplo, (Wilson y Luciano, 2002), apuntan también en esa dirección.

Por último, la objetividad, como manera de situarse en (Bandura, 1977) contacto con la realidad, es otro postulado que promueve la TIP. Esta realidad tiene un componente objetivo, es decir, la realidad que existe en sí, fuera de mí; y un componente subjetivo, la realidad como se vive, se experimenta, y se percibe (Zapién, 2018). De alguna manera, esta forma de contacto con lo real que toma en cuenta una realidad interna y otra externa podría remitirnos a la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977), en cuanto a que este autor habla de la existencia de un autosistema (parte subjetiva), que permite a las personas ejercer un control sobre el medio ambiente y sus creencias, factores que a su vez alteran las conductas subsecuentes (modificación de la realidad externa, parte objetiva). Con lo anterior, propone que la conducta humana es el resultado de la interacción entre este auto-sistema y las fuentes de influencia externas y medioambientales. En efecto, para la TIP, la realidad es alcanzada a través de la acción de la persona, ya que es a través del análisis de dicha acción lo que pone a la persona en posibilidad de vivir en contacto con lo real, y esto genera salud, plenitud, y autoeficacia.

Desde esta perspectiva integral de la TIP, se puede afirmar que la sanación, pues, es el proceso de recuperación de esos modos adecuados de vivir como persona, recuperación de lo personal dañado, bloqueado o imposibilitado, y así mismo, el proceso de desarrollo de esos modos auténticos que sitúan a la persona en el estado personalizador, desde el cual puede ir actualizando progresivamente esa tendencia hacia la plenitud de vida personal (Zapién, 2018).

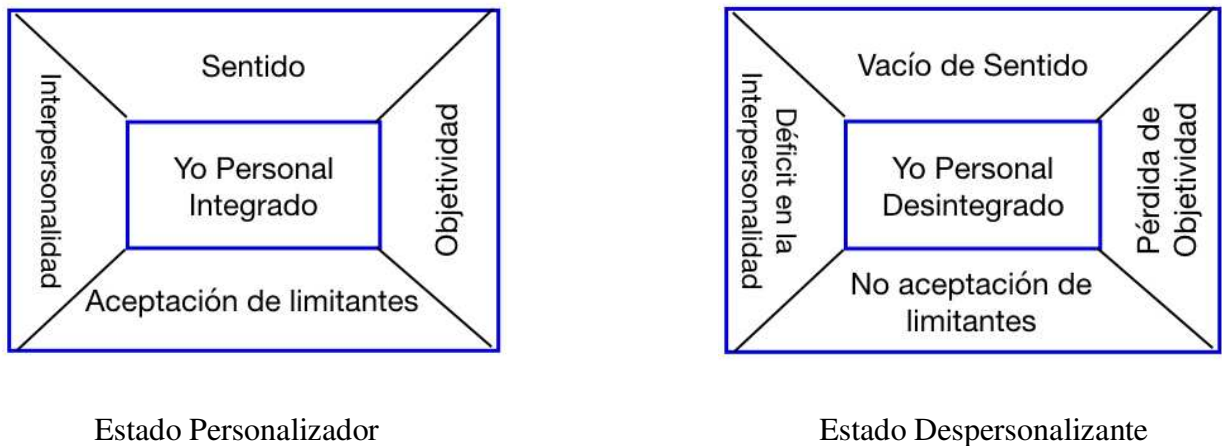


Figura 1. Diagrama de los estados

## 2.4 Componentes

### Exploración de la dimensión espiritual

Dentro del universo de la psicoterapia, parece ser que varios enfoques se inclinan a la integración de la espiritualidad, como uno de los factores que ha demostrado efectividad en los tratamientos. En muchos casos, se encuentra que la dimensión espiritual o incluso la religiosidad de la persona, entra en juego en el proceso terapéutico. Las investigaciones indican que los terapeutas están abiertos a estas cuestiones, y que también los pacientes quieren discutir estos temas en las sesiones; incluso para algunos, el uso de intervenciones espirituales ha llegado a ser un complemento efectivo en su proceso (Aten & Worthington, 2009).

Con el objetivo de conocer en qué medida influye la espiritualidad en la psicoterapia, un equipo de cuatro investigadores españoles (Maestre, et al. 2014), se dieron a la tarea de revisar las últimas publicaciones médicas relativas a la presencia de la dimensión espiritual y las creencias religiosas en los procesos psicoterapéuticos. Realizando una búsqueda bibliográfica en PubMed entre 2008 y 2013, seleccionaron 64 artículos. Parece, según sus conclusiones, que los terapeutas están abiertos a tratar estos temas, los pacientes los quieren discutir y estas estrategias, unidas a los factores comunes de la terapia, se muestran eficaces.

Sin embargo, la noción de espiritualidad y religiosidad es compleja (McClellan et al. 2012), a veces impugnada debido a asociaciones con la religión y la religiosidad. A pesar de la multiplicidad

y la inconsistencia de definiciones de los dos términos que se encuentran en la literatura, parece darse una tendencia colectiva a asociar más el concepto de espiritualidad con la experiencia personal y subjetiva, individual de la relación de un individuo a una dimensión trascendente, mientras que la religiosidad está cada vez más restringida a lo tradicional, institucionalizado y a un concepto social (Maestre, et.al 2014).

Ya en los años 30's, Allers (1932,1942), va dando forma a un marco de comprensión de la experiencia humana que buscará trascender los reduccionismos que encontró en varias corrientes. Logra, de alguna forma, un abordaje abierto a la consideración del ser humano como unidad bio-psico-social (de Lubac, 1979), abierta a lo trascendente y a la revelación divina.

Otro autor representativo, al que se le puede aplicar la noción de espiritualidad, aunque como se ve, desde perspectivas muy diferentes, es Perls (1951). No siendo él muy amigo de una forma de espiritualidad tradicional, fue a Japón y visitó un templo Zen; tenía una atracción al Zen y cuando vio que el maestro Zen se inclinaba ante un Bodhisattva, y le quemaba incienso, se sintió decepcionado porque él buscaba una religión sin Dios. Sentía que eso era entrar en mundos dogmáticos, simbólicos, llenos de hipótesis sobre el más allá que no lo atraían (Ramirez, 2011).

De manera más reciente, en otros tratamientos psicoterapéuticos, se da relevancia al rol de la conciencia como un primer paso para hacer cambios de vida. En este sentido, por ejemplo, el *mindfulness*, recurre a las tradiciones espirituales y religiosas orientales (como el Budismo Zen), pues la psicología empezó a reconocer que, fuera del contexto religioso y espiritual, estos pensamientos pueden ser usados para mejorar el bienestar físico y emocional. Las actividades *mindfulness* se presentan de formas diferentes. Las personas se comprometen en prácticas formales como la meditación, yoga o taichí, aunque también pueden estar en *mindful* por un momento, asistiendo a la respiración en cualquier punto durante el día, y notar su experiencia (Roemer & Orsillo, 2009).

Como se puede ver, estos pocos ejemplos ilustran la complejidad y la equívocidad de los términos espiritualidad, trascendencia, religiosidad, meditación y contemplación en conciencia plena. En este apartado, pues se busca en primer lugar, distinguir con claridad la dimensión espiritual desde la que parte la TIP, ya que la experiencia de la trascendencia es un factor distintivo de este modelo.

La antropología personalista, afirma que somos: cuerpo, psiqué y espíritu. Las dos primeras dimensiones son materiales (objetuales); la última es espiritual (subjetual). La única realidad que



puede ser subjetividad pura es Dios (Ser Personal Trascendente), que no se puede experimentar como objeto sino sólo desde una relación de donación entre sujetos; para manifestarse o profundizarse requiere de nuestro consentimiento como acogida y respuesta. La presencia de ese Ser Personal Trascendente se manifiesta al amarlo. Se hace muy difícil percibirlo sin esta actitud de amorosa acogida. Dios integra a la persona en su propio dinamismo de amor que se entrega, que es amor que recibe, amor que se comparte. Cualquier pretensión de relacionarse con Dios (Ser Personal Trascendente), como objeto lleva a la desaparición de la percepción de su presencia.

Para llegar a esta experiencia de trascendencia relacionar, es requerida una actitud interna para ser percibida. El trabajo en esta disposición pasa por los siguientes elementos (Zatyryka, 2017):

- Cultivo de la soledad y el silencio: Ejercitar la capacidad de escucha, que es lo contrario a una vida dispersa y superficial.
- Atención correcta: Implica la rehabilitación de la capacidad de percibir.
- Descentramiento: Se trata de suspender las tendencias reactivas y proactivas, no procurándose nada sino acoger lo que se ofrece, y entregar lo que se pide.
- Paz: Vivir desde la armonía, desde el equilibrio interior. Crecer en la capacidad de captar e ignorar o desactivar los mecanismos que aumentan la ansiedad.
- Confianza: Que se refiere a sentirse en un espacio seguro donde la propia integridad no está amenazada.
- Abandono: Como capacidad de entregarse en el encuentro con el otro, en la total entrega de sí.
- Reverencia: Asombro y acatamiento ante el Misterio Infinito.

Desde este paradigma de Salud Mental Positiva, que promueve la TIP, uno de los indicadores frecuentemente reconocido es la interpersonalidad. La fundación Victorian para la Promoción de la Salud Mental (VicHelth) en Australia, por ejemplo, elaboró un marco conceptual (Organización Mundial de la Salud, 2004), donde se señalan específicamente las relaciones de apoyo, la participación en actividades de grupo y la participación cívica como determinantes claves dentro de la inclusión social como indicadores de salud. Las personas que están más aisladas y las personas que están en desventaja tienen mayores problemas de salud que las otras, y en general los estudios correlacionan de manera significativa interpersonalidad y salud mental (House, 1988).

Un ejemplo significativo de lo que se expone, lo constituye los resultados de una investigación longitudinal sobre las relaciones interpersonales llevada a cabo por los profesores Gottman y Levenson. Aunque la población de los estudios ha sido parejas, la evidencia empírica parece mostrar que los patrones de interacción encontrados, pueden ser también aplicables a todo tipo de interacción interpersonal. Dado que las aportaciones de Gottman, representan hoy día una serie de técnicas de intervención ecléctica y bien estructurada para trabajar relaciones interpersonales, parece oportuno centrar la atención a su propuesta con la finalidad de cotejar posibilidades, convergencias, y nuevos horizontes clínicos aplicables a la TIP.

La investigación en relaciones de pareja desde el paradigma Levenson-Gottman, esta basada en siete estudios longitudinales en un total de 677 parejas. Los estudios se extienden a lo largo de la vida de la pareja. Los investigadores, han hecho un seguimiento de esas parejas hasta por 18 años. Estos estudios van desde parejas recién casadas, hasta parejas que han permanecido juntas por mucho tiempo y tienen entre cuarenta y sesenta años. Seguimientos que también han comprendido las etapas de la relación tales como la llegada de los hijos, la interacción con los hijos bebés, los hijos pre-escolares y adolescentes. Todo esto, con el objetivo principal que se plantea en una pregunta: ¿Qué funciona y qué no funciona en las relaciones interpersonales? (Gottman & Schwartz, Conectando brechas en la relación de pareja, 2014).

Algunos de los hallazgos interesantes de estos estudios han significado un cambio de paradigma en la comprensión y consideración de las relaciones interpersonales en las parejas. Por ejemplo, se solía pensar que la tarea del terapeuta era la resolución de los conflictos acaecidos en la interacción. Se sabe ahora que concentrarse en la resolución del conflicto, en realidad es un error. La investigación reveló que la mayoría de los conflictos (69%) en las relaciones son perpetuos, y no tienen solución. Están basados en las diferencias permanentes de la personalidad y las necesidades de cada uno. Las parejas pueden dialogar acerca de sus problemas perpetuos o vivir en un estado de estancamiento, o profundo dolor. La terapia requiere enfatizar la necesidad de manejar este tipo de conflictos en lugar de tratar de resolverlos (Gottman & Schwartz, Conectando brechas en la relación de pareja, 2014).

La investigación, también ha reportado cuáles son las habilidades necesarias para que una relación funcione. Las parejas que manejan una relación interpersonal de buena calidad tienden a suavizar la manera en que presentan los problemas, aceptan influencia uno del otro, cuando tienen un conflicto hay una proporción de interacciones de positivas a negativas de 5:1, consistentemente

muestran aceptación recíproca, mantienen su nivel de activación fisiológica muy bajo, se esfuerzan para evitar la negatividad en la relación, reparan las interacciones fallidas y saben cómo calmarse si la interacción se vuelve negativa, y finalmente son capaces de llegar tranquilamente a un acuerdo. Por el contrario, en las relaciones enfermizas y fracasadas hay un aumento de afecto negativo, una falta de afecto positivo, o un estado de desconexión emocional (Gottman, 1994).

Otra cosa interesante, es que no todos los conflictos en las relaciones de pareja son iguales, algunos se convierten en auténticos descubrimientos de una “agenda oculta”. Las parejas suelen tener la misma discusión una y otra vez porque la posición de cada uno está enclavada en un profundo significado personal, y tiene por tanto una base existencial, de tal forma que llegar a un acuerdo pareciera completamente inalcanzable. Por ejemplo, cuando las parejas discuten por dinero, lo que en realidad requieren es hablar acerca de lo que el dinero significa para cada uno de ellos, como pudiera ser libertad, poder, amor o justicia. Esto remite a una búsqueda de sentido tal como lo propone, por ejemplo Viktor Frankl en la logoterapia (Gottman & Schwartz, Conectando brechas en la relación de pareja, 2014).

Las opiniones de Bowen (Georgetown Family Center, 2017), acerca del cerebro y la emoción versus la razón, se confirmaron como erróneas (Gottman & Schwartz, 2014). En el cerebro hay una integración de la emoción y la razón, incluso en la corteza cerebral, y de hecho los problemas sin las emociones, no se resuelven bien. La emoción es un elemento fundamental para sentirse estable y el papel de la intuición también es relevante. Tres décadas de extensa investigación realizada por Gottman y Levenson (Gottman, 1995), revelan que la naturaleza de la interacción emocional predice lo que sucede en la relación. En resumen, el afecto no sólo es un problema, sino al contrario es fundamental para el entendimiento, la compasión y el cambio (Greenberg & Johnson, 2010).

Apoyándose en la investigación, John Gottman y Rober Levenson demostraron también, con sus estudios, la importancia de variables autónomas pronosticando el curso longitudinal de la felicidad de una relación. Una vez que la persona llega automáticamente a una activación fisiológica en un estado de alarma y defensa que ellos llaman “activación fisiológica difusa”, se da una limitante severa en la habilidad de procesar información, de escuchar, de reír, de ser cariñoso, de ser empático y creativo (Leodoux, 2015).

El papel que el afecto positivo juega en la relación, fue también otro de los hallazgos de estos estudios. La relación funciona bien no sólo regulando el afecto negativo durante el conflicto. Para

asegurar un crecimiento duradero es necesario crear un clima de afecto positivo durante el conflicto, y en general, en las interacciones del día a día. Los sistemas de afecto positivo no surgen quitando el afecto negativo, sino que requieren ser contruidos y mantenidos con intencionalidad (Gottman, 2002).

Y por último, otro gran tema de estos años de investigación fue el sentido de trascendencia compartido. Las parejas necesitan identificar y dialogar sobre el significado de su vida, sus prioridades, sus valores; sobre lo que cada uno de ellos considera sagrado, cuáles son sus metas y misiones, su ética, su moral, su filosofía de vida, religión, legado familiar, cultura, y así poder contruir una base existencial para sus vidas (Doherty, 1999).

La TIP, nacida desde la corriente integrativa, se caracteriza por mirar más allá de las fronteras de una escuela particular para ver qué puede ser aprendido por otros caminos conducentes al desarrollo psicoterapéutico (Norcross & Goldfried, 2005). En ese sentido, coincide con el Método Gottman en cuanto a su enfoque integrativo, y que al ser un método basado completamente en evidencias empíricas, llega a una antropología bastante bien delineada y coincidente con la propuesta personalista. Gottman, por ejemplo desarrolla sus intervenciones tomando aportaciones de diferentes enfoques: en su técnica de “sueños en conflicto”, desentraña el contenido simbólico de los temas que suelen discutir las parejas echando mano del enfoque psicodinámico. Desde la vertiente existencialista, trabaja la construcción de un sentido trascendente compartido. Desde la teoría sistémica comprende la secuencia del tiempo, y en un modelo matemático de patrones de interacción describe la relación como sistema. Es una terapia afectiva, enfocada en los sentimientos, y en eso se vuelve muy coincidente con el realce que desde el personalismo se le otorga al tema de la afectividad. Es una terapia conductista, centrada en el cambio de patrones de interacción, es una terapia cognitiva, que se centra en lo que las parejas piensan de su relación. Es una terapia narrativa, que se enfoca en las historias que los miembros de la pareja cuentan entre ellos sobre su relación, sus propósitos y sus luchas (Gottman & Schwartz, 2014).

Por su parte, el Tratamiento Integrativo Personalista, desarrolla sus intervenciones partiendo de sus cuatro ejes personalistas, que mucho tienen que ver con los diferentes puntos clave que señalan los hallazgos de los Gottman. El primer eje personalista, es el sentido que como tal busca construir en la persona un sistema de valores que contribuye a dar rumbo a la vida de los pacientes apelando a su dimensión espiritual. El segundo eje personalista, es el de la interpersonalidad, donde se trata de desarrollar todas aquellas habilidades y disposiciones para llegar a generar intimidad en las

relaciones alcanzando plenitud; esto comprende todo lo que los Gottman hacen en el trabajo por desarrollar los sistemas de afecto positivo, los rituales de conexión y la generación de un sentido compartido de trascendencia. El tercer eje personalista, es el de la aceptación de limitantes, se trata de poder identificar todas esas realidades o situaciones que suelen conformar problemas estructurales, o en palabras de Gottman, los problemas perpetuos en las relaciones donde, entonces de lo que se trata no es de luchar por eliminar el problema insoluble, sino encontrar caminos de aceptación para todo aquello que no se puede cambiar, pero también generar estrategias de cambio conductual, solución de problemas y responsabilidad para todo aquello que requiere ser modificado en función de una mejor adaptación y plenitud personal. El cuarto eje personalista, es la objetividad, que tiene que ver con las evaluaciones que el paciente hace sobre sí mismo y sobre sus relaciones; en ese sentido muestra convergencia con el trabajo que lleva a cabo la terapia cognitiva, pero también la narrativa en cuanto a la integración y re-significación de las propias experiencias de vida.

A lo largo de este apartado se ha procurado mostrar, por un lado, los elementos descriptores del constructo *Plenitud de Vida Personal* como el fin al que tiende por sí misma la Terapia Integrativa Personalista. Para ello se ha desarrollado de manera un poco más detenida el tema de las relaciones interpersonales como uno de los énfasis de la TIP, que abonan a la Plenitud de Vida Personal. Cabe recordar, que recientemente el estudio de desarrollo humano llevado a cabo por la prestigiosa Universidad de Harvard concluye en la misma línea que hemos querido posicionar en estas ideas: la calidad de las relaciones interpersonales como indicador de salud mental positiva (Waldinger, 2015). El actual director del estudio ha resumido los resultados más relevantes, entre los que precisamente cabe destacar la relación existente entre las relaciones interpersonales estables y la felicidad. Y es que a medida que avanzaba la investigación, los científicos constataron que los factores que influían positivamente sobre la salud y el bienestar eran las relaciones con los amigos, principalmente con la pareja. Las personas con relaciones sociales más estrechas son menos propensas a sufrir enfermedades crónicas y mentales, y presentan menos pérdida de memoria.

### **Ejes Personalistas**

En diferentes momentos de este trabajo se han venido ya mencionando rasgos característicos de los ejes personalistas. Lo que ahora aquí se pretende es cerrar el apartado complementando la

descripción de cada uno de ellos y la forma terapéutica en que se trabajan para lograr los fines del tratamiento.

Partiendo de la propia teoría del funcionamiento psicológica, la Terapia Integrativa Personalista (TIP), identifica cuatro caminos (ejes personalistas), para alcanzar ese objetivo de Plenitud de Vida Personal, meta última de la intervención terapéutica y que conlleva la integración del Yo Personal Integrador.

### **Eje Personalista de Objetividad**

Desde la base epistemológica de la TIP, este eje se refiere al grado de integración, que el paciente muestra respecto a sus experiencias personales. Esta integración experiencial, permite que todo lo que la persona haya vivido o esté viviendo, formen un continuo capaz de ponerla en contacto permanente, y de una manera plena con su propia identidad (Burgos, 2015).

La experiencia, es la dimensión cognoscitiva de la vivencia a través de la cual interactuamos con el mundo, se compone de dos elementos indisolublemente unidos: la vivencia de un contenido (objetividad), puesto que siempre experimento algo concreto; y la vivencia de mí mismo al vivir o experimentar ese contenido (subjektividad). La experiencia es el acto que me da unitaria e integradamente esos factores y que, por lo tanto, unifica desde el principio de la objetividad y la subjektividad (Burgos, 2014 p.17).

Por lo tanto, el análisis de la acción muestra al ser humano sujeto-objeto. La consciencia, en ese sentido es la vivencia de sí como sujeto. Por trascendencia, se entiende la capacidad de la persona de separarse de su acción o distanciarse de ella. Esta trascendencia tiene dos dimensiones: la horizontal, que se identifica con la elección, y la vertical, que es la autodeterminación. “Persona es quien se posee a sí mismo” (Wojtyla, 2014 p.168). La capacidad de autodeterminación está en toda la persona, pero su ejercicio puede ser positivo o negativo y aquí entra la ética y el origen de la responsabilidad, que no es otra cosa que la respuesta activa de la persona ante el valor (Burgos, 2014).

Terapéuticamente, se busca ayudar al paciente a generar un estado de conciencia que le permita tomar distancia de las experiencias más significativas de su vida, de tal modo que pueda generar

autoconocimiento, y a través de él tomar decisiones que, a través del libre ejercicio de la autodeterminación, lo encaminen a una mayor realización y plenitud de vida (Zapién, 2018).

En ese sentido, desde el MIP formula el proceso de sanación integral en tres etapas que van desde un estado previo de negación, para pasar luego a un primer estadio de *victimización*, donde la persona está atrapada por sus heridas y toma una posición de víctima esperando que los demás respondan de forma diferente, o que la vida “le devuelva” lo que de alguna forma le quitó. El segundo estadio de la sanación es el de la *responsabilización*, caracterizado por la aceptación de la propia realidad objetiva y subjetiva, y la posibilidad de elección y autodeterminación que llevan a la persona a decidir qué hacer con lo vivido, y qué persona quiere llegar a ser de ahora en adelante a partir de su historia, y de su identidad. La última etapa es la de *trascendencia*, en donde la persona llega a encontrar un fuerte sentido trascendente a su propia vida y persona direccionándose a grandes causas personales y comunitarias.

### **El Eje Personalista de Aceptación de Limitantes**

Desde la teoría personalista de la TIP, la persona es un ser en construcción permanente. Eso abre a la experiencia constante de límites e imperfecciones, que por lo demás son el propulsor y la posibilidad de crecimiento constante. Si la persona no es completa, significa que puede perfeccionarse, y que el crecimiento es siempre viable. Lo contrario a esta postura es la sobre exigencia o sobre valoración de las propias capacidades propias o ajenas, el generar expectativas altas de los acontecimientos, o de la realidad en general que no siempre corresponde a los hechos, y a las evidencias objetivas (Zapién, 2018).

La literatura psicoterapéutica, por su parte, señala que la evitación indiscriminada o generalizada de situaciones desagradables, como lo pudiera ser la constatación de los limitantes propios de la vida, es un factor causal importante y un mantenedor de la psicopatología. La evitación persistente afecta la calidad de vida, el funcionamiento psicosocial, la salud y el bienestar en general, se relaciona a una vida social, académica, ocupacional y de esparcimiento pobre (Campbell-Sills & Barlow, 2007).

En cuanto a la aceptación que pretende este eje, se puede señalar que las estrategias de activación conductual y de exposición disminuyen la evitación efectivamente (Feske & Chambless, 1995), ya que permiten habituarse psicológicamente a la situación, y practicar las habilidades necesarias para adaptarse, y revalorar las creencias inadecuadas (Rapee & Heimberg, 1997). Es por eso, que planteada desde esta perspectiva la aceptación de los limitantes, o de lo que en un

momento dado se puede llegar a considerar sufrimiento, o simplemente algo desagradable, puede ser manejado de tal forma que no llegue a convertirse en un obstáculo para el crecimiento y la plenitud de vida (Zapién, 2018).

Este eje, se refiere pues, al grado de aceptación de sufrimiento, condicionantes y limitaciones que el paciente muestra respecto a sus problemáticas personales que están fuera de su campo de control. Que el paciente afronte su vida; significa, además que reconozca las evitaciones que operan en su vida de modo que donde antes decía “no puedo”, reconozca que quería decir “no quiero” y tome el contacto con su propia realidad (Kleinke, 1998). Toda evitación o huida impiden el crecimiento personal y la maduración. La persona ha de afrontar su vida, no huir. Justo ha de abrazar aquello que quisiera evitar (Domínguez-Prieto, 2011).

Terapéuticamente, se busca pues, incrementar el grado de aceptación de los limitantes de la vida identificando las estrategias de evitación que la persona maneja en su vida validando la funcionalidad de las mismas, pero presentando modos alternativos encaminando a la persona hacia el empoderamiento en sus elecciones de vida de cara a un sentido trascendente y de su realización como persona (Zapién, 2018). Esto implica también la identificación de todas aquellas problemáticas que sí están dentro del campo de control del paciente y de las cuales ha de hacerse también responsable aprendiendo mejores estrategias de afrontamiento, o desarrollando habilidades en la solución de dichos problemas.

### **El Eje Personalista de la Interpersonalidad**

El ser humano existe junto con los otros. El carácter comunitario, o social es esencial. ¿De qué manera se realiza a sí misma la persona en las relaciones interpersonales? Interactuar con los otros desde el marco personalista significa que la persona realice acciones de interacción con los otros y llegue a realizarse en ellas (Wojtyla, 2014).

El eje de interpersonalidad, pretende describir la calidad en los vínculos interpersonales del paciente. Parte del entendimiento de que la interpersonalidad presenta varias formas, no todas igualmente personalizantes, no todas plenificantes. Si en el encuentro personal, se trata al otro como una *cosa* (como medio o instrumento para sus fines), estará estableciendo con él una relación de persona con cosa, una relación *cosificante*, despersonalizadora, pues no hay mayor atentado contra la persona que tratarle como una cosa (Domínguez-Prieto, 2011).



En segundo lugar, se puede tratar al otro en función de su rol, como un *socio*, colaborando con él en función de un fin común, pero tratándole de modo impersonal. En este caso, se establece con él una sociedad o asociación, pero no una relación comunitaria (Domínguez-Prieto, 2011).

Sólo si, en tercer lugar, se trata al otro como un fin en sí mismo, como un objeto de amor y de respeto absoluto, sólo si se le trata como un rostro concreto, con su dignidad y autonomía, se puede establecer con él una relación personal (Domínguez-Prieto, 2011).

Se trata, por lo tanto, de identificar la calidad de los vínculos que mantiene la persona a través de sus diferentes comunidades. Lo contrario a relaciones personalizantes serían relaciones desde el abuso, la violencia, la dependencia, o desde la impersonalización o la simple desconexión emocional. Terapéuticamente se fomenta que la persona propicie relaciones interpersonales donde pueda experimentar intimidad emocional, psicológica y espiritual a través del encuentro interpersonal. Esto se modela de manera particular a través de la misma relación terapéutica donde la persona del terapeuta cobra una gran relevancia por la forma amorosa con que se vincula con el paciente, no desde un lugar neutral o impersonal, sino poniendo su propia persona al servicio de ese encuentro interpersonal.

### **Eje Personalista de Sentido**

Desde la perspectiva personalista, la búsqueda de sentido apela a dos características antropológicas fundamentales: la auto-trascendencia y la capacidad de distanciarse de sí mismo. La auto-trascendencia señala el hecho de que el existir humano siempre hace referencia a algo que no es ese mismo existir, a algo o a alguien, a un sentido que hay que cumplir o a la existencia de un ser humano solidario con el que se efectúa un encuentro (Frankl, 1992).

Hay, según Frankl (1992), un fenómeno que es consecuencia del vacío existencial y que se trata de un neuroticismo específico que él llama: neurosis *noógena*, la cual se deriva del sentimiento del absurdo, de la duda de que la vida tenga sentido. Se llama, entonces sentido a aquello que se frustra en la persona siempre que cae en el sentimiento de absurdo y vacío. El sentido es algo que debe hallarse, y sólo puede ser encontrado por uno mismo. Esto se lleva a cabo en la propia conciencia moral ¿Por qué caminos puede llegar a experimentarse el sentido? Primordialmente realizando una acción o creando una obra desde la creatividad personal. Pero también por medio de las experiencias del amor.

Este eje, se refiere entonces, a la claridad de sentido que alcanza la persona apelando a su capacidad de trascendencia que le permite descubrir y seguir una dirección de vida. Se entiende,

que la orientación de la vida no puede ser arbitraria, ni elegida sin referentes de valores que la trasciendan. El referente axiológico de la dirección de vida es la vocación (Zapién, 2018).

Esta unificación progresiva de todos mis actos, y mediante ellos, de mis personajes o de mis situaciones, es el acto propio de la persona. No es una unificación sistemática y abstracta, es el descubrimiento progresivo de un principio espiritual de vida, que no reduce lo que integra, sino que lo salva, lo realiza al recrearlo desde el interior. Este principio creador es lo que nosotros llamamos en cada persona su vocación (Mounier, 2002).

Terapéuticamente, se acompaña a la persona a descubrir y clarificar su sentido de vida a través de los valores captados por su propia conciencia moral de tal manera que llegue a encontrar ese principio de integración y unificación personal en su propia vocación de vida. Al hablar de sentido se puede distinguir entre sentido de vida trascendente último, y los sentidos más inmediatos

## **2.5 Protocolo de Intervención**

La TIP es un tratamiento de una hora de duración en 12 sesiones semanales. Durante las tres primeras sesiones se formula la conceptualización del caso clínico desde una visión completa de la persona más allá de los meros síntomas. En el resto de las sesiones, que son las de intervención propiamente dicho, se busca el incremento de los ejes personalistas de acuerdo a los objetivos terapéuticos trazados.

### **La actitud terapéutica y las herramientas fundamentales para la intervención (Zapién, 2018)**

Al tratarse de una intervención desde el paradigma antropológico del personalismo, la persona del terapeuta cobra un muy particular relieve en el tratamiento. En pocas palabras, se trata de que el terapeuta interactúe con el paciente desde los cuatro modos auténticos (ejes personalistas) para modelar contantemente en el paciente los objetivos metas de la terapia:

1. Que el terapeuta viva el encuentro terapéutico con una visión trascendente sobre las metas y el alcance del tratamiento en el paciente (Frankl, 1992), acompañándolo directivamente hacia el

ejercicio de su vocación, relacionada a su fin natural sólo realizable en relación con el otro (Rogers, 1985).

2. Que, en la interacción con el paciente, involucre todos sus dinamismos personales, es decir; su intelecto, su voluntad, y su afecto para llevar la relación terapéutica a un ámbito de intimidad que genere una fuerte alianza terapéutica promovedora de cambios más profundos. Con esto, se pretende superar la permanente discusión sobre la jerarquización de los fenómenos psicológicos: pensamiento, emoción y conducta, para pasar a un entramado tripartita horizontal, en la que la que el yo se auto gestiona por una conciencia que dinamiza a estos tres dominios (Burgos, 2013).
3. Que genere un auténtico encuentro interpersonal con el paciente, siendo capaz de verlo siempre como una persona digna de ser tratada como fin en sí misma, y que por lo tanto merece una relación de genuino amor, de esta forma, alcanza la resonancia y el vínculo sinérgico que sobrepasa por mucho, a la tradicional noción de empatía (Wojtyla, 2014).
4. Que sepa asumir que la persona con quien trabaja terapéuticamente es un ser inacabado, en constante crecimiento, y al mismo tiempo que sepa sobrellevar sus propios límites personales, sus propios sesgos, carencias y condicionantes, buscando en la medida de lo posible ponerlos al servicio de la persona que atiende. En esta perspectiva, el terapeuta alienta al paciente a abrazar sus características psicológicas, a despatologizar el dolor para contemplarlo y asumirlo como un proceso temporal de ida y vuelta que puede ser considerado como parte del camino hacia la auto construcción (Rogers, 1985).
5. Que contacte lo más profundamente posible con la realidad del paciente explorando, reconociendo e identificando con objetividad las experiencias de vida que el paciente trae a la terapia. Con este proceso, se alienta a vivir en la verdad, en la experiencia del encuentro, se propone un modo de vida, no hablado, no platicado, sino basado en la praxis; la oportunidad de “estar” ante las sensaciones y nociones de la existencia, y aprovechar la facultad humana de conocer “lo que es real” (Hayes, et al., 1999).

Para lograr generar modos más auténticos en los pacientes, el terapeuta recurre a una conceptualización desde los ejes personalistas, y a una serie de intervenciones eclécticas para promover el crecimiento de cada eje y por lo tanto generar una mayor plenitud de vida personal (Zapien, 2016). En este punto, es necesario enfatizar sobre la pertinencia de las técnicas elegidas para la intervención integrativa, tanto en un sentido empírico (evidencia científica y ética de su

eficacia), como en un aspecto técnico (que su sentido coincida con el funcionamiento psicológico del modelo); con esto, se subraya la seriedad y cuidado de la elección de la tecnología al diseñar un plan de tratamiento, y tener claridad sobre el contraste del eclecticismo como modelo (Becerra, 2017).

### **Fases de la terapia y técnicas en las que se basa la aplicación de esta propuesta (Zapién, 2018).**

Durante la fase de evaluación, el terapeuta debe tratar de aclarar -en coherencia con el modelo, cuál es el estatus de desarrollo como persona del paciente medido a través de los ejes personalistas: cuál es el grado de sentido de vida trascendente que muestra la persona; cuál es la calidad de sus relaciones interpersonales; cuál es el grado de aceptación de los limitantes propios de su vida; y finalmente, en qué medida, el paciente logra conectarse con la realidad (Zapién, 2016).

En el esfuerzo de generar un modelo aliado a la eficiencia basada en evidencias, dicha evaluación pretende medirse con instrumentos confiables y válidos, implementando instrumentos que midan plenitud de vida personal, fenomenología emotiva y aquellas otras variables que se consideren pertinentes en cada caso. Además, se acompaña de un seguimiento cualitativo documentado del desarrollo del caso.

En la etapa de intervención, esta terapia, posee varias fases, que conforman un protocolo estructurado y flexible, lo cual significa que se encontrará abierto a la posibilidad de adecuaciones planeadas o contingentes, que sin embargo piden seguimiento de acuerdo a los planteamientos establecidos, ya que de lo contrario se dejaría de ejercer la propuesta de la TIP.

Para el desarrollo del protocolo de la terapia (tablas 1-9) que aparecen en el procedimiento, se integraron técnicas tomadas de los enfoques humanistas, contextuales, y cognitivo conductuales, para trabajar en el incremento de los ejes personalistas.

### **Técnicas para el incremento del eje de objetividad (Zapién, 2018)**

Las técnicas utilizadas para favorecer la integración de las experiencias de vida de los pacientes desde el eje de la objetividad fueron las de toma de perspectiva a través de técnicas de atención plena tomadas del las Terapias Contextuales, y técnicas para favorecer la objetividad de pensamiento y experiencias a través de técnicas cognitivo-conductuales tomadas de varias propuestas de Burns (2017).

### **Técnicas para el incremento del eje de aceptación de limitantes (Zapién, 2018)**

Las técnicas utilizadas para crecer en la capacidad de identificación y aceptación de limitantes, fueron técnicas de validación y conexión emocional, desde la propuesta de la Terapia centrada en emociones (Johnson, 2008); de comunicación asertiva tomada de algunas técnicas del método Gottman para terapias de pareja (Gottman, 2014); y de técnicas de aceptación aportadas por la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, et. al. 1999).

**Técnicas para el incremento de la interpersonalidad (Zapién, 2018)**

Para hacer crecer la calidad en las relaciones interpersonales, se usaron técnicas tomadas de la Terapia Analítico Funcional como las actividades evocativas, y el trabajo en sesión con las conductas clínicamente relevantes (Kohlenberg y Tsai, 1991)

**Técnicas para el incremento del eje de sentido (Zapién, 2018)**

Las técnicas utilizadas para generar sentido fueron las de clarificación de valores tomadas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, et al. 1999).

Tabla 1. La primera sesión de Evaluación: Exploración de la demanda

***Sesión I. Exploración de la Demanda***

**La primera sesión tiene como objetivo explorar la demanda del paciente desde el Modelo Integrativo Personalista (MIP).**

<b>Metas</b>	<b>Intervenciones</b>
<b>1. Bienvenida (5 min)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludo Personal propiciador de “Encuentro Terapéutico”.</li> </ul>
<b>2. Conocer la demanda del paciente a través de una entrevista estructurada (25 minutos).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener Demanda</li> <li>- Explorar emociones preferenciales</li> <li>- Comprender las formas en que afronta el problema</li> <li>- Identificar las evaluaciones que el paciente hace del problema.</li> <li>- Ver si se presenta algún tipo de somatización.</li> <li>- Identificar eventos o experiencias que se pueden relacionar con el problema.</li> </ul>
<b>3. Síntesis y consenso de la demanda y del problema del paciente (10 minutos).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer una síntesis de la demanda del paciente, parafraseando, empatizando y validando sus emociones.</li> <li>- Confirmar con el paciente la exactitud en la comprensión de su demanda.</li> <li>- Llegar a un consenso en la comprensión de su problema.</li> </ul>
<b>4. Informar y lograr consentimiento y compromiso para la terapia (10 min).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar de la TIP: su teoría base y el trabajo terapéutico basado en los ejes personalistas.</li> <li>- Orientar respecto al encuadre y los roles del terapeuta y del paciente</li> </ul>
<b>5. Cierre de la sesión (10 min).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recibir retroalimentación sobre cómo se sintió el paciente</li> <li>- Dar instrucciones sobre cómo tienen que completar los cuestionarios por computador o las copias en papel.</li> <li>- Generar esperanza desde la visión antropológica de la TIP</li> </ul>

Tabla 2. La segunda sesión de Evaluación: La historia personal

**Sesión II. La historia personal**

La segunda sesión tiene como objetivo conocer la historia personal del paciente.

Metas	Intervenciones
<b>1. Bienvenida (5 min)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preguntar cómo se ha sentido y si pasó algo significativo desde la primera sesión.</li> </ul>
<b>2. Entrevista semiestructurada de la historia personal (45 min)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me gustaría saber: ¿Cuál cree que sea el sentido que tiene su vida? ¿Cómo se siente en este punto?</li> <li>- Ahora quisiera conocer más de usted como persona. ¿Cómo se describiría como persona? ¿Cómo es su personalidad? Hábleme de la manera en que se percibe a usted mismo y la manera en que siente que lo perciben los demás.</li> <li>- ¿Quiénes son las personas más significativas o importantes en su vida? Dígame algo de ellas.</li> </ul>
<b>3. Cierre de la sesión (10 min).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validar el esfuerzo de apertura y agradecer la confianza, asegurando la confidencialidad.</li> <li>- Preguntar si tiene dudas o preguntas.</li> </ul>

Tabla 3. La tercera sesión de Evaluación: Retroalimentación y establecimiento de metas

**Sesión III. Retroalimentación**

La tercera sesión tiene como objetivo dar una retroalimentación al paciente y hacerle una propuesta de los objetivos terapéuticos a trabajar.

<b>METAS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<b>1. Bienvenida (5 min)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preguntar cómo ha estado o cómo se ha sentido con cada etapa de la experiencia de la evaluación.</li> </ul>
<b>2. Hacer un resumen de los resultados de la evaluación, usando la Pirámide Personalista (30 min).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Darles una copia de la Pirámide Personalista (anexo 3) e introducir el esquema con un Yo integrador y los 4 ejes.</li> <li>- Avanzar por el yo integrador y por cada eje mencionando los puntos fuertes y puntos a mejorar.</li> <li>- Hablar de las metas de la terapia, el orden para seguir el tratamiento si el paciente decide proceder con la terapia, asegurar que las metas tengan sentido para la persona.</li> <li>- Preguntar si el paciente tiene ciertas metas en las que le gustaría focalizarse para incorporarlas al tratamiento.</li> </ul>
<b>3. Cierre de la sesión (10 min).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestar admiración y aprecio por la disposición del paciente</li> <li>- Introducir la etapa de intervención.</li> <li>- Preguntar si tiene dudas o preguntas.</li> </ul>

Tabla 4. Sesión para generar objetividad



<b>Objetivo: Incrementar el contacto con la realidad</b>	
Esta fase pretende que el paciente reconozca el grado de integralidad que logra en su experiencia, respecto al propio conocimiento personal, al conocimiento de los otros y de la realidad en la que vive.	
<b>METAS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<b>Bienvenida (5 min)</b>	Valorar estado de ánimo, mantenimiento de logros y considerar las necesidades del paciente para los puntos a tratar en la sesión.
<b>Entrenar en la toma de perspectiva para generar objetividad (25 min).</b>	La metáfora del tablero y las fichas (basado en Hayes et al., 1999)
<b>Aprender a detectar lo que el sistema verbal (mente), proporciona en cada circunstancia como producto de su historia individual, para favorecer la autodeterminación (25 min)</b>	Ejercicio de “Llevar la mente a pasear” (Wilson & Luciano, 2002)
<b>Cierre (5 min)</b>	Alentar a la toma de elecciones libres a través de la autodeterminación.

Tabla 5: Sesión para trabajar la aceptación de los limitantes

**Objetivo: Crecer en la capacidad de aceptación de los limitantes.**

Se trata en primer lugar de hacer más consciente al paciente de que la vida humana es en sí misma una realidad frágil, falible, condicionada por elementos físicos, económicos, relacionales, psicológicos, emocionales, espirituales, etc. En segundo lugar, se trata de generar aceptación de esta realidad discriminando aquello que se puede cambiar y aquello que sólo se trata de aceptar.

<b>METAS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<b>Bienvenida (5 min).</b>	Monitoreo del estado emocional del paciente, mantenimiento de logros y necesidades de temas de trabajo en la sesión.
<b>Habilitar en la validación emocional para generar aceptación personal desde una mirada compasiva (25 min).</b>	Ejercicio de validación emocional (Linehan, 1993) y Luciano & Salas, 2006).
<b>Activación de valores y conducta para acercarse a la resolución de los problemas solubles (25min)</b>	Metáforas del huerto (Wilson & Luciano, 2002) Activación conductual (Barraca, 2010).
<b>Cierre (5 min)</b>	Alentar a la aceptación de limitantes como una forma de incrementar libertad y sentido (plenitud personal)

Tabla 6. Sesión para desarrollar interpersonalidad

<b>Objetivo: Construir vínculos auténticos de interacción humana.</b>	
En esta fase se trata por un lado de identificar las relaciones <i>despersonalizantes</i> que puedan estar formando parte del mundo del paciente; y por otro, habilitarlo para que <i>alinee</i> sus relaciones de tal modo, que pueda generar encuentro e intimidad interpersonal.	
<b>METAS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<b>Bienvenida (5 min).</b>	Sincronizar con el paciente y monitorear su estado de ánimo y necesidades para esta sesión.
<b>Monitoreo y aceptación de estados emocionales involucrados en los encuentros (10 min).</b>	Ejercicios de conciencia plena (Wilson & Luciano, 2002) y focalización sensorial (Johnson, 2008), que permitan la inclusión de los fenómenos emotivos relacionados a las experiencias interpersonales.
<b>Aplicación de una actividad evocativa (35 min)</b>	<b>Ejemplos de Actividades Evocativas</b> (Nelson, et al. 2014). <i>Nondominant Hand Exercise</i> <i>Loss Inventory</i> <i>100 Positives</i> <i>Personal Mission Statement</i> <i>Anger/Gratitude Letter</i> <i>Inner Voices Exercise</i> <i>Bucket List Exercise</i>
<b>Cierre (10 min).</b>	Motivar a las experiencias de encuentro en pasos moderados como la auto revelación graduada y alentar a la experiencia del cambio basada en la práctica.

Tabla 7: Sesión para desarrollar Sentido

<b>Objetivo: Desarrollar un sentido espiritual</b>	
<b>Se trata de que la persona descubra a qué es llamada, y por tanto rectificar, descubrir o clarificar el propio sentido espiritual de vida basado en la experiencia auténtica del amor.</b>	
<b>METAS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<b>1. Bienvenida (5 min)</b>	- Preguntar al paciente cómo se ha sentido durante la semana y si ha pasado algo significativo para él.
<b>2. Clarificación de valores trascendentes, identificar el sentido de motivación al movimiento en líneas vitales (30 min).</b>	<i>Ejercicio de Nada Importa. El terapeuta sugiere al cliente que el fanatismo no tiene importancia, la pobreza no tiene importancia, la guerra no tiene importancia. Cada cierto tiempo, el terapeuta resume esta postura afirmando “Nada tiene importancia.” Cuando el cliente comienza a hacer objeciones, el terapeuta le pregunta acerca de las razones por las que algo importa. Cuando el cliente aporta razones (por ejemplo, porque mucha gente sufre en la guerra), el terapeuta pregunta por qué eso importa. De este modo, el terapeuta continúa rebatiendo cualquier razón con la respuesta “Y, ¿por qué importa eso?”. Por lo general, si el terapeuta persiste, el cliente llega finalmente a la razón última: “Bueno, a mí me importa”. En ese momento, el terapeuta pregunta al cliente dónde quedaría esa importancia si ellos dejaran de existir. Este ejercicio puede ayudar a clarificar el hecho de que dar importancia a algo (o valorarlo) siempre implica dos cosas: algo a lo que se da importancia y la persona que le da importancia (Wilson &amp; Luciano, 2002).</i>
<b>3. Realismo y antropología (10 min).</b>	El terapeuta le apoya vinculando dichos valores internos con los valores universales fundamentales personalistas.
<b>Cierre (15 min) valor como razón de transformación.</b>	Se esclarece la diferencia entre meta y valor, y se alienta a comenzar a moverse hacia un primer meta semanal, con el fin de propiciar experiencia vital.
<b>Llevar a la práctica los conceptos trabajados en el consultorio (10 min).</b>	Experimentos de conducta relacionados a metas y valores del paciente.
<b>Cierre (10 min).</b>	Despedir al paciente subrayando la importancia de la práctica y los intentos sobre el trabajo personalizante, denostando la idea de la ejecución total y feliz de la psicoterapia.

Tabla 8. Sesión de cierre

**Objetivo: Dar cierre al proceso**

Esta fase pretende cerrar el proceso, reforzar los resultados y hacer significativo lo aprendido durante el tratamiento.

<b>METAS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<b>Bienvenida (5 min)</b>	Valorar estado de ánimo, mantenimiento de logros y considerar las necesidades del paciente para los puntos a tratar en la sesión.
<b>Reforzamiento de los resultados del tratamiento (25 min)</b>	Hacer un elenco de las principales metas terapéuticas alcanzadas y de los resultados obtenidos en las diferentes áreas de la vida de la persona.
<b>Hacer significativo el aprendizaje alcanzado (25 min)</b>	Metáfora del viaje (Wilson & Luciano, 2002).
<b>Cierre (5 min)</b>	Agradecer y Felicitar

En un primer estudio realizado en el 2018 (Zapién), se considera si las personas que llegan a solicitar un acompañamiento terapéutico para mejorar sus habilidades personales para lidiar con el malestar psicológico, encuentran en este tipo de intervención un buen resultado. Así mismo, se evaluó de qué manera o en qué áreas el tratamiento les acerca, no sólo a la disminución o remisión de los síntomas, sino también a la percepción de una mayor plenitud de vida personal. Para ello, además de la evaluación cuantitativa objetiva de ciertas variables psicológicas, también el estudio presentó un análisis cualitativo para recoger la percepción de los participantes respecto a su plenitud de vida personal.

Para evaluar la efectividad de la Terapia Integrativa Personalista en población adulta:

1. Se compararon los resultados de pre y post intervención sobre las variables de malestar psicológico que mide el Inventario de Síntomas (SCL-90).
2. Se compararon los resultados de pre y post intervención sobre las variables del funcionamiento psicológico positivo que mide la escala de Funcionamiento Psicológico Positivo (FPP).
3. Se evaluó el impacto de las sesiones terapéuticas y de solución del problema alcanzado durante el proceso desde la mitad del tratamiento hasta el seguimiento a 6 meses.
4. Se evaluó la percepción del cambio desde la voz del paciente una vez pasados 6 meses del término del tratamiento.

Como se puede ver, el objetivo general del estudio fue evaluar la efectividad de la TIP en población adulta. En ese sentido, el estudio parece cumplir la finalidad de ser un primer estudio piloto, punto de partida para desarrollar estudios mejor delineados y estandarizados. De alguna manera, a través de los resultados, se mostró que es posible desarrollar caminos originales, como es el caso de buscar esta integración meta-teórica desde una teoría psicología en integración con una corriente específica de antropología personalista.

Respecto al malestar psicológico, los participantes pasan en general de un nivel de malestar moderado a nivel bajo. Y en cuanto al funcionamiento psicológico positivo, muestran un incremento estadísticamente significativo la autoestima y la autonomía. Desde el modelo

integrativo personalista, el objetivo final del tratamiento es alcanzar *plenitud de vida personal*, que se obtiene mediante la consolidación del *yo personal integrador*. En ese sentido, llama la atención que las dimensiones del *funcionamiento psicológico positivo*, que más se movieron positivamente sean precisamente las más correlacionadas con las funciones del yo como lo son la autoestima y la autonomía.

Donde se puede apreciar con más claridad la efectividad del tratamiento, es en la disminución que muestran los participantes respecto a la afectación del problema que les trajo a terapia. De las 13 dimensiones que mide la escala muestran un cambio estadísticamente significativo 6 de ellas: Preocupación por el problema, impacto negativo en las relaciones, afectaciones emocionales por el problema, manifestaciones de ansiedad por el problema, situaciones de crisis, y comprensión del problema.

La totalidad de la muestra, calificó altamente la efectividad de las sesiones. Los porcentajes más altos alcanzados son la empatía terapéutica con el 99.4% de satisfacción total, y el compromiso con la terapia 99.3% de satisfacción. Les sigue, la satisfacción con el tratamiento que es de 98.5%, el de utilidad de las sesiones con 96.4%, y por último el de sentimientos positivos obtenidos en las sesiones con 92.5%. Algo interesante, que se podría observar, es que la disminución del malestar psicológico no es algo que esté necesariamente correlacionado con la plenitud de vida personal, ya que lo que se refleja, sobre todo en la parte cualitativa más *claramente* es que los pacientes alcanzan una sensación de mayor plenitud de vida, a veces experimentando malestar emocional (Pérez-Álvarez, 2006), que además, es muy comprensible que durante el tratamiento haya incomodidad al contacto con el material personal sensible, pero que trabajando de una forma adecuada el paciente llega a sentirse tratado con compasión y respeto, y puede con la ayuda de la terapia ir integrando sus experiencias dando como resultado un incremento en la *plenitud de vida personal*.

Respecto al análisis cualitativo que se llevó a cabo en tres de los participantes, se refleja en todos los casos una alta satisfacción por el tratamiento. Parece que hay descriptores comunes que generan plenitud, y que forman parte del resultado terapéutico de los pacientes: Sentido de vida, calidad en las relaciones interpersonales, objetividad en la integración de experiencias vividas, y la aceptación de limitantes de vida. Esto fue expresado de forma versátil en los discursos analizados de los pacientes: conciencia de trascendencia, capacidad de poner límites, capacidad de cambio personal, capacidad de elección, intimidad personal y con los demás, dimensionar expectativas, gratitud, sanación de heridas, conexión afectiva con las personas, comunicación asertiva y profunda.

Los tres participantes analizados alcanzaron un fuerte sentido de vida: uno de ellos ya de entrada percibía tenerlo, pero los otros dos no lo visualizaban. Al final del tratamiento los tres mostraban descriptores potentes de sentido tales como: preguntarse por el propósito de sus vidas, capacidad de trascendencia y de inspiración para otros, clarificación de su propia vocación y misión personal, orientación de vida y visión de esperanza. La pregunta por el sentido de la vida fue surgiendo a lo largo de las sesiones y a través de la consideración de la dimensión espiritual que se manejó desde el inicio en la evaluación de cada caso, y luego de los objetivos personalizantes que los participantes fueron trabajando a lo largo de las sesiones. Las técnicas que más contribuyeron a desarrollar el sentido fueron las de consideración de valores.

En cuanto a la interpersonalidad, también se obtuvo un importante incremento reflejado en: la superación de situaciones de abuso emocional, aceptación de los propios padres, y humanización de los mismos, dignificación personal ante la agresión, superación de fracturas en la comunicación, superación de la aversión al contacto físico por secuelas de abuso sexual, crecimiento en la capacidad de comunicación profunda y asertiva, integración de relaciones interpersonales del pasado, elección de amistades sanas, etc. El trabajo en el eje de interpersonalidad, fue modelado y trabajado todo el tiempo a través de la misma relación terapéutica a lo largo de las sesiones, pero también fue particularmente importante el enseñar a los participantes herramientas de comunicación asertiva, y el reforzar las conductas clínicamente relevantes que se presentaban en el contexto de la sesión (Páez, 2012).

A través del trabajo en la objetividad, tal como la entiendo el MIP, los participantes fueron superando la postura de victimización, incrementaron la capacidad para exponerse a experiencias adversas, la capacidad para afrontar los problemas, para pedir ayuda, para reconocer la propia vulnerabilidad, las propias necesidades, y la aceptación de las personas más allá de las propias expectativas personales. Las técnicas que más favorecieron el logro de este objetivo, fueron las contextuales, como por ejemplo, la toma de perspectiva, la atención plena, la discriminación de estímulos, las metáforas, y los ejercicios experienciales (Páez, 2012).

Respecto a la aceptación de limitantes, los participantes desarrollaron la capacidad de interiorizar, de percibir la dignidad del otro a pesar de sus limitaciones, la capacidad de reconocimiento personal, y el contacto integral con la propia persona, la capacidad de expresarse, el contacto emocional y el contacto con lo real, la autoconciencia respecto a la propia vida, y reconocer qué les falta para seguir trabajando en su propio crecimiento. Esto se fue logrando en las sesiones



a través del trabajo con las emociones, el reconocimiento de sus necesidades, las herramientas de comunicación, la capacidad de poner límites, etc.

En fin, por los resultados que de forma global, arroja el estudio, se deja ver que es posible aplicar al tratamiento de muy diversos temas de consulta, ya que los participantes presentaban síntomas de depresión, ansiedad, pérdidas emocionales, crisis de adaptación, sentimientos de inadecuación social, disonancia cognitiva y emocional ante sentimientos de atracción al mismo sexo, y secuelas de abuso sexual. Todos ellos encontraron en el tratamiento, una disminución (de 37.67 a 22.67) con significancia estadística  $t=2.92$  con  $p=.01$ ). Esto significa que la TIP puede ser aplicada para una gran diversidad de temas de consulta.

Otro punto que resaltó de este estudio, es que el tratamiento es flexible y tiene la capacidad de adaptarse a las características de cada persona. Para algunos pacientes resultaron más efectivas las técnicas corporales, para otros las verbales, para otros fueron mejor las cognitivas, etc. Con esto se deduce que desde este modelo de intervención las técnicas mismas han de estar orientadas a la persona y no solamente a los objetivos terapéuticos. Pero por otro lado, también fue importante tomar en cuenta los objetivos terapéuticos personalizantes logrando al final de cuentas un equilibrio entre las técnicas utilizadas y las características del paciente. Esto enriquece la intervención no acotándola a uno u otro polo como pudiera ser el caso de otros enfoques.

La persona del terapeuta cobra también en este modelo un papel muy significativo. Es a través de la interacción personal con el paciente que se logra un fuerte vínculo de empatía y confianza que facilita a la persona a entrar en un ámbito de vulnerabilidad para contactar con sus emociones, y sus heridas.

Por último, el hecho de ser un tratamiento breve, aplicado en 12 sesiones, alienta a poner el foco en la búsqueda de esquemas de tratamiento que sean más prácticos, más accesible económicamente respecto a otras intervenciones clínicas, pero que al mismo tiempo no sacrifique la efectividad. La aplicación de la TIP, demuestra que la efectividad no depende necesariamente de un tratamiento largo, sino más bien de la cualificación del terapeuta, la empatía con el paciente, el grado de compromiso del paciente, el establecimiento de unos objetivos terapéuticos claros y atinados que tomen en cuenta todas las dimensiones de la persona, y de las técnicas más adecuadas a cada persona.

De cara al futuro, se están empezando a desarrollar ya, un estudio para elaborar un instrumento de medición de *plenitud de vida personal*, diseños de intervención para el tema específico del abuso

sexual, talleres de formación integral en la vida sacerdotal desde un enfoque psicopedagógico inspirado en este Modelo. Sin embargo, queda abierto a una infinidad de aplicaciones en campo clínico, psicopedagógico, laboral y en el campo de las neurociencias.

## CONCLUSIONES

A través de este trabajo queda evidenciada, en primer lugar la necesidad de una teoría de funcionamiento psicológico desde un paradigma más integrador. Basta para ello el breve repaso de los principales enfoques psicoterapéuticos donde se aprecia que detrás de las grandes aportaciones de cada escuela, queda pendiente todavía en la Psicología el tema de la persona como centro, punto de partida y llegada del quehacer psicológico.

Se pasa luego a la propuesta de la teoría del funcionamiento psicológico desde el Modelo Integrativo Personalista como un intento de dar respuesta a una psicología diseñada desde una comprensión más amplia de la persona. Se establecen aquí los fundamentos teóricos, dando las bases para una comprensión de la psicopatología comprendida desde esta visión, el método de tratamiento a través de la estructuración de un tratamiento de intervención clínica, y unos criterios para el uso de las técnicas de intervención. Con estos elementos podemos completar las piezas claves para poder hablar de una teoría propia y original del funcionamiento psicológico desde el Modelo Integrativo Personalista.

Por último, el trabajo concluye presentando de manera somera los resultados de un primer estudio científico de la aplicación del Tratamiento Integrativo Personalista en población adulta desde un enfoque cuantitativo y cualitativo, presentando así, las primeras evidencias de efectividad. Se señalan, además las actuales líneas de desarrollo en las que actualmente se trabaja en colaboración con otros centros de investigación, así como la visión a futuro de posibles ámbitos de desarrollo.

**Referencias:**

- Allers. (1942). The limitations of medical psychology. *Thought*, 17, 477-488.
- Allers, R. (1932). *The New Psychologies*. Colorado: Roger A. McCaffrey Publishing.
- Aten, J., & Worthington, E. (2009). Next steps for clinicians in religious and spiritual therapy: an endpiece. *Journal Clinical Psychology*, 65 (2) 224-229.
- Austrad, C., Sherman, W., & Holstein, L. (1991). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84,, 191-215.
- Barker, S., Funk, S., & Houston, B. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 8(6):579-594.
- Barkham, M., Shapiro, D., Hardy, G., & Rees, A. (1999). Psychotherapy in Two-Plus-One Session: Outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *Journal Consult Clin Psychol* 67 (2), 201-211.
- Boecio. (1979). *Sobre la persona y las dos naturalezas*. Madrid: BAC.
- Bruner, S. &. (1947). Value and Need as Organizing Factors in Perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42, 33-34.
- Buber, M. (1998). *Yo y tú*. Madrid: Caparrós.
- Burgos, J. (2012). *Introducción al personalismo*. Madrid: Palabra.
- Burgos, J. (2013). *Antropología: una guía para la existencia*. Madrid: [Versión para Kindle] 5a Ed.
- Burgos, J. (2014). *Historia de la Psicología*. Madrid: Palabra.
- Burgos, J.M. (2014). *Prólogo*. En K. Wojtyla. *Persona y Acción*. Madrid: Palabra.
- Burgos, J. (2015). El personalismo ontológico moderno. *Quién*, 9-27.
- Burgos, J. (2018). *La vía de la experiencia o la salida del laberinto*. Madrid: Rialp.
- De Lubac, H. (1979). *Theology in History*. San Francisco: Ignatius Press.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. (2007). *Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Cañas, J., X.M, D. P., & Burgos, J. (2013). *Introducción a la Psicología Personalista*. Madrid: DYKINSON.
- Carlson, J., Chemtob, C., Rusnak, K., Hedlund, N., & Muraoka, M. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Center, G. F. (2017). *Bowen Theory and Practice: Feature Articles from the Family Centre Report 1979-1996*.
- Doherty, W. (1999). *The Intentional Family*. New York: William Morrow Paperbacks.
- Domínguez Prieto, X. (2011). *Psicología de la Persona*. Madrid: Palabra.
- Dowrick, C., Dunn, G., & Ayuso-Mateos, J. D. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *Br Med J*. 321 (7274), 1450.

- Eysenck, H. &. (1980). *El estudio experimental de las teorías freudianas*. Madrid: Alianza Universidad.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Obtenido de [diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu): [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo\\_Sistemico\\_Enero2016.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf)
- Feske, U., & Chambless, D. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695-720.
- Frankl, V. (1949). *Der unbedingte Mensch*. Viena: Franz Deuticke.
- Frankl, V. (1959). *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. Munich: Urban und Schwarzenberg.
- Frankl, V. (1992). *Teoría y Terapia de las neurosis: iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (2012). *El yo y el ello y otros ensayos de metapsicología*. España: Alianza.
- Goldenberg, D. &. (1990). *Salud Mental. En A. Sonis (Dir), Medicina sanitaria y administración de la salud. Actividades y técnicas de salud pública (Tomo I, p.293-323)*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Gonzales, S., Fernández, C., Pérez, J., & Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema* 18 (3), 471-477.
- Gottman, J. (1994). *What Predicts Divorce?* New York: Press.
- Gottman, J. (1995). *Why Marriages succeed or fail*. New York: Simon & Schuster.
- Gottman, J. (2002). *The Relationship Cure*. New York: Harmony.
- Gottman, J., & Schwartz. (2014). *Conectando brechas en la relación de pareja*. Seattle: Instituto Gottman.
- Greencavage, L., & Norcross, J. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology, Research and Practice*, 21, 372-378.
- Greenberg, L., & Johnson, S. (2010). *Emotionally Focused Therapy for Couples*. New York: The Guilford Press.
- Guthrie, E., Moorey, J., Marquison, F., Palmer, S., & McGrath, G. e. (2006). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry* 56 (6), 519-526.
- Harvey, I., Nelson, S., Lyons, R., Unwin, C., Monaghan, S., & Peters, T. (1998). A randomized controlled trial and economic evaluation of counseling in primary care. *Br J Gen Pract*. 48, 1043-1048.
- Hayes. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism* 12,, 99-110.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change*. New York: Guilford.
- Hildebrand, D. (2001). *El Corazón*. Madrid: Palabra.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4),561-573.
- House, J. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of Sociology*, 14, 293-318.
- Kleinke. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Lambert, M. J. (1986). *Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy*. In J.C. Norcross (Ed), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Leodoux, J. (2015). *The Emotional Brain*. New York: Simon & Schuster.
- Lluch, C. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la Salud Mental Positiva*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- McClean, S., Bunt, L., & Daykin, N. (2012). The healing and spiritual properties of music therapy at a cancer care centre. *Journal Altern Complement Med.*, 18(4): 402-407.
- Maestre, S., Rama, D., Martín-Marfil, P., & Chiclana, C. (2014). Integración de Espiritualidad y Psicoterapia. *15 Congreso Virtual de Psiquiatría*, [http://www.researchgate.net/publication/260156631\\_INTEGRACION\\_ESPIRITUALIDAD\\_Y\\_PSIKOTERAPIA](http://www.researchgate.net/publication/260156631_INTEGRACION_ESPIRITUALIDAD_Y_PSIKOTERAPIA).
- Mounier, E. (2002). *Manifiesto al servicio del personalismo en El Personalismo Antología Esencial*. Salamanca: Sígueme.
- Murillo, J. (2009). Presentación. En L. Polo, *Curso de Psicología General* (págs. 17-18). Navarra: EUNSA.
- Mynors-Wallis, L., Gath, D., Day, A., & Baker, F. (2000). Randomized controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *Br Med J.* 320, 26-30.
- Norcross, J., & Goldfried, M. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration (2a ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia emergente, Práctica*. Francia: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.
- Ozcáriz, A. (2002). Reflexiones sobre la rehumanización del trabajo terapéutico y comunitario. *Nous n.6*, 53-58.
- Páez, M. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.
- Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109-118.
- Perls, F., & Hefferline, R. &. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé* 5(2), 159-172.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2013). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Pacific Grove: Brooks Cole.
- Psicología, H. d. (2014). *J.M.Burgos*. Madrid: Palabra.
- Ramírez, C. (2011). La Terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: una entrevista a Claudio Naranjo. *Univ. Psychol Bogotá Colombia*, 10(1) 287-296.
- Rapee, R., & Heimberg, R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.

- Roberts, A., Kewman, D., Merciere, L., & Hovell, M. (1993). The power of nonspecific effects in healing implication for psychosocial and biological treatments. *Clin Psychol Rev*, 13(5) 375-391.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2009). *Mindfulness and Acceptance Base Behavioral Therapies in Practice*. New York: The Gilfor Press.
- Rogers, C. (1985). *Terapia, Personalidad y Relaciones Interpersonales*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Salud, O. M. (1948). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva Y.
- Seligman, M. (1999). The president address. APA. 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. (2002). *La Auténtica Felicidad*. Barcelona: Zeta.
- Shapiro, F. (2008). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Weiner.
- Sheller, M. (2001). *Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*. Madrid: Caparrós.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: El Sevier Masson.
- Van der Kolk, B., Spinazzola, J., Blaustein, M., Hopper, J., Hopper, E., Korn, D., & Simpson, W. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), flouxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects on a long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.
- Waldinger, R. (2015). *Youtube*. Obtenido de <http://www.youtube.com/watch?v=q-7zAkwAOYq>.TED
- Wilson, K., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, S., Becker, L., & Tinker, R. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Wojtyla, K. (2014). *Persona y Acción*. Madrid: Palabra.
- Zapién, R. (2016). La Psicología Integrativa Personalista: hacia un nuevo paradigma de intervención clínica. *Quién* 4, 113-135.
- Zapién, R. (Abril de 2018). Efectividad de la Terapia Integrativa Breve con enfoque personalista. México: Universidad de las Américas A.C.
- Zatyryka, A. (2017). *Material de Ejercicios Espirituales*. Puente Grande, Jalisco.

