

LA EFICACIA DEL ANÁLISIS BIOENERGÉTICO COMO MÉTODO DE PSICOTERAPIA

Dr. Ulrich Gudat

(Traducido al Castellano por Matilde Santos Leal)

RESUMEN

El Análisis Bioenergético desarrollado por Alexander Lowen se puede caracterizar brevemente como un método de psicoterapia que comprende las teorías psicoanalíticas, las energéticas relacionadas con el cuerpo y las sistémicas sociales. En un estudio post-tratamiento que analizó 309 terapias finalizadas, se muestra que la terapia bioenergética se puede aplicar a un amplio rango de trastornos mentales y psicosomáticos. Como resultado del tratamiento, los clientes indicaron altos niveles de cambio, en un cuestionario de cambio estandarizado (en comparación con estudios de otras terapias que utilizan el mismo cuestionario de cambio). Los terapeutas evaluaron los resultados como los más positivos para ciertos trastornos neuróticos y psicosomáticos. En el caso de otros trastornos mentales, se encontraron mejorías notables. Por otra parte, el Análisis Bioenergético no es una terapia corta.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio es un comienzo: Es la primera vez que se aplican métodos científicos empíricos para mostrar la eficacia de la terapia bioenergética. Hasta el momento, los informes publicados sobre la terapia bioenergética (como terapia individual) fueron exclusivamente sobre casos individuales con escasos detalles, basando la evaluación del método predominantemente en la experiencia personal directa. De este modo *Grawe et al.*, 1994, mantienen que, en justicia, “La Terapia Bioenergética ... hasta el momento nunca se ha examinado en su forma pura”. Sin embargo, injustamente concluyeron que la terapia bioenergética (o la psicoterapia corporal en general) no merecía la pena ser investigada independientemente.

EL ANÁLISIS BIOENERGÉTICO: EL MÉTODO

El Análisis Bioenergético se ha desarrollado a partir del psicoanálisis. El estudiante de Freud, *Wilhelm Reich* empezó a trabajar directamente con el cuerpo como técnica psicoterapéutica en los años 1930. En su “Vegetoterapia” trabajó particularmente profundizando y liberando la respiración con el objetivo de mejorar e intensificar la experiencia emocional. Los estudiantes de Reich, *Alexander Lowen* y *John Pierrakos* desarrollaron y expandieron este método en lo que hoy se llama Análisis Bioenergético. (*Lowen 1958, 1975*).

Las bases del método bioenergético están en el profundo enlace entre los procesos físicos y mentales (*Reich, 1971*, habla de “identidad funcional” entre mente y cuerpo). Las experiencias humanas más importantes encuentran expresión no sólo en el funcionamiento mental-psíquico sino también en el cuerpo: en la postura, en patrones de reacción y también en inhibiciones de la motilidad, respiración y expresión. Estos patrones corporales representan la “estructura de carácter”, que influencia la autopercepción física, la autoestima, la autoimagen y los patrones básicos de intercambio con el entorno.

Hablando en términos generales, en su teoría, el Análisis Bioenergético se corresponde con el enfoque psicoanalítico. La diferencia esencial está en el método de tratamiento. El terapeuta

bioenergético posee, en la utilización de la terapia corporal, un “segundo lenguaje” añadido al lenguaje verbal, con el que comunicarse con el paciente.

Mientras que el paciente en sus acciones físicas despliega los patrones básicos con los que interactúa con el mundo y con las personas relevantes de referencia para él, el terapeuta bioenergético puede responder también a nivel físico, dando apoyo, confirmando, animando, ofreciendo resistencia o frustración. De este modo, aparece un diálogo orientado corporalmente que, de acuerdo con la habilidad o preparación actual del paciente, complementa, acompaña o sustituye toda la comunicación verbal con el mismo. (1)

Este “segundo lenguaje”, de acuerdo con la experiencia, se relaciona bien con las experiencias preverbales del paciente y reanima relaciones tempranas de objeto. Este método profundiza en las tempranas experiencias del paciente de un modo que la terapia verbal sola no puede. En este punto, la estructura básica del problema o trastorno se hace visible y puede ser tratada.

Hay dos modos complementarios en los que el trabajo corporal puede ser psicoterapéuticamente eficaz.

Primero: El movimiento, los sentimientos y las experiencias previamente evitados, se (re)activan por medio de intervenciones terapéuticas corporales. Esto permite que el material psíquico inconsciente salga a la luz y sea accesible a la elaboración y tratamiento mental-psíquico. El trabajo corporal, de este modo, es un medio para acceder al material inconsciente del paciente, comparable a la interpretación de los sueños en el psicoanálisis clásico. Continuamente el cuerpo hace su aparición como una realidad fenomenológica, como un espacio para la propia experiencia y como portador de expresión y significado en una actuación simbólica. El efecto curativo se basa en una nueva posibilidad de procesar las experiencias tempranas, y de este modo hacer posible su reevaluación, finalización e integración dentro del proceso terapéutico.

Segundo: Aunque lo que se ha dicho más arriba podría parecer suficiente para justificar la utilización de métodos psicoterapéuticos corporales, Reich y Lowen sugieren una forma adicional de funcionamiento; la movilización de la energía curativa por medio de la activación energética a nivel corporal inmediato. Algunas técnicas especiales a este respecto son la profundización de la respiración, liberación de la tensión muscular por medio de una respiración especial, técnicas expresivas e intervenciones de liberación muscular. Las técnicas están diseñadas también para elevar la relajación física y la motilidad en general, para dar estímulo y apoyo a tales procesos físicos inconscientes así como la expresión libre y profunda de los sentimientos. Haciendo esto, los procesos mentales intelectuales son evitados momentáneamente y solamente se atiende a los cambios físicos mencionados anteriormente. Y lo que es más importante, el acceso adquirido a las experiencias emocionales profundas, cambia numerosos parámetros fisiológicos así como la autoestima de la persona, al tiempo que muchos otros procesos mentales intelectuales. Conectada la persona con este proceso, el contacto con su entorno social también cambia. De acuerdo con la hipótesis de base, todos estos cambios ocurren como consecuencia de los acontecimientos energéticos (es decir, fisiológicos, musculares, etc.).

Además, Lowen estableció el concepto y práctica del Enraizamiento, que ocurre antes que nada a nivel físico. Estar enraizado es tener una postura física segura pero flexible. Fenomenológicamente, significa estar conectado con la realidad. El énfasis durante la terapia en el enraizamiento y en el contacto con la realidad, influencia el trabajo social directo de casi todos los movimientos emocionales. De este modo lo social, es decir, lo familiar, profesional, político e ideológico del paciente también se convierten en foco de atención durante la terapia.

La terapia bioenergética, como la enseñan Lowen y sus colaboradores, combina los métodos de trabajo corporales, bajo la consideración del entorno social del cliente y crea un proceso terapéutico que puede ser organizado de forma flexible, de acuerdo con el desarrollo individual. *Esta combinación de trabajo psicológico-fenomenológico, físico-energético y social-*

sistémico, es la naturaleza característica de la terapia analítica bioenergética. Ultimamente, se ha dado una importancia creciente a la relación terapéutica en el sentido de la teoría de la relación de objeto. La enorme complejidad de esta tarea conlleva demandas difíciles para el terapeuta y puede ser la razón de que los intentos sistemáticos de describir este método terapéutico sean escasos. Los primeros esfuerzos de Diagnóstico Bioenergético (Oelmann, 1993; Berliner, 1993; Schubert, 1993) o de “Pragmática del Análisis Bioenergético” (Geibler & Geibler, 1993; Geibler, 1994) se merecen por tanto un tributo explícito.

OBJETO Y MÉTODO DEL ESTUDIO

El presente estudio es una investigación post-tratamiento de un total de 309 psicoterapias bioenergéticas que se completaron entre los años 1989 y 1993. Las cuestiones esenciales fueron:

1. ¿Tiene el Análisis Bioenergético un efecto ventajoso sobre el estado emocional en comparación con otros enfoques psicoterapéuticos bien establecidos?

2. El Análisis Bioenergético ¿está siendo aplicado (con éxito) en el tratamiento de la enfermedad? ¿Qué enfermedades están siendo tratadas y qué éxito ha tenido en cada enfermedad? ¿Ha causado el Análisis Bioenergético algún efecto negativo, y si es así, de qué tipo, con qué frecuencia, y de acuerdo con qué categoría diagnóstica?

3. ¿Qué variables influyen los resultados del tratamiento? Fueron consideradas variables como la edad, el sexo, el nivel educativo del paciente, la duración de la terapia, etc.

Este estudio tomó en cuenta exclusivamente tratamientos realizados por Terapeutas Bioenergéticos Certificados (CBTs del Instituto Internacional de Análisis Bioenergético, Nueva York, Director A. Lowen) o por terapeutas con una certificación equivalente. Todos los tratamientos fueron clasificados como “Análisis Bioenergético”.

Los terapeutas participantes se comprometieron a registrar todos los casos de terapia bioenergética completados durante el período indicado (2). Se recogieron los siguientes datos: Información social-demográfica, diagnóstico de acuerdo con el DSM-III-R, diagnóstico estructural de acuerdo con Lowen, algunos datos sobre la extensión y el curso del tratamiento, una puntuación realizada por el terapeuta sobre el efecto terapéutico y -para un grupo de muestra parcial (3)- el Cuestionario de Cambio sobre Experiencia y Comportamiento (VEV, Zielke & Kopf-Mehnert, 1978).

La primera parte del estudio se redujo al análisis de datos sobre los resultados del tratamiento (4), e.g. el VEV, seguido por los resultados sobre la segunda cuestión, e.g. efectos diferenciales para distintas categorías diagnósticas y otras variables. Los terapeutas que realizaron el tratamiento hicieron todas las evaluaciones (excepto el VEV).

RESULTADOS 1: EL NIVEL DE CAMBIO

Los resultados de este apartado se refieren al grupo de estudio (N=90) los cuales fueron sometidos al *Cuestionario de Cambio sobre Experiencia y Comportamiento* (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, VEV) (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978).

El cuestionario de cambio está compuesto de 42 puntos sobre un factor de cambio, con las indicaciones: relajación, calma y optimismo en oposición a tensión, incertidumbre y pesimismo en relación con varios tipos de situaciones. Se cuestionaron de la misma manera los modos generales de experiencia emocional así como el comportamiento en situaciones sociales y el comportamiento y la experiencia en situaciones de ejecución (Zielke, 1993).

El valor de 168 puntos fue asumido como teórico cambio cero, sin mejoría ni deterioro, en el cuestionario VEV. Tomando en consideración un error de medida del 5%, el coeficiente crítico para una mejoría significativa estaría en los 187 puntos, para una mejoría significativa a nivel del 0,1%, en 200 puntos. **La puntuación media de cambio de este estudio estuvo en 230,83 puntos, lo cual está bastante por encima del límite crítico para una mejoría muy significativa.**

Los cambios medidos por el VEV en este estudio son, por lo tanto, mucho más elevados que aquellos establecidos sobre un grupo de pacientes de un estudio comparativo indicado por el autor (media de 171,51 puntos; ver tabla 1, grupo 8, a continuación).

Tabla 1 *Tabla 1*

Comparación de diferentes grupos de estudio en el VEV

No.	Grupo	media VEV	% > 187	N
1	Estudio actual	231,11	94,4	90
2	Zielke &Kopf-Mehnert (1978)	222,22	85	45
3	Zielke (1993)	210,73	73,9	148
4	Sauter & Stahl (1992)		67,7	31
5	Görgen (1994)	225,8		40
6	Grawe y cols. (1990) (VT)	211,1		38
7	Grawe y cols. (1990) (GT)	209		15
8	grupo decontrol (Zielke & K.M.)	171,51	28	45

Grupo 1 (presente estudio) supone una media de 75,3 sesiones por terapia.

Grupo 2 comprende psicoterapias de método no especificado (presumiblemente terapias centradas en el cliente) de nueve meses.

Grupo 3 es un grupo de pacientes internos (el “grupo proyecto” descrito por Zielke, 1993) que recibió terapia conductual en una clínica psicosomática durante una media de aproximadamente ocho semanas.

Grupo 4 es un grupo de pacientes internos de corta duración, con terapia integradora intensiva utilizando intervenciones pedagógicas-psicológicas, terapia conductual y terapia individual y de grupo centrada en el cliente.

Grupo 5 es un grupo de drogadictos, que recibieron terapia individual centrada en el cliente, en el entorno de una comunidad terapéutica durante el trascurso de un tratamiento de un año.

Grupo 6 refleja los resultados del “Bern Therapy Comparison Study” que resume las puntuaciones de tres grupos de terapia conductual (terapia cognitivo conductual en grupo e individual), siendo la duración media aproximada de 32 sesiones.

Grupo 7 también derivada del “Bern Therapy Comparison Study” y es una psicoterapia centrada en el cliente durante una media de 33 sesiones.

Grupo 8 es un grupo de control de *Zielke y Kopf-Mehnert* que no recibió tratamiento.

Para examinar si los muy favorables resultados del estudio actual podrían estar relacionados con una clientela especialmente baja en estrés, se sugiere echar un vistazo a la llamada puntuación GAF del DSM-III-R *Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (Global Assessment of Functioning Scale)* (Tabla 2). La muestra del VEV se dividió en dos, teniendo en cuenta el alcance del trastorno. El grupo parcial, con los trastornos más graves (que se relaciona con una puntuación GAF baja), consiguió una media de cambio VEV de 273,15 mostrando un resultado significativamente mejor que el del trastorno más leve (VEV: 224,93). El estrés psicosocial era obviamente irrelevante, ya que se dieron puntuaciones de modificación casi idénticas en los grupos parciales menos y más estresados. De forma similar, el grado de cualificación escolar (Notas altas contra notas bajas) -ver *tabla 2* más abajo-, no jugó un papel significativo. Por lo tanto, parece ajustado concluir que *los buenos resultados del estudio son realmente producto de este trabajo terapéutico.*

Tabla 2 Comparaciones del grupo de control en el VEV

Grupo	VEV	Grupo	VEV	Grupo	VEV
Grupo de control		Alcance de Estrés psicosocial		Tipo de cualificación en la escuela	
GAF					
>55	224,93	<3	229,76	graduados	231,69
<5	237,15	>3	231,66	no graduados	229,74
Trascendencia:					
t=	2,23		-0,31		0,32
Prob.=	0,028		0,759		0,749

RESULTADOS 2: EFECTOS DIFERENCIALES

El Diagnóstico

El sistema de diagnóstico utilizado aquí, el DSM-III-R, permite un diagnóstico multi axial. De este modo, se establecen hasta tres diagnósticos al mismo tiempo en relación con los síntomas o síndromes psiquiátricos, así como un trastorno de personalidad y un diagnóstico corporal, en caso de ser aplicable. En conjunto, de este modo, se obtienen hasta cinco diagnósticos diferentes por paciente. Lo que es más, se realiza una evaluación del estrés psicosocial de las circunstancias presentes o pasadas y una evaluación global de funcionamiento (GAF). Este sistema de diagnóstico altamente diferenciado e informativo, refleja ciertas dificultades en cuanto a la

evaluación, aunque son meramente de naturaleza técnica: no hay criterios objetivos en base a los cuales se puedan establecer prioridades entre los distintos diagnósticos. Por lo tanto, se eligió un enfoque que incorporara, en la evaluación, los cinco diagnósticos por igual. Esto se hace utilizando los llamados *contrastes diagnósticos*. Tal contraste, e.g. en relación al diagnóstico “trastorno por neurosis de ansiedad”, compara a todos los pacientes que han recibido este diagnóstico, con todos aquellos que no lo han recibido. El punto en el que este diagnóstico se registre en el sistema axial es indiferente.

Se formaron dos series de contrastes diagnósticos: uno que comprendía a cinco grupos, llamados más abajo “grupos principales” (ver tabla 4) y uno detallado con 32 grupos, llamado “grupos detallados” (ver Tablas 5.1, 5.2 y 5.3). Los resultados numéricos están resumidos en estas tablas.

Variables descriptivas

- Número*: El número total de casos en el grupo de estudio fue de 309.
- Porcentaje femenino*: El porcentaje de mujeres en la muestra total del estudio ascendió a 61,2%.
- Edad*: La media de edad fue de 33,9 años.
- Número de sesiones*: La duración de cada sesión de terapia fue de 50 minutos, con una media de 75,3 sesiones por terapia.
- Financiación*: El 44,7% de los pacientes pagaron la terapia predominante o exclusivamente de sus propios fondos.
- GAF antes de la terapia*: (pre-GAF medio). GAF significa Evaluación Global de Funcionamiento (Global Assessment of Functioning) y utiliza una escala de 0 a 100. Este valor puede ser interpretado como indicación de la calidad de vida del paciente respecto de su enfermedad. Los resultados cercanos a 100 indican un ser humano estable con funcionamiento mental, emocional y físico plenos. El nivel medio al principio del tratamiento fue del 56,4%.

Criterios sobre variables finales

- Diferencia-GAF* (dif GAF medio). La diferencia entre la puntuación GAF al final de un tratamiento y al principio de un tratamiento es la diferencia GAF, una indicación de los resultados terapéuticos. En el estudio, la diferencia media -por lo tanto el beneficio del tratamiento- fue de 17,0 puntos.
- Porcentaje de remisión*. Es la proporción de pacientes para los cuales los criterios del DSM-III-R no eran aplicables al final de la terapia. Para la muestra total, éstos fueron el 59,4%.
- Proporción de mejoría*. En comparación con la variable anterior éste es un criterio más “debil”. Un buen porcentaje de pacientes mostraron condiciones mejoradas, mientras los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico específico continuaban siendo válidos. El 86,3% de la muestra total fueron clasificados como mejoría.
- VEV (Cuestionario de Cambio sobre Experiencia y Comportamiento)*. El VEV, debido al relativamente limitado número de casos (N=90) solamente se pasó para las diferencias entre los “grupos primarios”. La media VEV fue de 231,1.

Las cuatro últimas variables correlacionan naturalmente entre sí, ya que son indicadores de los mismos resultados del tratamiento. La correlación media es de 0,47.

Anotación en el grupo de la muestra

Los siguientes resultados están basados en los datos del grupo completo de estudio y dependen de la evaluación del terapeuta, lo cual, como se ha mencionado anteriormente, proporcionó el número adecuado de casos (N=309) para el análisis estadístico requerido.

La Tabla 3 muestra que no hubo diferencias significativas entre las muestras con y sin VEV, por lo tanto los datos fueron analizados conjuntamente.

Tabla 3 Comparación de los grupos parciales con y sin VEV

	Sin VEV		con VEV		Total		Sign.
	Número	%	Número	%	Número	%	
Grupo de trastorno (primer diagnóstico)			(309)				Chi-Q.=2,67
Neurosis	101	46,1	48	53,3	149	48,2	Prob.=0,75
Trastorno de personalidad	41	18,7	15	16,7	56	18,1	
Trastorno psicossomático	24	11,0	9	10,0	33	10,7	
Otros trastornos	39	17,8	13	14,4	52	16,8	
Código-V	7	3,2	1	1,1	8	2,6	
Sin trastorno	7	3,2	4	4,4	11	3,6	
GAF (pre)			56,97		56,43		t=0,49 Prob.=0,55

Los resultados en relación con los principales trastornos

Un resumen de los resultados respecto de los principales trastornos se encuentra en la Tabla 4 más abajo.

Neurosis

Se diagnosticó como neuróticos a 121 pacientes, de los cuales el 59,7% eran mujeres. Este porcentaje es cercano al de la muestra total, así como la edad y el número de sesiones. El porcentaje de financiación privada y el pre-GAF fueron significativamente más bajos que en el grupo de control (5). Esto es lo que cabía esperar, porque el grupo de control incluía a gente que no mostraba trastornos neuróticos ni de ningún tipo, y por lo tanto venían a terapia por conflictos sociales o por razones de crecimiento personal. Este grupo tenía una puntuación relativamente alta al comienzo. Por lo tanto, todos los grupos con trastorno tenían una puntuación más moderada que sus grupos de control en la pre-GAF. Al mismo tiempo la diferencia GAF, que representa el beneficio de la terapia, era mayor en los grupos con trastorno que en el grupo de “clientes-código-V” (ver más abajo). Esto no es de extrañar, puesto que los clientes con trastornos clínicos relevantes se beneficiaron más de la terapia que aquellos que mostraban un nivel alto de funcionamiento desde el comienzo. En los clientes-código-V también se puede ver una “mejoría” en la media.

Sin embargo, la diferencia GAF estuvo significativamente por encima de la de los grupos de control. La cuota de remisión alcanzó el 69,9%, indicando que más de dos tercios fueron clasificados como remitidos, un resultado significativamente más alto que el del grupo de control. El 90,1% fueron clasificados como mejoría.

Tabla 4

Grupo de Trastorno (indicado en comparación con todos los demás)

N	Mujeres %	edad	número de sesiones	financiación privada	GAFpre	GAFdif	remisión %	mejoría %	VEV Número	VEV Punt.
Total										
309	62.0 %	33.86	75.31	44.7 %	56.43	16.98	59.4 %			
86.3%	90	231.11								
Neurosis										
180	59.7 %	33.66	76.79	36.7 %**	55.18*	18.60**	69.9 %**			
90.1%	59	229.88								
Trastorno de personalidad										
183	62.6 %	34.00	80.22*	46.5 %	54.15**	15.09**	26.9 %**			
72.6 %**	51	232.45								
Trastorno Psicosomático										
103	73.7 %	35.27*	87.60**	36.9 %*	53.86*	19.83**	62.0 %			
92.0 %	21	226.76								
Otros trastornos										
147	64.8 %	34.07	71.35	47.6 %	55.45	16.36	55.2 %*			
83.5 %*	34	229.00								
Código V										
39	69.2 %	36.23*	71.13	69.2 %	58.77	11.79**	42.4 %			
78.8 %	4	253.75								
Sin trastorno										
11	18.2 %**	34.73	49.18*	100.00**	69.72**	11.27*	-			
-	4	230.00								

*significativo con $p < 0.05$ ** significativo con < 0.01

Trastornos de personalidad

Los datos descriptivos para los trastornos de personalidad se hallan bastante cercanos a la media, excepto por el ligeramente mayor número de sesiones y el significativamente menor pre-GAF.

La diferencia GAF fué significativamente inferior que en el grupo de control -de pacientes sin trastornos de personalidad. Lo mismo ocurría con las otras variables de resultado. Fué especialmente notable el hecho de que sólo conseguían la remisión el 29.0%. Sin embargo, en más de dos tercios de los casos aparecía una mejoría en el diagnóstico clínico- que era de esperar en los casos de trastornos de la personalidad. La ventaja subjetiva -medida por el VEV- es muy obvia y corresponde al promedio del grupo de estudio.

Trastornos psicosomáticos

Con respecto a los trastornos psicosomáticos, tanto la tasa de mujeres como la edad de comienzo fueron elevados; el número de sesiones fluctuaba por encima del indicado por el grupo de control. Sin embargo, la cuantía de la financiación privada era considerablemente más baja, lo cual podía significar que a muchos de estos pacientes los enviaban los médicos a la seguridad social y eran cubiertos por ella. En cualquier caso, la utilidad de la terapia es obvia: La diferencia GAF es incluso superior a la correspondiente a la neurosis, y la tasa de mejorías en este grupo es especialmente elevada (92.0%). Por el contrario, el porcentaje de remisiones es ligeramente inferior que en el grupo de neurosis (aunque todavía aumenta respecto de la muestra total). Obviamente, con frecuencia siguen existiendo algunos trastornos individuales como afecciones orgánicas manifestadas.

Otros trastornos

Más adelante subdividiremos este grupo. La mayor parte de las puntuaciones quedan dentro del promedio.

Códigos-V

Estos son pacientes que vinieron a la terapia debido a problemas sociales y profesionales. Esto no significa que no tuviesen otros diagnósticos. Típicamente, eran pacientes más mayores que el promedio y la tasa de financiación privada era especialmente alta. La diferencia GAF era inferior que en los grupos clínicos. Los resultados quedaban ligeramente por debajo de la media.

El pequeño grupo de pacientes (n= 11) que siguió tratamiento bioenergético a pesar de que no había diagnóstico clínico ni código-V reveló resultados interesantes. Pocos eran mujeres, la edad correspondía exactamente a la media, y el número de sesiones era modesto. Sin embargo, se determinó un altamente significativo pre-GAF de 69.7, al cual se oponía una relativamente pequeña puntuación de diferencia GAF. No pudieron mostrarse las tasas de remisión o de mejoría por no disponer de diagnósticos precisos.

Resultados detallados de los grupos

En la Tabla 4 puede verse un resumen detallado de los resultados en los diferentes grupos de diagnóstico. A continuación siguen las Tablas 5.1 a 5.3.

Como se esperaba, el pre-GAF era muy bajo en los once casos de **psicosis**. Debido a que cinco de los once casos habían sido suspendidos sin resultado, tanto la duración de las terapias como los resultados de las mismas estuvieron claramente por debajo del promedio. (Los otros seis casos mostraron una duración de terapia como la del promedio y fueron valorados muy positivamente: promedio de la diferencia GAF = 23.8.)

Se hizo una subdivisión más dentro del grupo de la neurosis: se analizaron los niveles de cambio terapéutico en los casos de **trastorno por neurosis de ansiedad** y en los casos de **neurosis**

depresiva; los resultados del tratamiento de estos dos grupos fueron bastante sobresalientes. Vale la pena mencionar una muy buena mayoría del GAF entre los pacientes con trastornos por neurosis de ansiedad y una tasa de remisión especialmente elevada (74.3 %) entre los pacientes con neurosis depresiva. Obviamente, la terapia bioenergética es muy buena para tratar a pacientes con neurosis depresiva.

Los resultados son menos favorables en los casos de **neurosis obsesiva**, parecidos a los de los casos de psicosis: relativamente pocas sesiones (42.8; aunque sólo una suspendida) y porcentajes de remisión y de mejoría igualmente bajos. Ciertamente, la diferencia GAF, 11.83, es pequeña comparada con la de los otros grupos de diagnóstico, pero indica una ganancia clara en cuanto a la calidad de vida de los pacientes. En general, el tratamiento de la neurosis obsesiva es difícil. Desafortunadamente, este estudio no puede valorar el tratamiento bioenergético en comparación con otros métodos.

Entre los que sufren **trastornos de personalidad** sólo estudiaremos los trastornos **narcisista y límite de la personalidad (borderline)**.

El grupo de **trastorno narcisista de la personalidad** es el que contenía la mayor proporción de hombres, habiéndose contabilizado casi el 55%. Los niveles de las otras variables descriptivas eran próximos al promedio. Como se esperaba, los resultados del tratamiento no fueron tan elevados como, por ejemplo, los del grupo de neurosis; a pesar de ésto, los niveles del GAF confirmaban un beneficio claro partiendo de un nivel relativamente alto.

Tabla 5. 1 Psicosis, neurosis y trastornos de personalidad

Grupo de trastorno (indicado en contraste con todos los demás)	número	mujeres %	edad	número de sesiones	financiación privada	GAFpre	GAFdif	remisión %	mejoría %	VEV núm	VEV punt.
<i>Total</i>	309	62,0%	33,86	75,31	44,7 %	56,43	16,98	59,4%	86,3%	90	231,11
<i>Psicosis</i>	11	90,0%	33,81	45,20**	45,5 %	44,36**	14,55	27,3%	54,6 %	1	269,00
<i>Trastorno por neurosis de ansiedad</i>	63	56,5%	33,03	77,25	36,5%	54,37	19,89*	65,6%	93,4%	19	228,63
<i>Neurosis histérica</i>	2	100,0%	34,00	106,00	50,0%	55,00	17,50	50,0%	100,0%	-	-
<i>Neurosis obsesiva</i>	6	50,0%	35,17	42,83	66,7%	50,83	11,83	33,3%	50,0%	-	-
<i>Neurosis depresiva</i>	112	64,2%	33,78	76,48	31,3%**	56,07	18,09	74,3 %***	92,7%	44	230,54
<i>Otras neurosis</i>	16	44,4%	35,56	139,67**	77,8 %	50,22	22,56	62,5%	87,5%	4	221,25
<i>Trastorno esquizoide de la personalidad</i>	19	52,9%	33,89	75,83	52,6%	48,42**	13,00	21,1 % *	79,0%	3	205,33
<i>Trastorno obsesivo de la personalidad</i>	16	81,3%	38,62**	117,63**	50,0%	56,63	17,13	43,8%	75,0%	7	237,57
<i>Trastorno histriónico de la personalidad (personalidad histérica)</i>	13	84,6%	29,92*	68,00	23,1%	52,83	18,92	25,0%	75,0%	5	232,20
<i>Trastorno narcisista de la personalidad</i>	43	45,2 %*	33,53	64,12	46,5%	59,23	12,29**	7,0%	58,1%	9	219,67
<i>Trastorno de personalidad por falta de autoconfianza</i>	21	47,6%	34,33	74,38	28,6%	55,29	16,00	28,57%	85,7%	11	245,45*
<i>Trastorno límite de la personalidad</i>	39	81,6%**	32,05	88,05	59,0 %	50,26**	15,33	29,73%**	78,4%	13	235,15

<i>Otros trastornos de la personalidad</i>										
33	60,6%	36,06	88,30	45,4%	54,15	16,91	46,4%	71,4%	4	234,50

* significativo con $p < 0,05$

** significativo con $p < 0,01$

Table 5. 2 Trastornos psicósomáticos

<i>Grupo de trastorno (indicado en contraste con todos los demás)</i>											
	número	mujeres	edad	número de sesiones	financiación privada	GAFpre	GAFdif	remisión %	mejoría %	VEV núm	VEV punt.
Total	309	62,0%	33,86	75,31	44,7 %	56,43	16,98	59,4%	86,3%	90	231,11
Trastorno funcional del sistema muscular / esquelético	27	65,4%	37,41**	80,48	37,0%	57,50	18,38	48,1%	81,5%	7	223,57
Trastorno funcional cardíaco / circulatorio	8	50,0%	38,78 *	114,89 *	44,4%	52,22	25,89**	87,5%	100,0%	2	240,50
Trastorno funcional del estómago / intestino	20	75,0%	31,85%	91,91 *	10,0 %**	54,10	22,90**	85,5%	95,0%	3	204,00
Trastorno funcional del sistema urogenital	9	100,0%	30,56	94,44	44,4%	47,89 *	24,44*	88,9%	100,0%	2	257,50
Otros trastornos funcionales	12	81,8%	34,92	103,17*	41,7%	52,08	19,67	54,6%	81,8%	1	239,00
<i>(Total de los trastornos funcionales)</i>	70	71,6%	34,99	93,41**	35,7%	54,10 *	21,03**	69,1%*	88,9%	14	224,79)
Afección psicósomática de la espina dorsal	13	69,2%	35,62	76,16	30,8%	52,63	20,58	66,7%	100,0%	5	224,20
Enfermedades respiratorias psicósomáticas	5	75,0%	38,80	63,60	20,0%	44,60 *	21,60	60,0%	80,0%	-	-
Afecciones psicósomáticas de la piel	7	71,1%	34,14	100,14	42,9%	55,43	25,57*	66,7%	100,0%	1	210,00
Afecciones psicósomáticas del sistema gastro-entérico	7	57,1 %	35,29	73,29	28,6%	52,29	13,43	50,0%	100,0%	1	200,0
Afección psicósomática del sistema urogenital											
Otras afecciones psicósomáticas	8	100,0%	35,80	67,80	20,0%	52,00	21,40	60,0%	100,0%	3	233,00
<i>(Total de las afecciones psicósomáticas)</i>	49	79,2 %**	35,29	80,13	30,6%	53,04*	19,97*	60,9%	97,8 %	10	223,00)

* significativo con $p < 0,05$ ** significativo con $p < 0,01$

En el grupo de **trastorno límite de la personalidad** se encontró un número mayor de mujeres. El pre GAF estaba claramente por debajo del promedio; fueron raras las remisiones, pero se notó mejoría en más de dos tercios de los casos. Aún si los resultados que presentamos reflejan menor éxito en el tratamiento, lo que se debe considerar es que se alcanzó mediante un esfuerzo terapéutico más bien limitado.

Los **trastornos psicósomáticos** (véase la Tabla 5.2) fueron subdivididos de acuerdo con el sistema de diagnóstico ICD-9. Se distinguieron los trastornos funcionales (Codigo-ICD 306) de los trastornos con dolencias orgánicas manifiestas (Codigo-ICD 316). En general, con estos tipos de diagnóstico se encontraron los mejores resultados promedio. Se mostraron niveles de diferencia GAF claramente por encima de la media en los **trastornos funcionales del sistema cardiaco y circulatorio, en el sistema gastrointestinal y en el sistema urogenital** (pero no en el sistema muscular).

Fueron notables los éxitos en las **dolencias psicósomáticas** en comparación con otros **grupos de diagnóstico**. Es impresionante el alto porcentaje de mujeres entre los pacientes con diagnóstico psicósomático; Se podría especular que esto se debe a que las mujeres son más abiertas que los hombres con respecto a la naturaleza psíquica de su dolencia y recurren más a psicoterapia.

Sorprendentemente, los pacientes con **trastornos sexuales** (Tabla 5.3) mostraron un porcentaje de remisión bajo -lo cual era inesperado ya que la sexualidad y la escuela de terapia de Reich están estrechamente relacionadas. Será obligado realizar una investigación más detallada de por qué el trabajo Bioenergético no mostró un éxito por encima de la media.

Los resultados terapéuticos de los pacientes -principalmente mujeres- con **trastornos de la conducta alimentaria** fueron similares a los encontrados en otros grupos de trastornos. Esto es alentador y suministra una buena razón para investigar y aplicar intensivamente a esta categoría de problemas la psicoterapia corporal. Se sabe que las perturbaciones de las experiencias corporales tienen efectos importantes en muchos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Los pacientes **código-V** sufrían predominantemente problemas familiares y profesionales junto con otros problemas sociales. Se vieron problemas familiares en pacientes de edad ligeramente más alta que el promedio, y el resultado no fué tan favorable como en los grupos clínicos. Los clientes con **problemas profesionales** presentaron niveles altos de GAF inicial -siendo el pre-GAF más alto de todos los grupos de diagnóstico- y, por tanto, presentaron una diferencia GAF baja, lo cual se esperaba desde el comienzo. La valoración de remisión y de mejoría permanece dentro del promedio. Este es un grupo de pacientes completamente diferente de los grupos con trastornos clínicos: presumiblemente bien adaptados, orientados hacia el logro, pero con dificultades en esta esfera.

Tabla 5. 3 Otros trastornos y códigos-V

Grupo de trastorno (indicado en contraste con todos los demás)											
	número	mujeres %	edad	número de sesiones	financiación privada	GAFpre	GAFdif	remisión %	mejoría %	VEV núm	VEV punt.
Total	309	62,0%	33,86	75,31	44,7 %	56,43	16,98	59,4%	86,3%	90	231,11
Trastornos sexuales	60	65,0%	31,81	74,57	51,7%	57,10	16,47	41,7%**	75,0%	13	229,77
Alcoholismo y otros tipos de dependencia	12	66,7%	36,58	85,33	41,7%	52,17	18,17	45,5%	90,1%	3	218,00
Trastornos de la conducta alimentaria	11	90,1%	31,27	84,45	27,3%	50,27*	18,45	63,6%	81,2%	2	223,50
Trastornos adaptativos	62	65,7%	35,21	64,76	46,8%	57,46	15,97	66,1%	88,7%	14	235,21
Otros trastornos	27	59,3%	36,33	65,74	44,4%	55,30	14,19	53,9%	80,8%	6	226,83
Problemas familiares	13	53,9%	39,85**	68,54	46,1%	57,15	13,23	36,3%	63,6 %	1	243,0
Problemas laborales y sociales	19	73,7%	34,16	80,32	73,7%**	61,21*	11,79 *	42,1%	84,2%	4	253,75
Otros códigos-V	12	83,3%	34,50	59,54	66,7%	54,08	10,75 *	37,5%	75,0%	1	243,00

* significativo con $p < 0,05$ ** significativo con $p < 0,01$

RESULTADOS 3: EFECTO DE LA TERAPIA EN RELACION CON LAS DIFERENTES VARIABLES

Hasta ahora podría suponerse que los resultados conseguidos por el tratamiento analítico-bioenergético dependen sólo del tipo de trastorno; esta era la idea subyacente según la cual fueron interpretadas las Tablas 4 y 5. Sin embargo, también podrían ser responsables del éxito terapéutico una serie de variables tales como el sexo, la edad, el nivel de cualificación escolar, algún tratamiento anterior, la motivación de la terapia, y la duración de la misma.

Ahora, debido al hecho de que había un número excepcionalmente alto de mujeres en ciertos grupos de diagnóstico, y a que generalmente el tratamiento terapéutico con mujeres adquiere un curso favorable, podría suponerse que las terapias con estos grupos diagnósticos fueron más exitosas -pero esto es sólo una hipótesis. Con el fin de responder a este tipo de cuestiones se realizó un análisis multivariable. Los resultados no se exponen en detalle ya que pareció que en general tales efectos *no directos* no influyeron considerablemente en los resultados de los grupos de trastorno.

A pesar de éllo, se encontraron correlaciones entre los resultados del tratamiento y esas otras variables. Por tanto había dos fuentes de variación en los resultados del tratamiento: una era los grupos de trastorno, y la otra, las variables adicionales antes mencionadas.

El **sexo del paciente** sólo jugaba un papel significativo en el nivel del VEV: era más alto en los pacientes femeninos (véase la Tabla 6).

Tabla 6 La eficacia de la terapia dependiendo de diferentes variables

Variable	valor	número	difGAF	remisión %	mejoría %	VEV número	VEV punt.
<i>Media</i>		309	17,0	59,4	86,3	90	231,11
<i>Sexo</i>	m	115	16,3	53,4	83,5	45	225,2*
	f	188	17,4	62,2	88,1	45	237,0*
<i>Edad</i>	< 40 años	240	17,1	62,3	89,0 *	67	233,0
	≥ 40 years	66	16,7	49,2	76,9 *	23	225,7
<i>Cualificación en la escuela</i>	graduados	91	17,0	59,3	84,6	27	229,7
	no grad.	207	16,8	59,8	87,1	63	231,7
<i>Terapia Previa</i>	no	194	17,5	65,6**	90,3 *	66	230,7
	si	112	16,1	48,6**	79,4 *	24	232,3
<i>Motivación en la terapia</i>	buena	245	18,1**	64,1**	91,9**	81	231,2
	incierta	50	11,1**	34,7**	59,2**	4	223,5
<i>Estrés psicosocial</i>	bajo	118	14,0**	50,5 *	86,5	26	229,8
	alto	191	18,9**	64,8 *	86,3	64	231,7
<i>preGAF</i>	≤ 55	156	20,6**	56,5	83,8	46	237,1*
	> 55	152	13,3**	62,3	89,1	43	224,9*
<i>Duración del tratamiento</i>	≤ 25 sesiones	40	11,0**	32,4**	64,9**	2	207,0
	> 25 sesiones	268	17,9**	63,5**	89,4**	88	231,7

* significativo con $p < 0,05$ ** significativo con $p < 0,01$

Esto puede ser un artificio del método porque las mujeres cuando contestan el cuestionario de cambio dan más generosamente respuestas positivas, siendo los hombres más cautelosos. Al mismo tiempo, las respuestas dadas por los hombres, correlacionan claramente en proporción más alta con las valoraciones de los terapeutas, que las de las mujeres. Es obligado resaltar la mención de Zielke (1993) de que las puntuaciones de las mujeres en promedio eran superiores a las de los hombres en 12.2 puntos.

La **edad** parecía tener un efecto débil. Entre los pacientes por debajo de cuarenta años las mejorías fueron significativamente más frecuentes que entre los pacientes por encima de los cuarenta años .

Cualificación escolar : No se encontraron diferencias dignas de mención entre los pacientes que tenían la cualificación exigida para entrar a la universidad y los que no la tenían.

Terapia previa: Claramente consiguieron más frecuentemente la remisión o una mejoría los pacientes *sin* psicoterapia previa que los pacientes *con* psicoterapia previa. Naturalmente ésto no sorprende, puesto que es aceptado que la probabilidad de éxito con pacientes que ya han seguido un tratamiento (infructuoso) decrece en el segundo tratamiento. Los pacientes con

tratamiento previo consiguieron beneficios claros en el GAF y en el VEV, y por tanto en su calidad de vida y en su condición personal.

La motivación para la terapia: obviamente correlaciona con los resultados del tratamiento y no necesita mayor discusión.

La duración de la terapia: Las terapias cortas, de hasta 25 sesiones, se distinguieron de las terapias de duración mayor. Las tres variables de resultados (diferencia GAF, tasa de remisión y tasa de mejoría) favorecían las terapias de larga duración. El Análisis Bioenergético no es una terapia corta. Este efecto *no* se debe al hecho de que estén contenidas en el grupo de terapias cortas, una acumulación de terapias terminadas pero infructuosas. El mismo efecto se muestra a favor de las terapias de más duración, incluso cuando se eliminaban del análisis los tratamientos interrumpidos.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que, mediante una aplicación de métodos relativamente modesta, es posible obtener respuestas preliminares a las cuestiones que se plantearon al principio .

De acuerdo con los juicios expresados esporádicamente en la literatura, ciertamente la terapia bioenergética es un tratamiento efectivo comparable a otras escuelas de psicoterapia. Por primera vez se ha demostrado ésto usando métodos científicos y estadísticos.

El hecho de que el grupo estudiado estuviese formado por pacientes desde ligeramente a bastante deteriorados, no desacredita la importancia de este enunciado: lo que se ha demostrado es que los pacientes más deteriorados se beneficiaban más del tratamiento que los menos deteriorados. Esto significa que para una clientela más severamente deteriorada, como la encontrada en algunos conjuntos de pacientes internos, se han de esperar cambios iguales o incluso mayores, siempre que se dé la misma calidad y extensión del tratamiento.

Los resultados más beneficiosos se consiguieron con los pacientes que sufrían trastornos neuróticos y psicosomáticos, como se demostró específicamente para los trastornos por neurosis de ansiedad y neurosis depresiva -debido a la prevalencia de estos diagnosticos. Sin embargo, una vez que se han suministrado un número suficiente de casos para referencia estadística, se puede suponer que los resultados para otros tipos de neurosis (e. g. neurosis histérica) serán comparables. Solamente fueron menos favorables los resultados para la neurosis obsesiva. La mayor parte de los resultados positivos del tratamiento de trastornos funcionales psicosomáticos, tienen que ver con enfermedades de órganos internos más que con problemas del sistema muscular y del esqueleto.

Se consiguieron mejorías notables en los tratamientos de trastornos de la personalidad (narcisista y límite) y en una serie de otros trastornos de los cuales estuvieron disponibles nada más que un número relativamente pequeño de casos.

Por lo general en ningún grupo diagnóstico se observó ninguna adulteración. Solo unos pocos casos mostraron cambio a peor. No se pudo detectar ningún daño debido a la terapia analítica bioenergética ocasionado a ninguno de los grupos de diagnóstico examinados.

Además, ninguna exigencia particular por parte de los pacientes limita la aplicabilidad de la terapia analítica bioenergética. No se requiere inteligencia por encima del promedio y, ciertamente, pueden sacar provecho de ella las personas que están en la segunda mitad de su vida, lo mismo que las personas que viven en situaciones sociales de estrés. Una condición para el éxito reside en la motivación para la terapia. Esto es entendible, ya que este tipo de tratamiento exige gran cantidad de trabajo y voluntad para soportar dolor algunas veces -aunque ésto ocurre también en cualquier método de terapia psicológica que se aplique en profundidad.

Incluso después de este estudio siguen siendo escasos los hallazgos científicos en el campo de la psicoterapia corporal. Hay necesidad de más investigación. Esperamos encontrar sucesores que continúen el trabajo y extiendan los enunciados de los problemas

surgidos aquí. A largo plazo estamos seguros de que la psicoterapia corporal recibirá el adecuado reconocimiento dentro del campo de la investigación psicoterapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

Berliner, J. (1993) Meine Chronologie der körperlichen Erkundung [*My chronology of physical exploration*] (*Mi cronología de la exploración física*). Forum der Bioenergetischen Analyse 1/93, 7-15.

Geißler, C., Geißler, P. (1993) Praxeologie der Bioenergetischen Analyse [*Praxeology of bioenergetic analysis*] (*Pragmática del Análisis Bioenergético*). Energie & Charakter, 24/7, 39 - 70. Geißler, P. (1994) Zur Differentialdiagnose von narzisstischer, schizoider und Borderline-Struktur [*On the differential diagnosis of the narcissistic, schizoid and borderline character structure*] (*Sobre el diagnóstico diferencial de las estructuras de carácter narcisista, esquizoide y límite*). Energie & Charakter, 25/9, 94-122.

Görgen, W. (1994) Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting [*Client-centred individual therapy with drug addicts in an in-patient setting*] (*Terapia individual centrada en el cliente con drogadictos internos*). GwG Zeitschrift, 92, 26-32.

Grawe, K., Caspar, F., Ambuehl, H. (1990) Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. [*The Bern Therapy comparison study: Comparison of Efficacy and differentiated Indication*] (*Estudio comparativo de Terapia de Bern: Comparación de Eficacia e Indicación Diferenciada*). Zeitschrift f. Klinische Psychologie, 19/4, 338-361.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession [*Changing times in psychotherapy. From faith to profession*] (*Tiempos de cambio en psicoterapia: De la fe a la profesión*). Göttingen: Hogrefe.

Lowen, A. (1958) *The Language of the Body (El Lenguaje del Cuerpo)*. New York: Grune & Stratton.

Lowen, A. (1975) *Bioenergetics (Bioenergética)*.

Oelmann, K. (1993) Anmerkungen zum diagnostischen Vorgehen als bioenergetischer Analytiker in der ärztlich-psychotherapeutischen Praxis [*Notes on the diagnostic procedure of a bioenergetic analyst in a medical-psychotherapeutical practice*] (*Notas sobre procedimientos diagnósticos de un analista bioenergético en la práctica médica-psicoterapéutica*). Forum der Bioenergetischen Analyse, 1/93, 2-6.

Reich, W (1971) Charakteranalyse [*Character Analysis*] (*Análisis del Character*). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Sauter, F. Ch., Stahl, H. (1992) Erste Untersuchungsergebnisse zur Effektivität einer kurzzeitigen stationären Intensivtherapie im Rahmen eines holistischen integrativen Psychotherapiekonzepts [*Preliminary research results on the efficacy of short-term in-patient intensive therapy within the concept of holistic integrative psychotherapy*] (*Resultados preliminares de investigación sobre la*

eficacia de la terapia intensiva con pacientes internos de corta duración, dentro del concepto de psicoterapia holística integradora). GwG Zeitschrift, 86,22-38.

Schubert, G. (1993) Bemerkungen zur Bioenergetischen Diagnose und zur Untersuchung der Widerstände [*Items of bioenergetic diagnosis and the exploration of resistance*] (*Artículos sobre el diagnóstico bioenergético y la exploración de las resistencias*) . Forum der Bioenergetischen Analyse 1/93, 16-34.

Zielke, M (1993) Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie [*Efficacy of in-patient behaviour therapy*] (*Eficacia de la terapia conductista con pacientes internos*). Weinheim: Beltz.

Zielke, M., Kopf-Mehnert, C. (1978) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) [*Change Questionnaire on Experience and Behaviour*] (*Cuestionario de Cambio sobre Experiencia y Comportamiento*). Weinheim: Beltz.

NOTAS DE PIE DE PÁGINA

1. Al hacer esto, no se considera la interacción física como equivalente al toque. Aparte de las intervenciones de toque (como el masaje o presión sobre ciertas áreas musculares, sostener, dar apoyo etc.) hay muchas otras intervenciones que no se aplican físicamente al cuerpo, como la invitación a llevar a cabo ciertos movimientos, adoptar ciertas posturas, sentirse a sí mismo vis-à-vis con objetos sustitutos o imaginados, o -como experimento- comportarse de una cierta manera con el terapeuta.
2. Se excluyeron las terapias realizadas por candidatos en prácticas.
3. En el período 1992 y 1993.
4. En la segunda parte del estudio (que será publicada en fecha posterior) se tratarán otras cuestiones, como las concernientes al Diagnóstico de la Estructura del Carácter de Lowen o a los aspectos económicos de la psicoterapia.
5. Por razones de claridad no están expuestas en la tabla las puntuaciones de los respectivos grupos de control; sin embargo pueden calcularse comparando el grupo diagnosticado con la media total.

SUPLEMENTO: CUESTIONARIOS

A continuación siguen las traducciones de los cuestionarios utilizados en el estudio de investigación. CUESTIONARIO POST TRATAMIENTO

- 1 **Número tel. habitual:** _____ Fecha _____
- 2,3 Nombre del terapeuta _____
CBT desde _____ / no activo como psicoterapeuta desde _____
- 4 Código de paciente (símbolos arbitrarios hasta 10): _____
- 5 Sexo del paciente: 1 hombre 2 mujer

A. Especificaciones al principio del tratamiento

- 6 **Especificaciones generales:** edad del paciente: _____ años
- 7 Estado civil: 1 soltero 2 casado 3 divorciado/separado 4 viudo
- 8 Número de hijos: _____ / ninguno
- 9 Actividad profesional: 1 a tiempo completo 2 a tiempo parcial 3 ama de casa
4 pensionista 5 en formación 6 desempleado
7 incapacidad para el trabajo
- 10 Nivel de cualificación escolar: 1 ninguna 2 nueve años de escuela elemental
3 escuela secundaria 4 cualificación para entrar en la universidad
- 11 **Psicoterapia previa:** 0 no 1 si
- 12 en caso de que sí en los últimos 5 años: ambulatorio aproximadamente _____ sesiones
- 13 tratamiento interno aproximadamente _____ semanas
- 14 **Razones para el tratamiento:** 1 deterioro hasta el punto de enfermedad
2 conflictos sociales-emocionales, de relación o crisis vitales
3 desarrollo personal (en tal caso continuar hasta 20)
- 15 **Motivación inicial para la terapia** 1 buena 2 incierta

Diagnóstico clínico multiaxial

- 16 Síndromes clínicos: a) _____ ICD: _____
- 17 b) _____ ICD: _____
- 18 c) _____ ICD: _____
- 19 **II** deterioros de la personalidad _____ ICD: _____
- 20 **III** condición y deterioros físicos: _____
-

- ICD: _____
- 21 **IV** estrés psicosocial
- _____ nivel de gravedad (1-6/0): _____
- 22 **V** GAF al principio del tratamiento (1-90): _____ (¡importante!)
Espacio para más especificaciones ver página siguiente más abajo

Diagnóstico estructural de acuerdo con Lowen:

- | | | | | | |
|----|-------------------------|---------------|---------------|--------------|-------------------------------|
| 23 | Partes esquizoides | 1 no evidente | 2 ligeramente | 3 claramente | 4 enormemente |
| 24 | Partes orales | 1 no evidente | 2 ligeramente | 3 claramente | 4 enormemente |
| 25 | Partes psicopatológicas | 1 no evidente | 2 ligeramente | 3 claramente | 4 enormemente |
| 26 | Partes masoquistas | 1 no evidente | 2 ligeramente | 3 claramente | 4 enormemente |
| 27 | Partes rígidas | 1 no evidente | 2 ligeramente | 3 claramente | 4 enormemente
pronunciadas |

B. Especificaciones del tratamiento

> La terapia llamada **Análisis Bioenergético** no es un **análisis de formación**.

28,29 **Período:** _____ meses Numero de sesiones: _____ (de 50 minutos)

30 **financiación predominante:** 1 privada 2 seguridad social
 3 otros seguros sociales 4 seguros sanitarios privados
 0 desconocido

31 **Tratamiento paralelo:** a) psiquiátrico / farmacológico: 0 no 1 si

32 b) Otros métodos psicoterapéuticos: 0 ninguno 1 de corto alcance
 2 de largo alcance

33 **Finalización de la terapia:**

- 1 Debida a la consecución sustancial de los objetivos de la terapia
- 2 Por el terapeuta por un desarrollo desfavorable del tratamiento (e. g. motivación insuficiente)
- 3 Por razones externas (económicas, cambio de residencia o similar)
- 4 Por parte del paciente sin que exista razón externa
- 5 Por el bien del tratamiento como paciente interno
- 6 Por otro terapeuta
- 7 Por cambiar a otro método de tratamiento (e. g. Trabajo de grupo)
- 8 Por razones externas del terapeuta
- 9 Por otras razones: _____

34 **Fecha de finalización:** mes: _____ año: _____

C. Estado del paciente a la finalización de la terapia

Síndromes clínicos y personalidad:

35 para I a: 1 peor 2 igual que antes 3 mejorado

		4 remisión parcial			5 remisión completa			6 no aplicable
36	para I b:	1	2	3	4	5	6	(como arriba)
37	para I c:	1	2	3	4	5	6	(“)
38	para II :	1	2	3	4	5	6	(“)
39	para III c:	1	2	3	4	5	6	(“)

40 **GAF a la finalización del tratamiento** (1 - 90) _____ (¡importante!)

otras especificaciones (si necesarias)

Cuestionario de cambio en experiencia y comportamiento VEV

Nombre:

Apellidos:

Fecha:

Instrucciones

Por favor volver al momento hace _____ semanas. El _____ (fecha de comienzo del período evaluado).

Recuerda lo que hacías en aquella época y cómo te sentías. De ahora en adelante, evalúa el período desde la fecha indicada anteriormente hasta hoy.

Mientras contestas las siguientes preguntas, ten en mente que los cambios que percibes tienen que haber ocurrido durante el período mencionado anteriormente. Por favor indica el nivel de cambio mediante un número.

Un ejemplo:

Cambio						
En la						En la
misma			nada			dirección
dirección						opuesta
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
intenso	medio	menor		menor	medio	intenso

Me siento menos acelerado	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
---------------------------	----	----	----	---	----	----	----

En caso de que no hayas experimentado ningún cambio, por ej. si no te sientes ni más tranquilo ni más inquieto que antes, por favor marca 0.

En caso de que hayas experimentado un intenso cambio en la dirección opuesta, por ej. te sientes más intranquilo que antes, por favor marca -3.

En caso de que hayas experimentado un cambio intenso en la misma dirección, es decir, te sientes menos acelerado, por favor marca +3.

Por favor contesta a todas las preguntas de forma relajada y espontánea!

Cambio						
En la misma dirección			nada	En la dirección opuesta		
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
intenso	medio	menor		menor	medio	intenso

1 Me siento menos acelerado	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
2 Hay muchas cosas que ya no me emocionan	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
3 Ahora se antes lo que quiero hacer y soy capaz de hacerlo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
4 Me siento atascado en un callejón sin salida y no puedo salir	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
5 La vida ya no tiene sentido para mi	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
6 Estoy satisfecho conmigo mismo y me preocupo menos por mi	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
7 Puedo manejar los problemas con más confianza	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
8 Me siento más tranquilo internamente	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
9 Todo me parece importante y me da vitalidad	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
10 Soy menos persistente y me rindo antes	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
11 Me he vuelto más sereno	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
12 Mi humor ahora oscila más intensamente que antes	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
13 Me siento más independiente de otra gente	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
14 Ya no sufro por mi inestabilidad	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
15 Estoy más sosegado en mi forma de comportarme con la gente	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
16 Me siento menos preocupado pensando en el futuro	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
17 Esta tormentosa incertidumbre se ha intensificado	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
18 Me manejo con más confianza ante eventos inesperados	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	

19 Me siento más aislado que antes	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
20 Algunas veces no se cómo pueden ir las cosas	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
21 Me he estado sintiendo mejor durante un tiempo, aunque no entiendo por qué	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	

Total pag. 1

Cambio						
En la						En la
misma			nada			dirección
dirección						opuesta
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
intenso	medio	menor		menor	medio	intenso

22 Ahora puedo hablar más abiertamente	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
23 Me siento con menos confianza en mi mismo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
24 Siento que, de algún modo, mi vida tiene más sentido de nuevo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
25 Me siento más tranquilo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
26 Tengo más dificultad para contactar con personas del otro sexo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
27 Mis dificultades para acercarme a otra gente han aumentado	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
28 Me siento alicaído más a menudo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
29 Siento que no estoy para sobrellevar los asuntos cotidianos	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
30 Me siento más relajado	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
31 Me siento más calmado y sereno	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
32 Tengo una idea más clara sobre mi y mi futuro	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
33 Me siento más feliz y veo las cosas de manera más optimista	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
34 Creo que ahora se antes lo que es importante para mi	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
35 Ahora me es más fácil manejar mis problemas	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
36 Ya no me siento tan inseguro cuando hablo con la gente	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
37 Me siento peor conmigo mismo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
38 Me las arreglo mejor para sobrellevar las adversidades de la vida	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
39 Ya no tengo miedo de fallar en un asunto en el que debería tener éxito	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
40 Ya no me siento tan inseguro como antes cuando alguien se presenta con mucha confianza en sí mismo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
41 Ya no lucho contra mi mismo	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	

42 Han aumentado mis dificultades para entablar conversación con la gente	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
---	----	----	----	---	----	----	----	--

Por favor comprueba que has contestado a todas las preguntas.
 ¡Por favor no rellenar nada aquí!

Total pag. 2

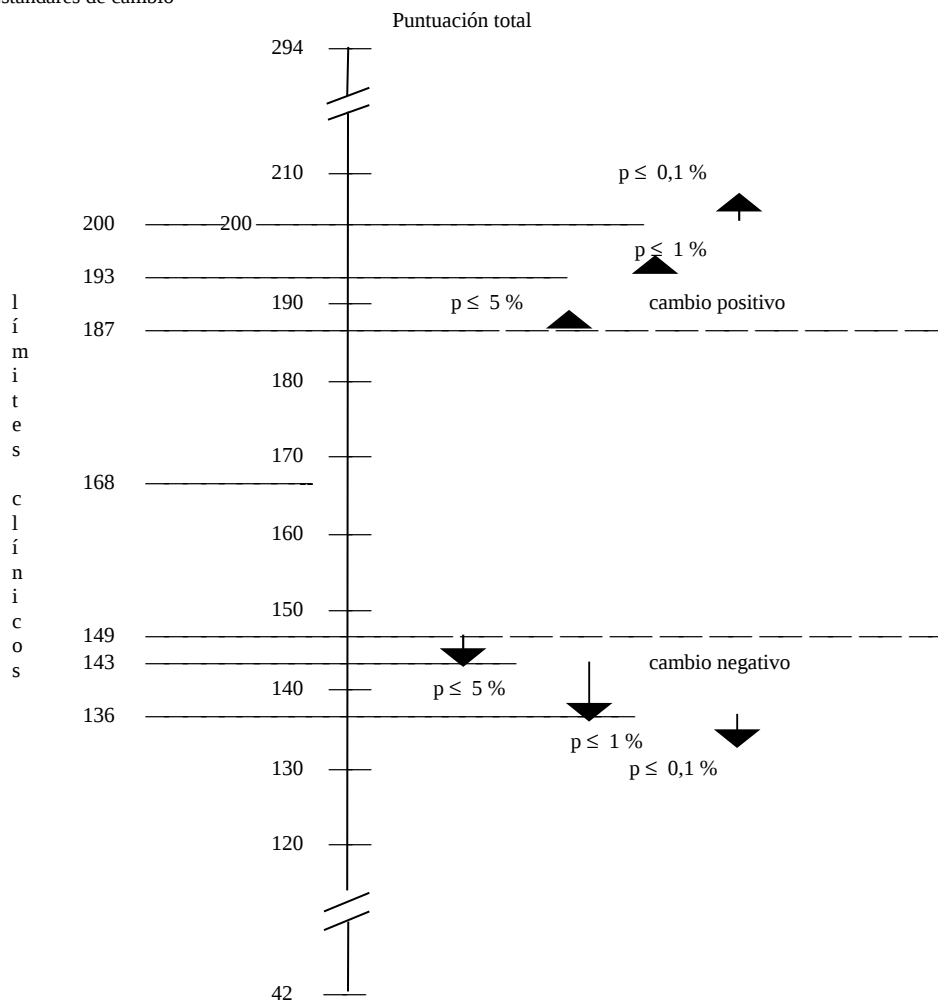
Evaluación

trasladar : total pag. 1

Total pag. 2

Puntuación total

Estándares de cambio



Datos clínicos

Terapeuta: _____

Período de tiempo evaluado: _____

Comienzo: (fecha)

final: (fecha)

Medidas terapéuticas: _____

Eventos extraordinarios durante el período: _____

Evaluador: _____