

AlbertoClavijoPortieles

CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA

AlbertoClavijoPortieles

CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA



**CRISIS,
FAMILIA
Y PSICOTERAPIA**

CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA

ALBERTO CLAVIJO PORTIELES



La Habana, 2002

CIP- Editorial Ciencias Médicas
Clavijo Portieles, Alberto

Crisis, Familia y Psicoterapia
La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002
380 p.

Incluye Índice General. Bibliografía al final de la obra
La obra está dividida en tres secciones
ISBN: 959-7132-71-0

1. INTERVENCIÓN EN LA CRISIS/métodos
2. PSICOTERAPIA 3. ESTRÉS PSICOLÓGICO
4. SALUD DE LA FAMILIA

WM105

Edición: Lic. Haydeé Alfonso Dreke
Diseño: Manuel Izquierdo Castañeda
Emplane: Alette García Siegfriedová

© Alberto Clavijo Portieles, 2002
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2002

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle E No. 452 e/ 19 y 21,
El Vedado, Ciudad de La Habana, 10400, Cuba
Correo electrónico: cnicm@infomed.sld.cu
Fax: 333063. Télex: 0511202
Teléfonos: 325338, 324519 y 324579

A la memoria del profesor
José Ángel Bustamante O'Leary

PREFACIO

Hace años que teníamos el propósito de escribir este libro. Era una deuda pendiente con el profesor Bustamante. Los que fuimos sus discípulos teníamos el compromiso de completar su obra, interrumpida por la muerte cuando intentaba dejar sentadas las bases de la Escuela Cubana de Psicoterapia, lo que fue su sueño y el fruto principal de su obra fundadora.

Hiram Castro-López Ginard, mi condiscípulo y, sin lugar a dudas, quien de nosotros siguió más de cerca los pasos de nuestro maestro, dejó trunca con su prematura desaparición, la empresa de continuar desarrollando los principios y modalidades técnicas que caracterizan nuestro modo, cubano, de hacer la psicoterapia.

Influidos por corrientes filosóficas, psicológicas y psiquiátricas antagónicas provenientes del Occidente y el Oriente, nos vimos compulsados por la historia y nuestro modo de vivir y pensar, a la síntesis creadora. Eso pretendieron Bustamante e Hiram; los que les sobrevivimos, sentimos de repente incrementarse el compromiso de escribir lo que veníamos haciendo y que ellos no tuvieron tiempo de dejar suficientemente elaborado.

Vime entonces en situación de dedicarme a redactar lo que de Bustamante y el pensamiento cubano he aprendido, siempre abierto a cualquier aporte del saber universal que se pueda incorporar. Formados al fuego de la polémica y el choque de las ideas, no nos ha quedado otro remedio a los terapeutas cubanos que pensar con nuestra propia cabeza: he aquí la razón principal de esta obra.

A su vez, inmersos en un sistema de salud que descansa en el modelo de Medicina Familiar, era menester que abordásemos el

tema de la familia y su consideración en el contexto de dicho modelo desde el ángulo de su atención psicológica. La familia es un sistema y como tal, debemos lograr que nuestros profesionales de la salud la conciben e interactúen con ella en su tridimensionalidad biopsicosocial.

Por otra parte, la necesidad de justipreciar el papel del estrés y de la crisis en la vida contemporánea y de resaltar la forma activa, incisiva e interdisciplinaria de intervenir sobre todas las facetas del individuo, la familia y la comunidad en nuestra concepción de la psicoterapia, nos incitó a incursionar en la teoría del estrés y de la crisis, en su relación con la salud, la enfermedad mental, la familia y la psicoterapia.

La tríada crisis, familia y psicoterapia, unida por una estrecha lógica interna, constituye el hilo conductor de las páginas que siguen, destinadas a los psiquiatras, psicólogos y médicos de la familia interesados en conocer un enfoque sistémico-integrativo para evaluar y atender la salud mental familiar, y una manera original de concebir las neurosis, la actividad inconsciente y la psicoterapia.

Unos y otros hallarán en esta obra una extensa fundamentación del papel central que cumple la actitud en la psiquis humana, en salud y enfermedad, así como del rol que a su análisis y modificación le corresponde en las modalidades de terapia trabajadas por el autor en sus distintos capítulos.

Lo especializado de estos temas no resta interés para el lector no profesional, toda vez que su universalidad los pone al alcance de quienes se motivan por la conflictualidad interior del hombre, los resortes del funcionamiento de la familia en estos tiempos difíciles y las perspectivas reales de cambio personal, accesibles cuando nos debatimos en crisis.

Como son estas, temáticas del mayor valor profesional y humano, les invitamos a reflexionar sobre ellas a lo largo de estas páginas.

Dr. Alberto Clavijo Portieles

ÍNDICE GENERAL

Sección primera: Crisis

Capítulo 1. Crisis, necesidad y estrés/ 15

- 1.1 Las necesidades humanas/ 15
- 1.2 Las necesidades y el estrés/ 24
- 1.3 Los afectos de emergencia/ 26
- 1.4 Necesidad y actitud/28
- 1.5 Amenaza, angustia y sistema límbico/ 31
- 1.6 Mecanismos de enfrentamiento al estrés/ 39
- 1.7 Amenaza, afrontamiento y relación interpersonal/ 60
- 1.8 La crisis y el estrés/ 64
- 1.9 Madurez y salud mental/ 65

Capítulo 2. Crisis y enfermedad: trastornos psiquiátricos por claudicación ante el estrés/ 68

- 2.1 Niveles de estrés y claudicación morbosa/ 68
- 2.2 Clasificación de los trastornos por claudicación ante el estrés/ 71

Capítulo 3. Crisis y psicoterapia/ 85

- 3.1 Intervención en crisis/ 85
- 3.2 Estrés y psicoterapia/ 89
- 3.3 Intervención y familia/ 91

Sección segunda: Familia

Capítulo 4. Lo sistémico y lo reproductivo en el concepto de familia/95

- 4.1 Familia y sociedad/ 95
- 4.2 Funciones de la familia/ 102
- 4.3 Ciclo de desarrollo de la familia/ 104
- 4.4 La familia y los sistemas integradores de la personalidad/ 108

- 4.5 Actitudes familiares y rasgos del carácter/ 112
- 4.6 Los organizadores del funcionamiento familiar/ 113

Capítulo 5. Crisis y salud familiar/ 119

- 5.1 Las crisis familiares/ 119
- 5.2 Crisis relacionadas con el ciclo vital de la familia/ 119
- 5.3 Crisis propias de la familia no relacionadas con el ciclo vital/ 120
- 5.4 Crisis por problemas externos a la familia pero que repercuten sobre ella (crisis de situación)/ 122
- 5.5 Agresión y respuesta en el seno familiar/ 123
- 5.6 Salud familiar/ 125
- 5.7 Factores causantes de problemas de salud familiar/ 126
- 5.8 Veinticinco fuentes de tensión familiar/ 128

Capítulo 6. Funcionalidad y trastorno familiar/ 130

- 6.1 Efectividad funcional familiar: funcionalidad y disfuncionalidad/ 130
- 6.2 Requisitos de la funcionalidad familiar/ 130
- 6.3 Disfuncionalidad familiar y enfermedad/ 131
- 6.4 Funcionalidad de los roles parentales y tendencias al desarrollo en la personalidad/ 132
- 6.5 Tendencias a la desviación del desarrollo de la personalidad y ambiente familiar/ 137
- 6.6 Trastornos de las funciones familiares/ 141

Capítulo 7. Salud mental familiar/ 146

- 7.1 Salud mental familiar. Sus elementos/ 146
- 7.2 Estructura familiar/ 146
- 7.3 Organización familiar/ 147
- 7.4 Categorías relacionadas con la estructura, organización y funcionalidad familiar/ 148
- 7.5 Psicodinamia familiar/ 149
- 7.6 Categorías de la psicodinamia familiar/ 150
- 7.7 Otras categorías asociadas/ 169
- 7.8 Integridad ecológica de la familia/ 172
- 7.9 Integridad semántica de la familia/ 173
- 7.10 Defectos en la estructura, funcionamiento, integración ecológica, semántica y dinámica/ 174

Sección tercera: Psicoterapia

Capítulo 8. Psicoterapia. Generalidades/ 179

- 8.1 Concepto/ 179

- 8.2 Mecanismos de la psicoterapia/ 187
- 8.3 Clasificación/ 191
- 8.4 Recursos, estrategias y métodos en psicoterapia/ 193
- 8.5 Recursos técnicos disponibles en psicoterapia/ 194
- 8.6 Comunicación y psicoterapia/ 230

Capítulo 9. La escuela cubana de psicoterapia/ 236

- 9.1 Introducción/ 236
- 9.2 Psicoterapia concreta de actitudes/ 239
- 9.3 Modalidades de la psicoterapia de actitudes/ 239

Capítulo 10. Psicoterapia concreta (profunda) de actitudes/ 241

- 10.1 Concepto/ 241
- 10.2 Consideración de los fenómenos psíquicos inconscientes en la terapia concreta (profunda)de actitudes/ 242
- 10.3 Otras consideraciones generales de interés/ 245
- 10.4 Técnica de la psicoterapia concreta de actitudes/ 248

Capítulo 11. Psicoterapia concreta (breve) de actitudes/ 281

- 11.1 Introducción/ 281
- 11.2 Objetivos/ 282
- 11.3 Técnica de la psicoterapia breve de actitudes/ 282

Capítulo 12. Psicoterapia concreta (grupal) de actitudes/ 294

- 12.1 Concepto/ 294
- 12.2 Objetivos/ 294
- 12.3 Organización del grupo/ 295
- 12.4 Mecanismos del grupo/ 297
- 12.5 Técnica de la psicoterapia grupal de actitudes/ 310
- 12.6 Funciones y características que debe reunir el terapeuta grupal/ 328
- 12.7 Lo que no se debe hacer en psicoterapia grupal/ 330

Capítulo 13. Psicoterapia familiar/ 332

- 13.1 Introducción/ 332
- 13.2 Concepto/ 334
- 13.3 Clasificación/ 334
- 13.4 Principales aportes que nos llegan del campo de la psicoterapia familiar contemporánea/ 336
- 13.5 Hacia una psicoterapia familiar integral/ 342

- 13.6 Psicoterapia familiar de actitudes/ 343
- 13.7 Técnica de la psicoterapia familiar de actitudes/ 345
- 13.8 Fases de la psicoterapia familiar de actitudes/ 367
- 13.9 Comentarios finales/ 369

Bibliografía/ 371

SECCIÓN PRIMERA: CRISIS

Capítulo 1

CRISIS, NECESIDAD Y ESTRÉS

1.1 LAS NECESIDADES HUMANAS

La conducta del hombre es demasiado compleja para que su determinación pueda ser reducida a una causa única, cual el instinto, la voluntad o las fuerzas ciegas de la necesidad, tal como a lo largo de la historia muchos han pretendido. Creo que la humanidad merece –también en la ciencia– rebasar la etapa de los dogmas y adentrarse por derroteros más abiertos.

Con el medioevo quedó atrás la escolástica y se puso en crisis la concepción metafísica del mundo. Pero la modernidad trajo consigo, junto a interrogantes, nuevas creencias. No sólo en el campo de la religión y la filosofía. Con las verdades científicas que han ido abriéndose paso por doquier, han aparecido también nuevos sofismas. En nuestro caso, *Freud* abrió las puertas de la ciencia al sexo, al inconsciente y a la psicoterapia. Nos legó una teoría y muchos aportes sobre esos temas. Pero los acompañó de una cosmovisión abarcadora que devino cuasi-religión: libido, instinto y fuerzas del *Ello* están detrás de la conducta, del síntoma, del arte y de la guerra; del origen de lo humano y lo divino. No condenemos a *Freud* por esto, pues merece respeto y su justa ubicación entre los inmortales. Condenemos nuestro afán de verdades universales, infalibles.

Vinieron luego a imponerse la «fuerza de la voluntad», «el afán de poder», «el miedo a la libertad», «la hostilidad reprimida», «el trauma de nacimiento», «la relación interpersonal» –entre muchos otros conceptos absolutizadores– como demiurgos del devenir humano.

Los «cientistas del comportamiento» se rebelaron, como los ángeles malos al principio de la Creación: a su entender, las *causas* de la conducta estaban en los reflejos condicionados, en el

condicionamiento operante, en las asociaciones y refuerzos del cerebro cognoscente.

Genetistas, biólogos, neurofisiólogos, neurofarmacólogos, entre otros, han buscado en las profundidades del cerebro los más recónditos resortes de la conducta individual. Místicos y espiritualistas proclaman el libre albedrío y la cuasi-divinidad del alma humana, abusando, quizás, de la paciencia de Dios. Por su parte, los deterministas desarrollaron a su tiempo el concepto de necesidad y heme aquí hablando de ella y pretendiendo no caer –ni arrastrar a mis lectores– en la misma trampa que acabo de criticar. ¿Necesidad como fuerza ciega que determina la conducta? No. Con esta negación y puesto sobre aviso el lector, solo puedo pedirle que me siga a lo largo del capítulo y saque conclusiones por sí mismo.

Las ciencias sociales han puesto en evidencia –y pocos lo cuestionan hoy desde posiciones serias– que el hombre refleja a su modo, en su pensar y actuar, el medio sociocultural en que le ha tocado vivir, de manera que se parece más a su tiempo que a sus padres. Pero este reflejo no es mecánico, especular, directo. Sociedad y cultura son «organizadores» de los múltiples motivos que impulsan y orientan la conducta. Como lo son también los instintos. ¿Alguien niega que para pensar hay primero que comer, beber y descansar... y vivir? Los sentimientos humanos, los principios ¿no son también «organizadores» de la conducta individual? La Psicología viene investigando sobre eso hace mucho tiempo. Las investigaciones llevaron a profundizar en conceptos tales como necesidad, actitud, emoción, motivación. La Sociología, la Psicología y la Psiquiatría vienen, cada una desde su óptica, trabajando el comportamiento de los individuos, los grupos, las familias y las colectividades. Mucho se discute sobre esto. Pero amplio es el conocimiento acumulado.

En esta primera parte del texto trataremos, entre otros aspectos, el papel que las ciencias del comportamiento atribuyen a la categoría necesidad y la relación interna entre esta y las emociones, las actitudes y las motivaciones, así como su vínculo con la conducta consciente e inconsciente. Ello nos permitirá acceder a una visión no convencional de la dinámica del comportamiento individual y colectivo, a su relación con el estrés y al concepto de crisis.

Si pensamos que solo la necesidad mueve la conducta, hacemos reduccionismo como el que más. Pero negar que la necesidad impul-

sa a los hombres, las familias y los pueblos a pugnar por su satisfacción, sería desconocer la historia de la humanidad y la propia naturaleza humana. Las necesidades no son solo instintos, privaciones materiales o exigencias «económicas». El hombre tiene necesidades sociales, espirituales, culturales, tan importantes como el más imperioso de sus impulsos biológicos. ¿Acaso un héroe que se inmola por una causa justa no va, incluso, en contra de su propio «instinto de conservación»? Hoy nadie niega esto, al menos en teoría. Pero persisten muchas incongruencias en la práctica: continuamos siguiendo escuelas y profesando dogmas, al tiempo que proclamamos nuestra libertad de pensamiento.

Necesidad es algo importante que nos falta o interesa tener; es un deseo que nos impulsa o la reacción a un estímulo que nos impele a obtener lo que de este modo se nos induce. Puede ser el resultado de una agresión que requiere de una respuesta condigna; un desequilibrio biológico o social que demanda restituir su relativa estabilidad; un motivo que nos subyuga, un impulso innato o adquirido por influencias socioculturales que mueve nuestro comportamiento a lograr su satisfacción.

La necesidad tiene una vertiente biológica, material, de cambios en el organismo que no se estabilizan hasta que se logra la debida satisfacción; una vertiente psicológica, dada por lo que se siente, se evidencia o se desea y una vertiente sociocultural: la forma en que se expresa la necesidad, lo que se hace y cómo se hace para satisfacerla en un medio determinado, en un momento determinado, de un modo determinado y con personas determinadas. Por demás, en el mundo civilizado hasta la más biológica de las necesidades, como el comer o procrear, está mediada por variantes socioculturales que definen los gustos, límites, modalidades, hábitos y costumbres, entre otros valores intrínsecos a la necesidad y su caracterización. Ella estimula y motiva el comportamiento, imprimiéndole direccionalidad y sentido.

Simonov, en un trabajo monumental de obligada revisión para quienes se interesen por el tema, profundiza en el problema metodológico que implica la categoría necesidad para la Psicología.* Junto con *Yershov*, clasifica las necesidades en vitales (biológicas),

* Simonov P. Motivación del cerebro. Ed. Mir, Moscú. 1990.

sociales e ideales y, a su vez, en necesidades de conservación y de desarrollo. Trabajando la interrelación entre ellas, plantea una interesante concepción acerca de la personalidad que no por polémica deja de concitar atención. A estas cinco categorías añade dos suplementarias, que relaciona con el concepto de voluntad y con la «dureza» y «tenacidad» del carácter: necesidades de pertrechamiento y de superación de los obstáculos. De estas primarias o básicas que no son reductibles u homologables a otras, pueden derivarse muchas más, de interés práctico en Pedagogía y en Psicoterapia. Otros autores las clasifican en materiales y espirituales, en naturales (biológicas) y culturales (históricas); de existencia física y de existencia social (*Diliguenski*).

No es propósito nuestro incidir sobre ello ni añadir elementos al debate. A los efectos del trabajo psicoterapéutico, sin que neguemos otras fuentes del comportamiento o pasemos por alto los diferentes matices que la riqueza del concepto puede aportar a la comprensión de la conducta de un hombre concreto, resulta de especial valor hacer referencia a las necesidades sociales, ideales y espirituales del hombre, a las que tanto valor confieren la sociología y la política de los tiempos modernos, y a las que llamaremos, con *Macías* y *Fromm*, «necesidades específicamente humanas». Todas ellas son «organizadores» de la conducta en la medida en que pugnan, cada una a su modo, por su satisfacción en la existencia humana, aunque no negamos, por obvias, aquellas biológicas que compartimos con nuestros antepasados del reino animal; o las materiales o económicas propiamente dichas.

Dar valor a unas sobre otras en un momento determinado, depende de muchas cosas: las circunstancias, los intereses, la presión del grupo, el medio sociocultural; las características individuales, la personalidad, la urgencia de su satisfacción para la vida o la integridad personal; las influencias de familiares y amigos, la educación, las pasiones, deberes, convicciones, gustos; la probabilidad real o imaginaria de su satisfacción, la competencia o conflicto entre ellas, etcétera.

En Psicología y Psiquiatría, como nos movemos en un mundo de emociones y sentimientos, de relaciones interpersonales, de conductas significativas en microgrupos con una dinámica interna cargada de valores y afectos, cobran especial vigencia aquellas que nos distin-

guen del resto del mundo animal, que son consustanciales a la esencia humana.

1.1.1 NECESIDADES DE RELACIÓN-VINCULACIÓN

El hombre necesita relacionarse y vincularse a sus congéneres para vivir y ser tal. Sin relación social no hay pensamiento, ni conciencia lúcida, ni palabra, ni personalidad; ni siquiera supervivencia. De esta necesidad básica se derivan otras que le están interrelacionadas esencialmente: la necesidad de estimulación que tienen los niños, pero que no desaparece, ni con mucho, en los adultos; la necesidad de juegos –los que constituyen un ensayo precoz de roles adultos– y que deriva, a su vez, en necesidades recuperativas de recreación y esparcimiento; la necesidad de comunicación, de intimidad, de iniciativa, de control de los impulsos.

El aislamiento, la soledad, el abandono y la incomunicación constituyen amenazas a esta necesidad de relación-vinculación, que colocan al individuo en estrés y le pueden llevar a situaciones de conflicto y a coyunturas de enfermedad, cuando rebasan el equilibrio y la resistencia de los sistemas defensivos del organismo para manejarse satisfactoriamente con ellos en salud. No hablamos aquí de deseos prohibidos que pueden quebrantar violentamente vínculos y relaciones vitales para el sujeto aunque no hay incongruencia metodológica en hacerlo. Por el momento, destaquemos que no hay vínculo más importante para el ser humano que aquel que necesita y adquiere precozmente en su medio familiar y que mantiene con este a lo largo de toda su vida.

1.1.2 NECESIDADES DE ACEPTACIÓN-PERTENENCIA

¿Puede alguien cuestionar la importancia de ser aceptado por sus padres y otros seres queridos, por su grupo de amigos, en su medio laboral y sociocultural? ¿No es un paria aquel que no «pertenece» a un grupo, una familia, a la tierra que le vio nacer, al medio que le protegió y educó? ¿No se paga un alto precio psicológico y moral cuando no se tiene, o se pierde, el sentido de pertenencia? ¿Y sus

necesidades derivadas: de afecto, atención, apoyo, seguridad personal, confianza, protección, aprobación y simpatía? ¿No ponen en peligro y amenazan la satisfacción de estas necesidades –real o simbólicamente– el sentimiento de rechazo, el abandono, la hostilidad, el desarraigo, la desconfianza y la antipatía, cuando provienen estos de personas significativas para el sujeto? En un mundo de violencia y competitividad, de indiferencia e inseguridad, múltiples son los factores estresantes que pueden ponernos en crisis y que se hacen más graves cuando provienen directa o indirectamente del medio familiar.

1.1.3 NECESIDADES DE IDENTIDAD-INDIVIDUALIDAD

Pocos hay a quienes gusta que les alteren el nombre o escriban mal sus apellidos. En la intimidad, las parejas se identifican por mimos exclusivos. Suelen molestarnos los apodos y nos estigmatizan los «alias». Por otra parte, todos queremos ocupar nuestro espacio en sociedad, tener lo nuestro y que, como sujetos individuales y con intereses propios, se nos identifique y respete, sin negar el valor de la solidaridad y los sentimientos colectivos, pero con la necesaria fortaleza e independencia del yo. Este surge en el medio familiar y se afina como parte esencial de la imagen de sí mismo. De esta necesidad de identidad e individualidad se derivan las de autonomía, independencia, libertad, autoridad, propiedad personal –entre otras– y son muy caras a la persona por ser consustanciales al surgimiento mismo de la personalidad, de nuestra propia condición de seres irrepetibles en el universo.

¿Cuánto de amenaza a estas necesidades y cuánto estrés no ocasionan las situaciones de dependencia y sumisión, la coacción a nuestra libertad y autonomía, el olvido por parte de los seres queridos, el desconocimiento acerca de lo que creemos merecer, el dominio o hipercontrol de nuestros actos y elecciones, la atmósfera de rigidez, de mediocridad, las situaciones de anomia u orfandad moral? Crisis como las de la adolescencia, la emigración, el traslado a grandes ciudades, la alienación laboral en determinadas condiciones productivas, aparecen relacionadas con esta problemática, como tendremos oportunidad de considerar más adelante.

1.1.4 NECESIDADES DE UN MARCO DE REFERENCIA Y DE UN SISTEMA DE VALORES

Junto a necesidades *para sí*, la persona siente necesidades *para los otros*, las cuales son reflejo de su existencia social, de la condición inherente a la especie humana de necesitar de los demás para existir, de no poder sobrevivir sin la cooperación de otros. Hay, pues, necesidades gregarias, de solidaridad, de humanidad que, de no cristalizar y canalizarse adecuadamente, «petrifican» el corazón del hombre y lo llevan a transformar el necesario amor por el odio y la violencia, males ancestrales que tanto daño han causado a las personas y a los pueblos pero que, también, perjudican significativamente a quien los experimenta. Aquí entramos a considerar, en medida mayor, las llamadas *necesidades ideales* que, a partir del reflejo de orientación presente ya en nuestro remoto pasado animal –pasando por la necesidad de información que para su existencia requiere toda especie con la finalidad de poder ajustarse a los cambios y satisfacer sus requerimientos vitales–, adquiere en la especie humana calidad nueva tras el advenimiento de la palabra, la escritura y las inquietudes intelectuales a ellas asociadas.

La información es una necesidad vital de primer orden: desde la información de los parámetros fisiológicos que monitorea el SNC, hasta la sofisticada información científico-técnica que nos permite transformar el mundo, crear sustancias e, incluso, necesidades nuevas, en una espiral infinita de perfeccionamiento y desarrollo que no se sabe hasta donde llegará en los próximos milenios. Estas necesidades abarcan el conocimiento del mundo, de sí, de los otros y del destino de la existencia; las necesidades de un sistema de sentimientos, valores y convicciones que, internalizados, operen como reguladores e incentivadores de la conducta individual; de un sentido del bien y del mal, de lo justo y lo injusto, de lo deseable y lo prohibido. Una brújula moral y una guía en la vida que nos lleven de la mano, con intereses propios, por un universo compartido. Entre ellas se incluyen necesidades cognoscitivas, afectivas y conativas, porque partiendo de la necesidad de economía de fuerzas, pasando por las de pertrechamiento y superación de obstáculos y terminando por las de conservación y desarrollo, el hombre necesita actuar, ejercitar y desarrollar habilidades, transformar a su conveniencia el mundo en que vivimos. Eso no solo se logra con pensar y

sentir: hay que actuar y retroalimentar la conducta, ajustándola progresivamente a las posibilidades de satisfacer requerimientos. Una madre siente la necesidad de dar amor a sus hijos, no solo de recibirlo de estos. Es un placer servir a un amigo, acariciar a un niño, proteger a un animalito indefenso, ayudar a un desvalido. Hombres hay —y no pocos— que arriesgan desinteresadamente sus vidas por ayudar a otros pueblos en desgracia. La satisfacción de esa necesidad *para los otros* hace hermosas profesiones como la del médico, la enfermera, la monjita o el misionero, que no constituyen simples medios de vida.

Por otra parte, la persona experimenta la exigencia interna de seguir las normas de una sociedad y una ideología determinadas; esta necesidad «normaliza» las demandas y modos de satisfacción de las restantes (vitales, sociales, espirituales), dentro de las reglas y parámetros establecidos por la sociedad y la cultura que las promueve y justifica. Interesa destacar cuánto de amenaza a las necesidades antedichas, cuánto estrés, cuánta angustia y daño a la salud mental están asociados al desengaño, la traición, la cobardía, a la pérdida o extravío moral, al hastío, la frustración, la duda y confusión acerca de los valores sustentados; a la marginación, el desarraigo, la ambigüedad, la temeridad, el disgusto, la desmotivación y la alienación personal acerca del sentido y significado social de la existencia. Los psiquiatras sabemos que la problemática del suicidio no es ajena al *tedium vitae* ni este a la pérdida del *leit motiv* o sentido de la vida personal, en numerosas circunstancias.

1.1.5 NECESIDADES DE PRESTIGIO Y TRASCENDENCIA

Cada categoría de necesidades progresivamente complejas que hemos venido abordando descansa, de algún modo, en las anteriores, como si el análisis de aquellas nos abriera el camino a su comprensión, por las vías de la lógica.

Como todo ser vivo, nacemos para continuadores de un proceso ilimitado que nos antecede y nos sucede en un *continuum* que, visto en lontananza, tiende de algún modo al desarrollo, a pesar de retrocesos y descalabros transitorios que, por nuestro carácter finito, a veces nos hacen perder esa perspectiva de continuidad e infinitud del universo. Creencias aparte sobre el origen y el fin de la realidad co-

nocida, en ciencia hablamos de millones y millones de años-luz y, aun aquellos que no creen en la infinitud de la materia, creen en la eternidad de un Creador.

Todo este razonamiento inicial nos lleva a fundamentar que hay fuerzas que mueven desde adentro al hombre –compulsado de algún modo desde afuera, sin abrir el debate sobre si es el movimiento de la materia organizada al nivel social o es la voluntad de Dios– y que le llevan a vivenciar con fuerza la necesidad de trascender, de continuar una misión que de alguna forma se le encomendó, de cumplir un compromiso con la humanidad, de aportar su contribución y dejar su simiente en lo material y lo espiritual, pues ambas dimensiones caracterizan al hombre.

Nadie discute que amamos a nuestros hijos y queremos continuarnos en ellos. Que por grandes defectos que tengamos, necesitamos aparecer como buenas personas ante ellos; a sabiendas, en ocasiones, de que no lo merecemos. Cuando somos sanos mentalmente, necesitamos prestigio y respeto por parte de nuestros semejantes; ser aprobados por nuestros padres, amigos y educadores; bien vistos por nuestro grupo de coetáneos. Necesitamos de satisfacción personal, autoestima y de realización individual, las cuales se materializan en nuestras obras, en nuestra creación material y estética, en lo artístico, en lo ético, en lo altruista y solidario de nuestras acciones; en el éxito profesional y social, en la adquisición y conservación de un *status* consecuente con el adecuado ejercicio de los roles personales y sociales que la familia y la comunidad nos demandan y que a su tiempo internalizamos como requerimientos propios.

Trascendencia, realización, libertad expresiva y personal, creación cultural, producción espiritual, son términos que acuñan lingüísticamente estas necesidades, donde se incluyen las de desarrollo, dignidad personal, alta valoración propia y ajena, consideración y reconocimiento a nuestros méritos; la necesidad de ser útiles, de que nos recuerden, de dejar algo cuando ya no estemos que justifique nuestro paso por el mundo; el haber pagado de algún modo la deuda con los nuestros: ese es el sentido práctico de la trascendencia y el respeto propio a que aludimos.

No pretendo agotar el tema de la necesidad, ni son las hasta ahora señaladas las únicas que impulsan al hombre y operan como «organizadores», motivan su conducta e influyen en sus decisiones.

Incluimos un grupo de las más importantes, teniendo bien claro, como decíamos, que su importancia depende del individuo y sus circunstancias y no de determinantes aplicables a todos y en todas las condiciones. Apreciarlas con flexibilidad y saberlas identificar es un requisito indispensable para el modelo de psicoterapia que propugnamos.

1.2 LAS NECESIDADES Y EL ESTRÉS

El concepto de estrés fue introducido en 1936 por *Hans Selye* en Montreal, en la universidad McGill, aludiendo a las respuestas inespecíficas que, buscando adaptación, brindaba el organismo a través de sus sistemas nervioso, endocrino-metabólico e inmunológico, involucrando los más diversos aparatos y sistemas del cuerpo humano mediante cambios necesarios para la defensa y para mantener el equilibrio vital cuando, por alguna razón, este era afectado por un agente agresor. A estos cambios inespecíficos y generales, comunes en su criterio para los diversos estresores, les llamó *síndrome general de adaptación*. Otros autores como *Cannon* trabajaron profundamente el tema, cuya introducción en las ciencias médicas ha tenido consecuencias trascendentes.

Este concepto se ha ido enriqueciendo con los años. Múltiples han sido y son sus acepciones. Del enfoque eminentemente biológico y defensivo inicial –y de su inespecificidad– ha devenido biopsicosocial en su esencia, con un criterio integral de adaptación que implica no solo lo defensivo sino también lo creativo y transformador; la inespecificidad, sin perder lo general ha dejado espacio a especificidades cuantitativas y cualitativas en la respuesta, en consonancia con la índole del estresor, el individuo y las circunstancias. Hay quienes identifican el estrés con las circunstancias estresantes, con el agente agresor y nos hablan de tipos de estrés. No voy a entrar en tales discusiones, que poseen profusa bibliografía. Me limitaré a considerar como estrés los cambios que se producen en el sujeto –biológicos, psicológicos, socioconductuales– cuando la persona toma información, por sus vías sensoriales, de que tiene una necesidad de importancia suficiente como para ser considerada y que requiere la adopción de modificaciones o ajustes en su comportamiento –interno y/o externo– para dar satisfacción a esa necesidad. Registrada

esta, inconsciente o conscientemente, tenderá a interactuar con ella para satisfacerla o manejarla de acuerdo con sus posibilidades, recursos, circunstancias y experiencias previas.

No es imprescindible que aparezca una carencia para que surja, con la necesidad, el estrés. El medio ambiente natural o sociocultural puede estimular o «motivar» una necesidad y, de hecho, el estrés que presupone lidiar con ella hasta satisfacerla u olvidarla.

La frustración de una necesidad acrecienta los niveles de estrés, con la aparición de emociones negativas de emergencia –como la tristeza, la ira o el temor– cuando esta es importante para el sistema de valores o los requerimientos del sujeto. Es más, la sola amenaza de que se frustre o insatisfaga una necesidad significativa incrementa el estrés y puede provocar ansiedad, cual señal de alarma ante el peligro inminente y como detonador de mecanismos de evitación ante el incremento de los niveles de estrés que, en marea montante, crecen en la medida que se aproxima en el tiempo y el espacio la inminencia de su insatisfacción.

La predicción consciente o inconsciente –de acuerdo con la experiencia previa– de la probabilidad de insatisfacción de una necesidad puede poner al sujeto en situación de angustia, por incremento excesivo en el nivel de estrés, cuando esta necesidad tiene que competir con otra significativa también para el individuo, pero la eventual satisfacción de ambas se hace incompatible por su sentido antagónico (por ejemplo, un conflicto incestuoso); o cuando la persona sabe cómo satisfacer la necesidad y, siendo esta realmente importante para ella, no cuenta con recursos necesarios y suficientes para hacerlo (por ejemplo, una madre sabe que una operación cardíaca puede salvar la vida de su hijo pero no logra conseguir los recursos financieros para operarlo).

Hemos descrito algunos mecanismos precisados por *Símonov* que evidencian cómo en la medida en que aumenta la urgencia de una necesidad o se pone en peligro la probabilidad de su satisfacción, mayor será la intensidad del estrés; siempre, a su vez, en correspondencia con la importancia que tenga para los intereses reales o sentidos del sujeto. Porque vale aquí también aquello planteado ha mucho por *Montaigne* y repetido de diferentes maneras por innumerables autores: el hombre no es afectado tanto por lo que sucede sino, fundamentalmente, por el significado que para él tiene aquello que sucede, en función de sus intereses y motivaciones.

1.3 LOS AFECTOS DE EMERGENCIA

En el proceso de satisfacción o no de una necesidad, en dependencia de la calidad y magnitud de su significación para el sujeto y de la probabilidad de su satisfacción, valorada inconscientemente sobre la base de las actitudes determinadas por las experiencias previas y las circunstancias presentes, aparecen los afectos de emergencia. Ellos constituyen la expresión vivencial de la posibilidad de que sea satisfecha la necesidad en cuestión por parte del sujeto. Estos afectos reflejan la forma en que la persona valora inconscientemente sus intereses en relación con lo que está sucediendo. Son parte de la reacción integral de estrés como respuesta a motivaciones y demandas significativas, internas o externas. La tensión emocional resultante adquiere el carácter de emoción positiva (alegría, bienestar, placer) cuando la posibilidad de satisfacción es alta o esta se obtiene, y el de emoción negativa (tristeza, malestar, ira, angustia o miedo) cuando la posibilidad es baja o la necesidad se ve amenazada, frustrada o insatisfecha.

Como adelantamos en el acápite anterior, la amenaza real o simbólica a la satisfacción de la necesidad es vivenciada como ansiedad y moviliza mecanismos de afrontamiento, de evitación o de defensa, de acuerdo con el caso. Estas son emociones positivas, negativas o de alerta y constituyen afectos intrapersonales de emergencia. En el mismo contexto y de forma simultánea, aparecen los afectos interpersonales de emergencia, o sentimientos interpersonales, los cuales reflejan la actitud positiva o negativa del sujeto hacia las otras personas en relación con su valoración, también en gran parte inconsciente, de la relación de aquellas con el proceso de satisfacción de la necesidad involucrada.

Sentimientos de aprecio, simpatía, amistad, amor y solidaridad promueven actitudes de acercamiento hacia las personas que se vinculan a su satisfacción y, por asociación y extensión, suelen terceros beneficiarse de ello. Tales sentimientos positivos hacia los otros y las actitudes y conductas concurrentes propician retroalimentación del mismo signo por parte de quienes son objeto de ellos. Por otra parte, sentimientos negativos como el reproche y el rencor, el enojo, la envidia, la desconfianza, la susceptibilidad, el odio, la búsqueda de lástima y el chantaje emocional, entre otros, movilizan actitudes y con-

ductas que suelen promover un clima de malestar interpersonal, con retroalimentación del mismo signo por lo que atañe a las respectivas necesidades del otro: círculo vicioso que retroalimenta el estrés en circuito reverberante, moviliza figuraciones grupales de tipo defensivo-agresivo, triangulaciones, fenómenos de sumisión, agresión, evitación, lucha y fuga, lo que en nada favorece las relaciones interpersonales del sujeto ni la satisfacción de sus requerimientos.

Los afectos de emergencia reflejan el significado de los acontecimientos con respecto a las necesidades de la persona. Tienen una vertiente intrapersonal: las manifestaciones objetivas y subjetivas de las emociones, sean estas positivas o negativas, en dependencia del carácter, la intensidad y la probabilidad de su satisfacción. Y una vertiente interpersonal, dada por conductas que son expresión de sentimientos hacia los otros y que están en relación con la significación que se atribuye o se desplaza a estos, también como consecuencia de la satisfacción de las necesidades y del grado de intensidad que esto adquiere para el individuo.

A mayor incertidumbre, mayor estrés y más ansiedad: esa es la regla. Pero componentes tipológicos del sistema nervioso, la madurez emocional y la fortaleza de carácter, el control de las variables del ambiente, el nivel de información acerca del evento vital relacionado, entre otros factores, influyen en la aparición, intensidad y comportamiento del estrés y de los afectos de emergencia que le están relacionados. No obstante, la circunstancia de que los mecanismos de predicción de la probabilidad operan a un nivel fundamentalmente inconsciente confiere un papel fundamental a los componentes del sistema nervioso y al equilibrio de la personalidad, existiendo una vinculación interna entre la necesidad y la predicción de la probabilidad de su satisfacción, por una parte y los mecanismos adaptativos implícitos en el proceso salud-enfermedad relacionados con el estrés, por la otra.

Por último, al atribuir a las emociones una función reguladora de la respuesta humana a sus necesidades en cuanto medida universal del valor de los estímulos que le competen, estamos en condiciones de interpretar que el refuerzo inmediato a una respuesta no es la satisfacción *per se* de una necesidad, sino la percepción por el sistema nervioso de estímulos emocionalmente positivos o la eliminación de los emocionalmente negativos consecuencia de ello, lo que tiende a consolidar un comportamiento adaptativo en situación de estrés.

1.4 NECESIDAD Y ACTITUD

Allport definió la actitud como un estado mental y neural de disposición organizada a través de la experiencia, que ejerce influencia directriz y dinámica sobre las respuestas del individuo ante objetos o situaciones con las cuales se relaciona.

En *Dialéctica de las actitudes en la personalidad*, luego de un minucioso estudio del problema, *José Ramón Ponce Solazábal*, define las actitudes como «la disposición de carácter orientador que adopta el individuo como respuesta a los objetos de la realidad, en una interacción dialéctica con los mismos que está determinada integralmente por la situación existente y la experiencia anterior; esta disposición se fija en el psiquismo, actuando sobre las posteriores reacciones, y puede ser traducida o no en conducta».

Por su parte *Uznadzé*, importante investigador del asunto en la antigua URSS, afirma:

La actitud no puede ser un acto de conciencia del sujeto; ella no es más que el modo, el estado del sujeto entero. Si hay alguna cosa en nosotros que podemos creer que se produce inconscientemente, es la actitud.

De esta absolutización del momento inconsciente del *set* discrepa —a nuestro juicio con toda razón— *Bassin*, quien señala:

Nosotros pensamos que si el *set* resulta ser una cierta organización de una respuesta anterior, no vemos razones lógicas ni prácticas para suponer que ese proceso no pueda ser también consciente. La originalidad cualitativa del *set* resulta en no ser una percepción concreta sino un *modo de ser* del sujeto, una disposición, una inclinación a emocionarse, a percibir o a actuar en determinada forma. Es una categoría psicológica distinta, un factor de conducta emocional, perceptivo o conativo. Pero de esta particularidad no se desprende la imposibilidad de tener conciencia de él. Pensamos, frente a una concepción exclusivamente inconsciente del *set*, que precisamente los diversos grados de claridad de la conciencia de los *sets* determinan en buena medida el papel específico que cumplen como organizadores de la conducta. Estas observaciones críticas en modo alguno anulan lo positivo de la teoría de *Uznadzé*.

Esta original controversia entre los dos principales estudiosos de la problemática del inconsciente desde el punto de vista del mate-

rialismo dialéctico, pone sobre el tapete el problema de la relación conciencia-actividad psíquica inconsciente y el papel que juega en ello la actitud. Baste por el momento destacar que ambos demuestran experimentalmente la existencia y papel de los fenómenos psíquicos inconscientes, y su relación con el procesamiento de la información en la personalidad y la conducta humana; y, a su vez, que la actitud –o dicho exactamente, la *uztanovka* o *set*– asume el papel determinante en el conjunto de fenómenos dinámicos que constituyen la actividad psíquica inconsciente del sujeto, con un *substratum* neurofisiológico en su actividad y un carácter reflectivo-social en su esencia, contenido y determinación, que le confieren importancia de primer orden en el desenvolvimiento del psiquismo.

Hecha esta referencia al tema de la actitud, que necesariamente incluye la alusión a la *uztanovka* o *set* –sistema de disposiciones o actitudes mantenidas hacia la situación general por el sujeto en un momento dado y no la disposición concreta hacia un aspecto particular de la situación, o actitud propiamente dicha– abordaremos el tema objeto del acápite: la relación entre la necesidad y la actitud y, por ende, del sistema de necesidades del sujeto con el sistema de actitudes o *set* actitudinal que caracteriza su modo de ser y reaccionar.

La actitud predispone a una respuesta en lo emocional, lo perceptivo, lo conductual, a interpretar la realidad y pensar de un modo determinado y típico para el individuo en esas circunstancias, de acuerdo con su experiencia anterior y con las características congénitas y precozmente adquiridas de su sistema nervioso.

Es un estado funcional específico de ese sistema nervioso que se «pone a punto» ante determinados significados previamente codificados que identifica, predice o imagina, de acuerdo con lo específico de un contexto que reproduce a su modo las experiencias anteriores que fijaron en su sistema nervioso ese «modo de reaccionar ante eso» que lo hace característico y que influye en todas las experiencias psíquicas posteriores, confiriendo una direccionalidad, un carácter *sui generis* para ese individuo y para ese tipo de situación a cualesquiera de los fenómenos psíquicos que pasen a formar parte de esa experiencia.

Estas actitudes no se estimulan al azar, aparecen como modo particular de estar dispuestos a reaccionar ante una necesidad o conjunto de ellas asociadas al objeto y que, por su intensidad y calidad lo-

gran activar dicho estado funcional. Es precisamente la necesidad o sistema de necesidades que está detrás del objeto lo que logra movilizar el *set* que corresponde poner en acción para ordenar, regular, modular y encauzar la información que se recibe en el proceso para la toma de decisión ante las demandas. Demandas que pueden desencadenar en el individuo una situación de estrés, acorde a las exigencias del equilibrio interno o la adaptación externa.

Si la conciencia racional no pauta otra cosa, se decide según la actitud. Cuando la conciencia y la actitud se contradicen, el sujeto experimenta la disonancia en forma de ansiedad, que puede ser mayor o menor en dependencia del nivel de seguridad personal y estabilidad de la personalidad en cuestión y, por supuesto, de la índole de las necesidades y el encuadre o significado implicados.

Esta dialéctica necesidad-actitud pasa por la percepción del evento, su interpretación, la respuesta emocional ante este, así como por su lógica consecuencia: los cambios internos y los ajustes conductuales que se asumen en el intento por satisfacer los requerimientos presentes en las condiciones de estrés que determina la situación experiencial en que se procesa la información.

Uznadzé puntualizó que de la infinitud de estímulos que llegan al individuo únicamente determinan actitudes aquellos que afectan su sistema de necesidades, es decir, que según la relación existente entre el objeto y la motivación, se movilizará o no la actitud. Para él, la actitud hacia el objeto «posee como núcleo central la necesidad que tiene en su base».

Ponce Solazábal, en la obra mencionada, precisa:

Sólo al interactuar la información con la psiquis, al tener lugar los estados afectivos y ponerse en juego necesidades relacionadas con el objeto, es que se hace consciente la actitud... en su estructura psicológica encontramos a todos los procesos psíquicos como el aspecto funcional y principal en la reacción actitudinal... si las sensaciones no se constituyeron como imagen portadora del objeto que satisface la necesidad, no habrá actitud.

He revisado brevemente algunos aspectos conceptuales que resultan imprescindibles para comprender la conexión interna que presentan las categorías necesidad y actitud en el proceso de enfrentamiento al estrés y en las reacciones adaptativas que este provoca. Metodológicamente hablando, ellas son fundamentales para un ma-

nejo psicoterapéutico que no parta de especulaciones preconcebidas sino de premisas científicas que son puestas a prueba en la situación terapéutica.

Por otra parte, debo añadir que la actitud tiene un carácter activo, lo cual posibilita en determinadas circunstancias del estado de funcionamiento del SNC, que pueda determinar por sí misma comportamientos, percepciones, sentimientos o interpretaciones de la realidad no estimulados inmediatamente por la necesidad y aun en contra de los propios intereses, como ocurre, entre otros, en estados paranoides, obsesivos y fóbicos –casos típicos de enfermedad– pero que acompañan también las formas características de ser y hacer de las personas normales.

Muchas veces la relación de la actitud con la necesidad aparece muy distante o parece no encontrarse. En esos casos, la predisposición genética o la influencia directa del medio por reforzamientos sucesivos de una respuesta, condicionamientos, aprendizaje por imitación, entre otros factores, pueden darnos la clave del comportamiento estereotipado. El ser humano responde a la necesidad, pero no es su esclavo. La actitud es una formación biológica al tiempo que social-internalizada; la conciencia del hombre la subordina y utiliza a manera de *software* portador de su código de comunicación social.

1.5 AMENAZA, ANGUSTIA Y SISTEMA LÍMBICO

Uno de los errores metodológicos fundamentales en que han incurrido distintas escuelas de psicoterapia es olvidar el *substratum* material del fenómeno psicológico: el cerebro humano. Como también han olvidado el carácter social interno del psiquismo y, con ello, la importancia de lo social en la determinación del comportamiento, lo cual explica muchas cosas que olvidan a menudo los psicodinamistas y biólogos a ultranza. El enfoque sistémico ha de ser capaz de integrar lo biológico, lo psicológico y lo social en la síntesis de todo ello, que es la conciencia personal.

Nos interesa abordar, a grandes rasgos, el papel que alrededor de la actividad psíquica inconsciente corresponde a las estructuras cerebrales especializadas en la regulación y el control de la vida emocio-

nal, el procesamiento de la información, la predicción de las probabilidades en juego para la toma de decisión y el funcionamiento y utilización de la memoria. Recomendamos las obras especializadas que acerca de esta temática nos han legado autores como *Bassin*, *Khannanashvili* y *Símonov*, entre otros. Baste sintetizar que es función del sistema límbico y de las diversas estructuras que lo componen, posibilitar el control emocional y sus diversas manifestaciones psicológicas y corporales, servir de soporte al manejo de la información, a los mecanismos de la memoria y de la toma de decisión. La vivencia afectiva, el impulso a la satisfacción de las necesidades, la organización de la respuesta emocional, la vida instintiva y la motivación de la conducta les son inherentes.

Puede afirmarse, con *Bassin*, que los fenómenos psíquicos inconscientes, responsabilizados con el procesamiento, regulación, almacenamiento, control y utilización de la información, tienen un basamento neurofisiológico en la actividad de las estructuras límbicas; y que en ello, los mecanismos de la actitud y su vínculo con la experiencia emocional operan como reguladores y organizadores inconscientes de la conducta, aunque —e insisto en ello— el hombre obtiene de ese reflejo ideal y activo del ser que es su propia conciencia, la guía fundamental que lo orienta y define como dueño y responsable de sus actos. Pero sin perder por ello el sentido de relatividad que tal afirmación puede tener, al saber nosotros que no solo la voluntad y la razón definen la conducta sino que también los impulsos, las pasiones, el influjo del medio, los prejuicios y sus propias contradicciones internas tienen mucho que ver con ello, en las más disímiles circunstancias de su existir.

La vida cotidiana está llena de automatismos en los cuales poco o nada está presente la conciencia racional. Por eso hemos de entender al hombre total, holísticamente, en el sentido y significado de su drama concreto; inmerso en su grupo, en su familia, en sus circunstancias, con sus razones pero también con sus afectos, con sus ideales pero considerando sus intereses, con la libertad de su pensar y elegir, pero junto a las limitaciones de su materialidad, tanto las determinadas por su biología como por su existencia social.

Esta unidad psicofísica encuentra un campo particular de integración en el espacio corporal de las estructuras límbicas, con su correlato de actividad psíquica inconsciente. La actividad material

del sistema nervioso, partiendo de un nivel puramente neurofisiológico, alcanza en su adecuada integración con la realidad interna y externa nivel de actividad psicológica, inconsciente primero y consciente en determinadas circunstancias, por su interacción global con las estructuras corticales. No debemos entender estos procesos de la actitud, la emoción, la memoria o la dialéctica conciencia-actividad inconsciente como fenómenos aislados, producto de la función particular de un órgano o grupo de órganos específicos, sino que hemos de aprehenderlos en su integralidad, en la dinámica global de la contradicción cerebro-sociedad, en el carácter reflejo de los fenómenos psíquicos con relación al medio socioambiental y a las necesidades humanas, en fin, en su movimiento material y en su esencia social.

No podemos subvalorar el papel de las estructuras cerebrales en el sustento material de la actividad psíquica, en el desenvolvimiento de la actividad emocional y en la predicción consciente e inconsciente de la probabilidad de satisfacer necesidades vitales en situaciones concretas del procesamiento de la información. Ni dejar de considerar el trastorno emocional como una perturbación informacional que se asienta en la desincronización de la actividad límbica y que se relaciona con la cantidad y calidad de la información que se debe procesar, los montantes de motivación que esta involucra, así como con la disponibilidad de tiempo para los procesos de toma de decisión, todo lo cual opera acorde a los mecanismos de integración corteza-cerebro emocional que tienen lugar en estas estructuras.

El significado de la información tiene que ver con la memoria y los intereses del sujeto, apreciados a través de su repercusión emocional, en correspondencia con la experiencia previa. Estos mecanismos de valoración emocional que tienen lugar básicamente en las formaciones límbicas, son esenciales a la motivación del comportamiento y operan en forma predominantemente inconsciente.

Lo que pretendemos resaltar es cómo lo inconsciente no ha de ser visto como una «instancia o tópica del psiquismo» sino como actividad psíquica con un *substratum* neurofisiológico asentado en estructuras profundas del cerebro y que es, a su vez, reflejo del medio social, internalizado y automatizado. Como tal, es una actividad material que actúa tanto a nivel prepsicológico como psicológico,

influyendo en el comportamiento, ora como tendencias, impulsos, intuiciones, pulsiones o motivos, ora como automatismos, hábitos o actitudes que están presentes en el comportamiento cotidiano, así como en situaciones excepcionales que obligan a reacciones vitalmente trascendentes, sin mucho tiempo para pensar.

En la dinámica de la relación entre los hemisferios cerebrales y en la actividad específica de cada hemisferio, han de buscarse también –y no sólo en la relación de la corteza con el cerebro interno– los basamentos biológicos de la conducta y la actividad consciente.

Cuando se publique este libro, cualquier afirmación topográfica o cualquier aparente verdad de hoy puede resultar anticuada. Así van de veloces las neurociencias. Pero lo que me interesa destacar, hasta donde sabemos actualmente, es que la correlación psicofísica es ley del psiquismo y que, como tal invariante debe ser considerada. Precisar sus perfiles es tarea de múltiples investigadores, ciencias y períodos temporales. En la medida en que se develen sus misterios, podremos utilizar los conocimientos adquiridos como fundamentación científica de nuestras acciones terapéuticas. Por el momento, nuestro conocimiento del sistema límbico y sus funciones y del papel de los neurotransmisores y citoquinas, por ejemplo, nos permite hacer un uso racional de los psicofármacos y justipreciar el valor de lo emocional para el procesamiento de la información, la toma de decisión y los mecanismos de la memoria. Esto resulta de gran ayuda cuando hacemos uso racional del manejo de la emoción en psicoterapia. Entonces, a tono con lo que analizábamos en anteriores acápite, repasemos brevemente el papel de la amenaza y de la angustia en los mecanismos emocionales que se ponen en juego en las enfermedades del estrés y en su tratamiento de elección: la psicoterapia.

1.5.1 ESTRÉS, ANGUSTIA Y AMENAZA

Cuando el sistema nervioso toma información de una necesidad por satisfacer, surge el estrés. Si la satisfacción se frustra, se vivencian emociones negativas. Pero si, a través de la valoración consciente o inconsciente de la probabilidad de satisfacer una necesidad significativa para el sujeto, éste predice el peligro en que se encuentra de no

poder satisfacerla, surge la ansiedad y, con ella, se ponen en juego los recursos y mecanismos con que cuenta el sujeto para hacer frente a tal peligro, tratando de salvar los escollos, creciéndose ante la dificultad o, simplemente, evadiendo.

Tales mecanismos de afrontamiento dependen de factores como personalidad, experiencia anterior, actitudes, valoración de las circunstancias, significado que se confiere al peligro: la amenaza. Múltiples pueden ser las amenazas, pero su significado y trascendencia tienen que ver directamente con la historia personal y el carácter y racionalidad de las necesidades involucradas.

Violencia, sexo, culpabilidad, inseguridad, necesidad de aprobación, inferioridad, frustración, soledad, poder, miedo a la libertad son, entre otras, categorías que la historia de la Psiquiatría ha puesto en primer plano, cada una a su tiempo, en el núcleo de los conflictos emocionales que afectan y, a su manera, mueven al hombre y acompañan su destino. Ellas devienen factores de agresión en dependencia del significado que se les confiera. Este significado es muy concreto, de acuerdo con el sentido estrictamente personal del drama humano, lo que no le niega el ser reflejo indirecto, a su modo, del drama universal, el cual caracteriza el contexto y confiere direccionalidad al devenir personal.

La amenaza, pues, no es absoluta. Es relativa, históricamente determinada, específica. Por no ser nuestro objeto el desarrollo *in extenso* de los factores que pudiéramos llamar «psicodinámicos», me abstendré de profundizar en mi criterio personal acerca del valor relativo que pudiera concederse a cada una de las citadas amenazas, temática que puede encontrarse en la literatura especializada. Me limitaré a proponer un esquema de la relación amenaza-necesidad a través de un agrupamiento probabilístico, según el tipo de necesidades involucradas (fig. 1.1).

1.5.2 DINÁMICA AMENAZA-NECESIDAD. TIPOS DE AMENAZA

Amenazas a las necesidades de subsistencia y desarrollo como especie biológica

- Inseguridad física.

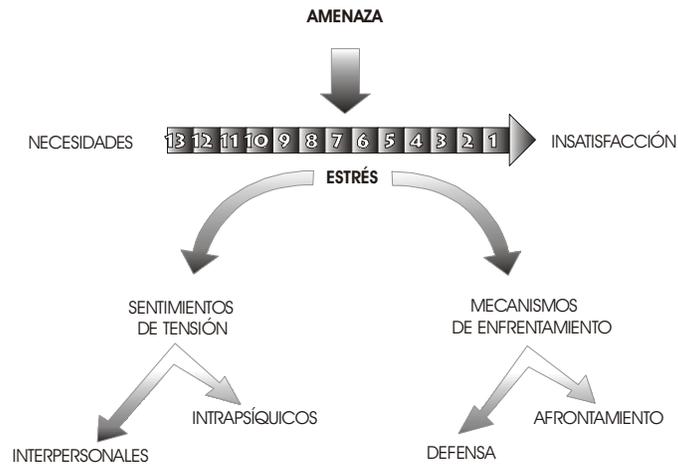


Fig. 1.1. *Esquema de vinculación amenaza-necesidad.*

- Insatisfacción de necesidades biológicas.
- Agresión personal.
- Déficit de estimulación material.
- Déficit de información vital.

Amenazas a las necesidades de relación-vinculación

- Aislamiento.
- Soledad.
- Incomunicación.
- Déficit de placer y recreación.
- Déficit de estimulación social.
- Marginación.

Amenazas a las necesidades de aceptación-pertenencia

- Rechazo.
- Desarraigo.
- Abandono.
- Desconfianza.
- Hostilidad.
- Desamparo.
- Indiferencia.

- Maltrato.
- Antipatía.
- Inseguridad social.
- Falta de apoyo.

Amenazas a las necesidades de identidad-individualidad- independencia

- Olvido.
- Dominio.
- Dependencia.
- Desconocimiento.
- Anomia.
- Extorsión emocional.
- Represión.
- Rigidez.
- Mediocridad.
- Robo.
- Pérdida de poder.

Amenazas a la necesidad de un marco de referencia, orientación y devoción

- Desengaño.
- Hastío.
- Desesperanza.
- Cobardía.
- Alienación.
- Transculturación.
- Traición.
- Sospecha, duda.
- Extravío moral.
- Confusión.
- Frustración.
- Ambigüedad.
- Temeridad.
- Disgusto.

Amenazas a las necesidades de respeto y trascendencia

- Culpa.
- Ofensa.
- Fracaso.
- Desprestigio.
- Desconocimiento.
- Plagio.
- Anonimato.
- Vergüenza.
- Subvaloración.
- Inferioridad.
- Estancamiento.
- Desaprobación.
- Inactividad.
- Inautenticidad.

1.5.3 AMENAZA Y EVENTO VITAL

Considero estamos en condiciones de entender, en primer lugar, el carácter sociohistórico de la amenaza para un sujeto particular. En segundo lugar, cómo la percepción de los acontecimientos significativos en la vida, conocidos como eventos vitales, está en dependencia de la actitud que asume el sujeto ante su valoración de estos, a su personalidad, antecedentes, circunstancias en que se enmarcan, tanto como del contenido objetivo en sí de lo acaecido. Todo ello tiene mucho que ver con el proceso de satisfacción de las necesidades, las emociones que se involucran, la actividad psíquica inconsciente que, a través del conjunto de sus actitudes en relación con ello, confiere un significado específico a la información que se maneja. Esta percepción del evento vital, objetiva o distorsionada, asume a veces el carácter de amenaza a la integridad del yo o de cualquiera de sus necesidades vitales.

La interpretación de la realidad es para el hombre tan importante como la realidad misma y en ella los factores emocionales y de actitud, tanto como los antecedentes existenciales que los hacen posibles, cobran todo su valor. De ahí que la percepción del evento, su

significación como amenaza y las reacciones psicológicas y corporales que esto desencadena –incluidos los mecanismos de afrontamiento y de defensa y su adecuado esclarecimiento y manejo– tengan la mayor importancia en los procedimientos de la psicoterapia.

1.6 MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO AL ESTRÉS

Percibido un evento vital, cada persona tiene una manera peculiar de lidiar con él. En situaciones de estrés, identificada una amenaza, se ponen en juego formas de afrontamiento que resultan típicas para cada individuo, son propias de su estilo personal y tienen que ver tanto con su experiencia anterior, su personalidad y sus actitudes como con la valoración de las circunstancias, el grado de amenaza y el tipo de problemas que confronta. Estos mecanismos están dirigidos a solucionar el problema, actuando sobre él; a modificar el modo de valorarlo, distorsionando su percepción; y a transformar los sentimientos involucrados. Pueden ser adecuados o inadecuados, sanos o patológicos, resolver el conflicto y satisfacer las necesidades o aliviar simplemente sus consecuencias, enmascarando su permanencia.

A los problemas se les puede «entrar de frente», ignorarlos, evadirlos, manejarlos u obsesionarse con ellos. Se puede buscar ayuda o rechazarla. Asumir la responsabilidad o proyectarla en otros. Discutir sobre el asunto o hacer caso omiso. Negociar. Resignarse. Se han descrito tendencias básicas ante un conflicto: atacar, huir, evitar, defenderse, aislarse, ignorar, aparearse, acercarse a la gente, negociar. Es obvio que tras estas tendencias están las actitudes típicas del individuo y fenómenos psíquicos inconscientes que modulan sus reacciones peculiares. Pero también en la forma en que la persona da respuesta a los problemas están presentes el sello de la cultura y las costumbres de su grupo familiar y social y, junto a ello, la razón y la conciencia del sujeto, que alcanzan su más alto grado de lucidez cuando este se encuentra en situaciones de emergencia.

Filogenética y ontogenéticamente hablando, la conciencia y el pensamiento han surgido precisamente como orientadores y reguladores de la conducta adaptativa. Gracias a ellos, el hombre ha sabido

crecerse ante las dificultades e ir transformando en su beneficio la propia naturaleza, encontrando soluciones racionales a los obstáculos que se han ido presentando a través de los tiempos. Ello es válido, a su vez, en la experiencia histórica personal.

Los mecanismos de enfrentamiento, al decir de *Orlandini*, importante estudioso del tema en nuestro medio, «significan los esfuerzos intrapsíquicos y de la acción para controlar, tolerar, reducir o menospreciar las demandas internas o del medio ambiente». Bajo este nombre se incluyen reacciones pautadas genéticamente como las debidas al llamado instinto de conservación: los impulsos a la lucha o a la fuga. También, aquellas aprendidas en su cultura a través de patrones familiares, generacionales, educativos, entre otros, que se transmiten al individuo por imitación o condicionamiento, activa o pasivamente, a lo largo de su experiencia vital. Por eso son importantes factores como las experiencias previas, exitosas o no; el estado de ánimo, la confianza en sí mismo, el optimismo o pesimismo con relación a los posibles resultados; la influencia y ayuda de la red social de apoyo con que se puede contar; el nivel intelectual y cultural, la madurez y entereza de carácter; la objetividad y actitud con que se perciban los acontecimientos que se deben enfrentar en relación con la eventual posibilidad de satisfacer las necesidades involucradas.

A mayor madurez, desarrollo personal y salud espiritual, más flexibles y variados, más conscientes y racionales serán los recursos de que el sujeto dispone para enfrentarse a los problemas y más específicas sus respuestas para cada tipo de situación. La rigidez y generalización de respuestas estereotipadas para circunstancias diversas y cambiantes y su mayor inconsciencia e irracionalidad, como regla general, constituyen índices de problemas en la personalidad y conflictos no resueltos en la vida intrapsíquica.

A todas luces, las actitudes y predisposiciones, por una parte y la experiencia personal, por la otra, son determinantes a la hora de comprender las respuestas adaptativas. La satisfacción de las necesidades, como tanto hemos insistido, es el motor que moviliza el comportamiento en la búsqueda de adaptación.

La sociedad provee modelos para resolver buena parte de los problemas humanos, de acuerdo en primer lugar con el papel de la familia y el sistema educativo en la conformación de los patrones fundamentales de la personalidad; así como con las pautas añejadas por la

cultura, los valores ideológicos de trasfondo clasista presentes en esa etapa histórica, con los conceptos prevalecientes en la psicología social, la influencia de los medios masivos de divulgación, las corrientes espirituales del momento, el ejemplo de los contemporáneos y de los arquetipos y líderes comunitarios, y el impacto de las instituciones y las organizaciones sociales sobre la personalidad del hombre.

En la medida en que la persona incorpora patrones adecuados y se identifica con ellos, que se abre a su comunidad y se socializa, adaptado activamente, libre y espontáneo en la búsqueda de su espacio con seguridad y satisfacción, estará en condiciones de asimilar retos progresivamente estresantes y eventualmente conflictivos.

En última instancia, la realización humana es siempre la respuesta a un desafío. No nos entretengamos entonces pretendiendo tranquilizar al hombre en vez de enseñarlo a enfrentar sanamente el estrés y prepararlo para la realidad de la vida y sus diversas contingencias con flexibilidad, audacia y asertividad.

Lazarus clasifica los mecanismos de afrontamiento en cuatro variedades:

- Búsqueda de información.
- Acción directa.
- Inhibición de la acción.
- Respuestas intrapsíquicas.

Profundizando al respecto puedo decir que los mecanismos de enfrentamiento pueden ser agrupados en dos modalidades:

- *Mecanismos de afrontamiento* propiamente dichos (*cope reactions*), los cuales tienen, fundamentalmente, un carácter consciente.
- *Mecanismos de defensa*, que son básicamente, inconscientes.

1.6.1 MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

En nuestro medio *Alberto Orlandini* ha propuesto considerar un grupo nutrido de reacciones típicas básicamente conscientes que me he permitido reseñar, a partir de las cuales se irá familiarizando el lector con la problemática del afrontamiento.

Afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social. Se amortigua el impacto del estresor al pertenecer a grupos y recibir ayuda de los demás. Las personas con problemas sienten alivio con la simpatía y el apoyo que reciben en sus desventuras.

Agresión, amenazas y castigos. Consiste en la utilización de la violencia física o verbal para resolver las desavenencias o imponer la autoridad. Salvo situaciones excepcionales, justificadas y aun necesarias, suelen ser contraproducentes y alejar de sí a los allegados, afectando a la postre su propia red de apoyo social.

Anticipación. El sujeto se prepara para las contingencias previendo los malestares e inconvenientes que le pueden provocar, planificando el modo de enfrentarlas oportunamente.

Búsqueda de información. La incertidumbre se atenúa cuando se obtiene suficiente conocimiento de la situación. La información origina la noción de control de los acontecimientos, presentándose menos manifestaciones de estrés.

Comparaciones optimistas. Las comparaciones con las desventajas ajenas mejoran la autoestima y dan lugar a algún grado de conformidad (*sic*).

Confidencias. Consiste en obtener alivio mediante la verbalización del conflicto, al desahogarse el sujeto se siente reconfortado.

Consumo de drogas tranquilizantes y alcohol. Es un mecanismo evasivo que busca el alivio de las tensiones, crea un bienestar artificial y evita enfrentar realidades y conflictos displacenteros mientras puede aliviar transitoriamente algunos síntomas del estrés. En forma moderada y ocasional el uso de ansiolíticos o el consumo de bebidas alcohólicas es una respuesta normal, pero el exceso y la reiteración crean serios problemas. Cuando se trata de respuestas impulsivas e irracionales pueden ser expresión de *acting out*. No hago referencia al alcoholismo o la drogadicción por ser evidente su carácter enajenante y morboso.

Culpar al otro. Para protegerse del deterioro de la autoestima que supone un fracaso u otras circunstancias que la lesionan, algunos optan por culpar a los demás. Si es inconsciente, se trata de una proyección; pero el individuo puede emplear esta maniobra también conscientemente, lo cual no es, por cierto, signo de integridad personal.

Descalificación del objeto. Para minimizar un infortunio, ciertos individuos le quitan el valor al objeto perdido, o a la tarea en que no

se tuvo éxito (*sic*). Por ser casi siempre inconsciente, lo consideramos un mecanismo de defensa; es usual en personas normales y se puede emplear conscientemente.

Distracción evasiva. El individuo focaliza su atención en pasatiempos evitando dedicarse a las actividades que evade por esta vía.

Elaboración de un programa y desempeño de tareas. El sujeto se propone y lleva a cabo un plan de acción para resolver los problemas.

Elogios a sí mismo. Las percepciones de desamparo, la noción de la propia vulnerabilidad, los reveses deterioran la propia autoestimación, que suele compensarse con ponderaciones a la propia persona (*sic*).

Evitación. El sujeto evita las personas, lugares y situaciones donde ha sido perjudicado (*sic*). Al igual que en el anterior, al ocurrir inconsciente y automáticamente, es considerado un mecanismo de defensa.

Fantasías vigiles. El odio que no se puede aliviar, los amores frustrados y las carencias se pueden compensar mediante fantasías sustitutas voluntarias y conscientes (*sic*). En ellas se satisface en forma imaginaria el deseo frustrado sin tener que llevar la acción a la realidad.

Ganarse al prójimo. Estrategia consistente en identificar qué puede agradarle a la otra persona para tratar de complacerla. Suele obtenerse a través de servicios, obsequios, alabanzas, gentilezas, seducción. Sin que exista ningún contrato verbal que comprometa a retribución, el sujeto suele esperar a cambio algún tipo de beneficio.

Habilidad asertiva. Capacidad de defender y expresar los derechos, preferencias, ideas o sentimientos sin dañar los intereses del prójimo y sin que ocurran agresión, sometimiento, miedo ni culpa (*sic*). Incluye, como casos particulares, la negociación y la habilidad para ganarse al prójimo.

La religiosidad, consuelo y esperanza mágica o mística (sic). Los rituales religiosos alivian a los creyentes en situaciones de estrés, mitigando la incertidumbre en el futuro, proveyendo esperanzas, buscando protección y perdón, explicación ante lo desconocido, ayuda a sus males.

Modificación de la meta. Cuando se fracasa en algún empeño, las personas pueden cambiar los fines perseguidos (*sic*).

Negociación. Consiste en la disposición de otorgar concesiones a cambio de algunas ventajas (*sic*). Se considera una de las formas

más sanas de enfrentar divergencias, al punto que se la valora y promueve como componente de la competencia personal y profesional.

Oración. Propicia estados de relajación psíquica y suprime la ansiedad y la cólera, provocando un estado de serenidad y quietud (*sic*).

Parálisis del deseo. Cuando el deseo no puede ser satisfecho suele suprimirse la motivación. Pudiera ser considerada como una represión de los impulsos instintivos. En ese caso sería una defensa psicoanalítica; pero pienso puede propiciarse también activa y conscientemente, «enfriando» o focalizando la atención en otras motivaciones sustitutivas. No obstante, las fronteras entre los mecanismos de afrontamiento no defensivos y accesibles a la conciencia y aquellos defensivos e inconscientes que aparecen tanto en la normalidad como en la perturbación emocional son relativos y a menudo artificiales. Así de complejos resultan el mundo interno del hombre y los parámetros de lo normal y lo consciente.

Resignación. La aceptación de una carencia, una limitación o una pérdida puede significar un modo razonable de resolver algunos conflictos que no tienen solución (*sic*).

Solicitud de ayuda psicológica, social y legal. Por ella se obtiene en forma calificada información, sostén, alivio de los síntomas y protección de la ley.

Sumisión. Se negocia la entrega a cambio del cese de la agresión, o a cambio de objetos y servicios que debe proveer el otro (*sic*). Cuando el proceso ocurre inconscientemente, ha sido considerado como un mecanismo de defensa.

Supresión. La persona reconoce una tarea o un conflicto, pero difiere el momento de resolverlo para otra ocasión (*sic*).

Uso del humor. Consiste en reaccionar ante el estrés con una broma ya que éstas logran reducir el temor en situaciones de amenaza, provocando un distanciamiento saludable de las situaciones de riesgo. Si es determinado en forma involuntaria y simbólica, se le considera un mecanismo de defensa.

Este autor incluye también como mecanismos de afrontamiento las conductas consumatorias de sexo o alimentación, la esperanza, el perdón, el ocio, las recreaciones, la música, el ejercicio físico, etc. (*sic*).

Por nuestra parte, consideramos prudente añadir algunos mecanismos a esta interesante revisión de *Orlandini*.

Abordaje progresivo. Ante un temor o una aflicción que lo perturban, el sujeto va enfrentando la situación problemática poco a poco y en forma progresiva, hasta que, en la medida en que se acostumbra y desensibiliza ante ella, la va tolerando. Este principio ha sido aprovechado por *Wolpe* al desarrollar su modelo de terapia conductual para las fobias.

Duelo. Mecanismo universal para el enfrentamiento a la aflicción por la pérdida de alguien o de algo muy querido. La «elaboración del duelo» es como un drenaje del dolor, dando cierta salida a la tristeza mediante el llanto y la rememorización de los acontecimientos dolorosos, hablando de ellos una y otra vez. Al satisfacer los rituales que la cultura traza para tales casos, el individuo siente alivio, paga tributo de recordación al ser querido, supliendo en algún modo su pérdida con el afecto y apoyo de otras personas en el contexto ceremonial de la situación. Cada grupo cultural tiene sus formas típicas de expresar el duelo y enfrentar la muerte y el dolor. Reprimirlo y negarlo, como norma, es fuente de perturbación emocional y depresión.

Refugio en la enfermedad. Al igual que en el mecanismo anterior, el sujeto puede, ante dificultades o deberes que evade o rechaza, hacer uso del recurso de estar o mostrarse enfermo para justificar su comportamiento. Una dolencia física o psíquica preexistente puede aportar el pretexto, magnificándose. En otros casos, la persona puede fingir un trastorno o provocarlo inconscientemente para justificarse ante sí mismo o buscar atención.

Respuesta empática. Actitud de ponerse en el lugar de los otros, tanto desde el punto de vista emocional como en su óptica perceptual de los acontecimientos. Este mecanismo resulta un factor muy favorable para las relaciones interpersonales y la adecuada adaptación del sujeto. Ello no implica perder su identidad ni su propia interpretación y posición ante lo que sucede sino ponerse en mejores condiciones para entender y manejar las de los otros involucrados. Preferimos llamarle *empatía*.

Victimización. Hacerse la víctima es un recurso expedito para evadir culpas u obtener apoyo. Esto opera también inconscientemente para no enfrentar la realidad, comportándose en ese caso como un mecanismo de defensa.

1.6.2 MECANISMOS DE DEFENSA

Al abordar los mecanismos de enfrentamiento debemos considerar los llamados *mecanismos de defensa de la personalidad*, a los que hemos hecho alusión reiteradamente en párrafos anteriores, los cuales se conocen también como mecanismos del *yo* o mecanismos de evitación —según la escuela—, los que fueron discutidos a partir de *Sigmund* y *Ana Freud*, a lo largo del siglo *xx*.

El psicoanálisis caracterizó a estos mecanismos como procesos inconscientes que defienden al *yo* contra la angustia y los conflictos intrapsíquicos que resultan intolerables a la conciencia. *Sullivan* los divide en procesos distorsionadores de la realidad y procesos que sustituyen o niegan esa realidad, inatendiéndola selectivamente. Actúan «automáticamente» evitando que la persona tome conciencia de aquellos aspectos de la realidad que le son egodistónicos, sea transformando la percepción de ellos, o simplemente, inhibiéndola. Esto puede apreciarse en refranes como: «No hay peor ciego que el que no quiere ver». «Las uvas están verdes». «Todo es según el cristal con que se mire». Los mecanismos de defensa vendrían a ser algo así como este cristal. Presentes en la persona normal e hipertrofiados, rígidos y recurrentes en los trastornos psiquiátricos del más diverso tipo.

Sin profundizar en ellos y conscientes de que por su carácter de conceptos psicodinámicos son susceptibles de muchas de aquellas críticas a que están sometidas sus escuelas de procedencia, pasamos a reseñar brevemente aquellos más frecuentemente considerados, resaltando su descripción fenomenológica por encima de eventuales criterios de causalidad o de valoraciones personales.

Acting out. Los conflictos inconscientes se transforman, gracias a este mecanismo, en acciones impulsivas sin imagen verbal elaborada, las cuales se llevan a la práctica de ese modo, dándoles salida sin que tengan que pasar por la conciencia. Su simbolismo está dado en el «lenguaje» de la conducta: un adolescente con conflictos con sus padres se venga inconscientemente cometiendo un delito contra el orden público o agrediendo a una figura de autoridad, sin que ello tenga justificación aparente.

Aislamiento. Autocontención afectiva; la persona atiende los componentes racionales de la experiencia problemática, inhibiendo la afectividad que le corresponde, por lo que se torna fría, formal y obstinada.

Experiencias que están relacionadas entre sí se «desconectan» con la finalidad de evitar el malestar emocional y la afectación de la imagen del yo que implicaría la aceptación racional de tal asociación. Es el caso de un hijo que tiene serios problemas de personalidad producto de conflictos confrontados en la relación con sus padres y estos no reconocen tal asociación, atribuyendo los trastornos a causas orgánicas o de otro tipo ajenas por completo a su responsabilidad.

Autoengaño. Es una distorsión inconsciente de la interpretación de la realidad mediante la cual la persona no valora las percepciones y recuerdos como son en realidad sino como los quiere apreciar, a tono con sus emociones, intereses, actitudes y conflictos.

Anulación. Un acto expiatorio viene simbólicamente, en forma inconsciente, a aliviar las culpas o a librar del malestar que produciría la toma de conciencia de un sentimiento prohibido, que se niega de este modo. Por ejemplo, un individuo profundamente egoísta y que se apropia por medios poco éticos de los bienes de otras personas, tranquiliza su conciencia haciendo obras de caridad, sin reparar en lo paradójico de su proceder.

Catatimia. Se percibe la realidad en dependencia de las emociones, de acuerdo con una «lógica afectiva». Para una madre su hijo es el más hermoso e inteligente. Una mujer enamorada no percibe las señales de deshonestidad por parte del esposo y lo percibe como persona honorable. Ello explica que cada cual tienda a pensar su realidad de acuerdo con sus intereses, lo cual permea sus valores. La *idealización* que sobredimensiona y exalta las cualidades del sujeto amado, admirado o deseado, obviando sus defectos, es una variante de la catatimia.

Compensación. Se asemeja a la formación reactiva y la transformación, pero con la diferencia de que no niega necesariamente el conflicto, sino que trata inconscientemente de suplir las limitaciones que este entraña, destacando los aspectos positivos y sanos de que dispone la persona, con vistas a obtener aprobación, reconocimiento, perdón o adaptación. Se acerca a la sustitución, pero no cambia por otro sino que suma para compensar. Si no es exagerada o contraproducente, la compensación puede resultar un factor de balance muy positivo. Por ejemplo, la persona explosiva que se esfuerza por ser amable y cariñosa con los que lastima a causa de un carácter impulsivo que no logra controlar.

Conversión. Se considera un síntoma propio de los comportamientos histéricos y a su vez, un mecanismo de defensa. En ella se disocia la conciencia y se distorsiona la imagen o percepción de un órgano, sentido o parte del cuerpo humano, alterándose el «espacio» de la representación consciente de este, pudiendo inhibirse la función sin que exista daño material, o aparecer dolores o sensaciones imaginarias, sin la estimulación somática correspondiente. Este mecanismo histérico suele aliviar la angustia, busca secundariamente la atención de los demás y facilita beneficios propios de tal invalidez. Se ha interpretado como lenguaje simbólico a través de los órganos, como solución de compromiso ante un conflicto paralizante entre necesidades contrapuestas, como ganancia primaria al descargar tensión nerviosa, o simplemente, como producto de una inhibición o excitación selectiva, sensorial o motriz, a nivel del reflejo cortical, por sobretensión del sistema nervioso a causa de conflictos emocionales o traumas psíquicos que de algún modo interesan estas áreas en el contexto de las relaciones entre los distintos sistemas de señales.

Defensa maníaca. Ante una dificultad o situación de estrés, el sujeto reacciona con sentimientos de euforia y omnipotencia que le hacen minimizar los obstáculos y mostrar una acometividad contagiosa. Es discutible su independencia de los fenómenos propios del trastorno maníaco-depresivo, pero puede verse en sujetos normales, sin carga familiar de enfermedad bipolar.

Descalificación inconsciente. Aquellas evidencias que van en contra de la imagen que tenemos de los hechos, de nuestras actitudes, o que tocan nuestros conflictos inconscientes, son distorsionadas automáticamente por el sujeto, quitándoles su valor, no permitiendo a la esencia verdadera del fenómeno su paso a la conciencia tal cual es. Constituye, desde este ángulo, una modalidad de distorsión o de inatención selectiva.

También se la puede considerar, según *Haley*, operando en el control de la comunicación entre las personas, «poniendo abajo» al interlocutor en el dominio de la relación. Se ha enfatizado su uso en el código de comunicación de la familia esquizofrénica. En este caso, se valora la descalificación «del otro» en sí mismo, en sus argumentos, sus actos o en su comunicación total, quitándole importancia o contradiciendo para anular sus actos, razones o su propia personalidad. De ambas formas puede verse, según la consideremos «hacia

adentro», habitualmente en terapia individual dinámica, o «hacia afuera» en el contexto del análisis interpersonal, como es el caso de la terapia de pareja y la terapia familiar de corte estratégico.

Despersonalización. Es la desrealización del yo. Expresión sintomática de ciertos trastornos con alguna gravedad, puede verse en forma atenuada en personas normales, en circunstancias especiales: el sujeto se aísla emocionalmente de sí mismo y se siente entonces como extraño, como si algo hubiera cambiado en él, pero manteniendo crítica total de su condición personal.

En situaciones de éxtasis y en la exaltación emocional religiosa, la persona puede experimentar cierta disociación de su yo que en cierto sentido la despersonaliza. En circunstancias contrarias, cuando sufre una aflicción que sobrecarga su psiquismo con una tensión intolerable, el yo puede «defenderse» disociándose de sus propios afectos y, así distanciado, anestesiar su pena sintiéndose distinto.

Desplazamiento. Los sentimientos problemáticos correspondientes a una persona o situación se transfieren a otro contexto u objeto que simbólicamente los sustituye, enmascarándose la esencia del conflicto. Así sucede con algunas manifestaciones fóbicas en las que el objeto temido reemplaza la amenaza original: agresión, sexo, vergüenza, inseguridad.

Desrealización. Fenómeno habitualmente morboso consistente en percibir la realidad como extraña y ajena, aunque se la reconozca como tal; puede verse también en determinadas circunstancias emocionales en que el sujeto necesita inconscientemente desentenderse de su realidad para defenderse de ella. Entonces, hay un extrañamiento y un alejamiento emocional de la realidad aunque sin perder el contacto con ella. Puede ocurrirnos cuando recordamos o volvemos a un lugar al que nos vinculan sentimientos pero al que nos enfrentamos en condiciones emocionales distintas. Puede ayudar al sujeto a desprenderse de una carga emocional que le conviene dejar atrás. Hay que discriminar cuando es síntoma y cuando es, sencillamente, defensa.

Disociación. El yo no puede aceptar la realidad y segrega automáticamente parte de ella, usualmente aquella que lesiona su autoimagen o acumula una gran carga emocional, opera solamente con la parte de la realidad no conflictiva y reprime el conflicto. Es la madre que no acepta la muerte de su hijo y se conduce como si aquel

se mantuviese vivo, a pesar de que todas las pruebas indican lo contrario.

Modalidad de ello es la *escisión* o *clivaje*, mediante la cual se divide la percepción de las cualidades de una persona o de los acontecimientos, de forma absoluta o cartesiana, anulando los matices y no tomando en cuenta uno de los aspectos de la contradicción, en dependencia de los intereses, de modo que se percibe alguien como carente de imperfecciones, mientras se concede a otros sólo la percepción o exageración de sus debilidades. Así, no se aceptan los defectos de los seres queridos o las evidencias de la realidad que contradicen los propios deseos y las fantasías.

También puede ocurrir que algunos aspectos de la personalidad se separen de la conciencia normal –que es inhibida– y escapen del control racional del individuo, operando la parte disociada como una unidad funcional independiente en la cual, temporalmente, los factores inconscientes toman el control de la personalidad; es el caso de las personalidades múltiples, las fugas y la escritura automática.

Distorsión. Aquí la percepción que se tiene de la realidad, o la memoria de esta, se transforman de modo que la experiencia pueda ser asimilada y se conserve con ello la integridad del yo.

Se ha insistido en que las actitudes modulan los procesos de percepción y toma de conciencia, atemperándolos a las expectativas. *Sullivan* llamó a este mecanismo «procesos distorsionados» y lo vinculó a los procesos de comunicación y defensa implícitos en la relación interpersonal. Puede apreciarse a simple vista su parentesco con la catatimia y los mecanismos de clivaje y disociación; pero en la historia de la psicoterapia estas diferencias, en ocasiones demasiado sutiles, son muy frecuentes y se comprenden solo si se las aprecia desde el punto de vista de las escuelas que las sustentan. Muchas veces son el mismo fenómeno con diferente nombre o explicación.

Evitación. Mecanismo general que engloba parte de los descritos. Tanto es así que los mecanismos de defensa suelen llamarse «mecanismos de evitación». El sujeto al percatarse consciente o inconscientemente de un peligro (o amenaza a su seguridad o necesidades), lo evita con procedimientos automatizados, inconscientes, que le permitan maniobrar y evadir una situación intolerable a la integridad del yo o la frustración de una necesidad significativa. Las formas de evitar son incontables. Si revisamos los conceptos anteriores, vere-

mos que buena parte de ellos y de los siguientes buscan la evitación. Lo consignamos como una variedad más porque la *evasión* de un tema o de una realidad presente puede evidenciarse directamente como una forma concreta de evitar confrontaciones escabrosas, por lo que, cuando se aprecia claramente en una conducta específica este tipo de intencionalidad escapista, procede su consideración como tal. Y por el uso reiterado del término en la psicoterapia con independencia propia, lo cual no puede ser pasado por alto.

Expiación o restitución. La persona se autocastiga en forma exagerada ante faltas cometidas o supuestamente cometidas con el objetivo inconsciente de lavar sus culpas o evitar el castigo del ser amado o temido. Es el caso de la persona que se somete voluntariamente a una vida de ascetismo y austeridad, sin permitirse el disfrute del placer, abrumada por sentimientos de culpa o vergüenza no resueltos, procedentes de su historia personal.

Externalización. Cercana al *acting out* y la proyección, en ella el sujeto vuelca hacia fuera un motivo usualmente conflictivo y, al colocar en el espacio exterior, de forma simbólica, dicho motivo, las acciones problemáticas que constituyen su intención inconsciente quedan satisfechas. El individuo construye una falsa realidad externa a partir de su conflictualidad interior.

No debe confundirse con el recurso psicoterapéutico del mismo nombre, basado en el constructivismo. También se considera por tal el poner fuera, en una acción, una obra, una expresión o una línea de comportamiento, lo que se lleva por dentro.

Fijación. Los psicoanalistas y los seguidores de *Janet* conceden gran importancia a este mecanismo, no aceptado por muchos y que en modo alguno es –a mi juicio– un mecanismo de «defensa». Se considera por tal la detención de la maduración emocional del sujeto en una etapa precoz de su desarrollo, quedando a la zaga del crecimiento intelectual y biológico que le corresponde, los cuales siguen su curso, evadiendo la persona de ese modo las responsabilidades que implica el madurar.

Se ha planteado que esto es así porque el individuo se opone inconscientemente a renunciar a una etapa de su vida en la cual ha disfrutado de satisfacciones excesivas (por ejemplo, sobreprotección) o bien porque las frustraciones y exigencias que puede traer consigo el advenimiento de una nueva etapa del desarrollo emocional, asus-

tan al sujeto, quien se niega inconscientemente a enfrentar la maduración emocional, quedando enredado en actitudes infantiles que le ofrecen falsas seguridades y satisfacciones. El sujeto parece crecer, pero, ante las dificultades de la adultez, vuelve al nivel «fijado» una y otra vez, sin asumir su madurez responsable.

Formación reactiva. Un impulso, un deseo prohibido, una tendencia, una idea o un rasgo del carácter se transforma en su contrario, con la finalidad de evitar al sujeto la percepción conflictiva que afectaría su autoimagen. De ese modo, una persona con sentimientos de inferioridad se conduce como si fuera superior a los demás; a otro con actitudes de cobardía, se le observa comportándose con bravuconadas, ante sujetos más débiles. Suele usarse el término formación reactiva cuando implica un rasgo permanente del carácter y se le llama *transformación en su contrario* en el caso de cambios más superficiales y transitorios. Se conoce como *reafirmación* la variedad en la que el individuo, sintiéndose inseguro o experimentando conflictos en determinado aspecto de la personalidad, exagera inconscientemente los rasgos y acciones que vienen a negar la existencia del problema: «Dime de qué alardeas y te diré de qué careces».

Fragmentación. Un recuerdo o una percepción conflictivos son descompuestos en sus distintas partes componentes, tomándose conciencia de aspectos parciales de la experiencia, mientras otras se disocian y distorsionan, apreciándose las como no relacionadas con el resto de la vivencia. De este modo, la persona va enfrentando la experiencia en forma escindida, evitando la angustia de captar una esencia problemática al yo y enmascarando los nexos internos entre la realidad que se acepta y los conflictos que se distorsionan y manipulan. También, pueden fragmentarse las distintas partes del fenómeno psicológico vinculado con la vivencia traumática, de modo que resultan separadas las emociones de los pensamientos o de los actos que les corresponden, reprimiéndose unos u otros y expresándose a través de síntomas.

Los fenómenos obsesivos constituyen para muchos una expresión morbosa de tal tipo de mecanismos: fragmentan la realidad en compartimientos estancos, tan delimitados que no dejan margen posible a la ambigüedad, disociando a su vez ideas, actos y emociones, obviando con ello la percepción abierta de una realidad pletórica de angustias e inseguridad. Es decir, se fragmenta la realidad en sus

partes componentes para intentar lidiar ventajosamente con ellas por separado, al asustarse del conjunto.

Fuga en la fantasía. El sujeto, al no poder realizar sus deseos conscientes o inconscientes, los satisface en la imaginación a veces en una forma más abierta y consciente (fantasías vigiles), otras en forma indirecta y enmascarada. Es muy común en la niñez, pero puede verse en cualquier momento de la vida, en sanos y enfermos. Al igual que algunos sueños, constituye una forma de realización imaginaria del deseo. Como en aquellos, se manifiestan las necesidades inconscientes en forma simbólica. Tiene mucha importancia en psicoterapia, porque se llega a través de ella con menos dificultad a las necesidades y conflictos inconscientes.

Hipocondría. Se logra inconscientemente atención, consideración, afecto, a través de considerarse enfermo y mostrarse por ello con una actitud lastimera, sobredimensionando molestias corporales reales o creándolas en la imaginación por vía autosugestiva, como modo de ser centro de atención y obtener apoyo.

Identificación. Este proceso, presente en el desarrollo normal de las personas permite al individuo, por vías de la influencia interpersonal, asimilar y reproducir rasgos o características de personas amadas o admiradas, incluso temidas. Todos sabemos cómo padres, educadores, artistas, líderes, coetáneos, arquetipos sociales, constituyen modelos de identificación por la vía de la afectividad, la sugestión y la influencia educativa. No debe confundirse con la introyección, que opera por vías irracionales y a niveles más primitivos del funcionamiento emocional.

Inatención selectiva. Es otro de los mecanismos referidos por *Sullivan* consistente en la obliteración de aquellos aspectos de la percepción conflictivos al yo, de modo que el individuo no concientiza lo que afecta su autoimagen y su seguridad y no es congruente con sus actitudes. Esta disonancia de la experiencia con la actitud del sujeto genera inseguridad, la cual se vivencia como ansiedad e inhibe selectivamente la percepción problemática, evadiendo la concientización del conflicto y su ulterior afrontamiento. Al evitar con ello la ansiedad, se refuerza el mecanismo por condicionamiento operante.

Aquí cabe nuevamente el ejemplo de la madre que no ve el déficit intelectual o el amaneramiento en su hijo porque con ello evita la

angustia de enfrentar su realidad. Como puede apreciarse, se trata de un enfoque alternativo a los mecanismos de disociación, escisión y clivaje descritos por los psicoanalistas.

Intelectualización. Se priva a un problema del contenido emocional, con vistas a lidiar con él de manera exclusivamente racional, evitándose la vivenciación del malestar que de otra forma le estaría asociado. Se explican los conflictos con argumentos abstractos e impersonales, evadiendo el compromiso con el cambio que estaría implícito en la percepción emocional de la realidad por el sujeto. Debe diferenciarse del recurso psicoterapéutico homónimo consistente en favorecer la imagen verbal o racional de algo que concierne al sujeto y que no estaba previamente claro para él.

Internalización. Mecanismo por medio del cual la persona incorpora o hace suyo un acontecimiento existencial significativo de su vida personal, convirtiéndolo en un componente intrapsíquico capaz de influir inconscientemente en su comportamiento futuro.

Cuando se trata de un conflicto severo con personas que son significativas en su vida, el cual no logra asimilar emocionalmente con una adecuada imagen y memoria verbal de las diferentes variables que le conciernen, estamos ante un conflicto internalizado. Los llamados «complejos» descritos por diversos analistas son formaciones internalizadas que siguen, en líneas generales y en forma mórbida, este tipo de mecanismos.

Introyección. La persona hace parte de sí, inconscientemente, sentimientos o características del objeto odiado, temido o deseado, anulando los factores racionales o de su propia personalidad que se le oponen y asumiendo en forma autosugestiva los comportamientos propios del objeto incorporado. La *identificación con el agresor* es una variedad de introyección en las que la víctima asume las características del victimario en la relación consigo mismo o con los demás: el violado se convierte en violador; el hijo víctima de los maltratos de un padre alcohólico se vuelve, a su vez, alcohólico.

Los psicoanalistas describen como normal el mecanismo de introyección en las primeras etapas de la vida, cuando el niño no ha conformado su autoimagen y sus sensaciones forman parte de la primitiva percepción de sí mismo. Para ellos, el placer o el dolor determinados por la conducta de los padres se «introyectan» como componentes de su ser. También afirman —de acuerdo con teorías que no

compartimos— que al disolverse el *complejo de Edipo*, se forma el *superyo*, al introyectarse la figura del padre, con sus prohibiciones y su carga de agresividad.

Minimización. Se resta importancia a un problema inconscientemente para aliviar la carga de malestar que resultaría de aceptarlo tal cual es, o como en el fondo se percibe.

Negación. Un hecho, un pensamiento o un deseo logra llegar a la conciencia, pero por ser inaceptable para el *yo*, no se reconoce, ocultándose su existencia e influenciando el comportamiento de forma irracional a través de la actividad inconsciente, que favorece la asunción de actividades compensatorias. Implica la represión de un fenómeno del cual se tiene conciencia en cierta forma, pero que no se quiere aceptar y se bloquea activamente, pasando a ser inconsciente en la práctica, mientras se intenta compensarlo. Es, en definitiva, una modalidad peculiar de represión, más elaborada, que conserva su potencialidad verbal. Es el ejemplo de la persona puritana y mojigata con graves manchas en su moral en el pasado.

Pasivo-agresividad. La hostilidad y el resentimiento hacia los demás no se expresan en forma de una agresión abierta y desembozada sino provocando el fastidio de una forma solapada, indirecta, con apariencia de buenas formas y con enmascarada intención. El sujeto suele no ser totalmente consciente de sus ocultos propósitos destructivos.

Proyección. Se atribuyen inconscientemente a otros nuestros deseos, pensamientos, conflictos o actitudes, negándolos habitualmente en nosotros. Con ello el *yo* evade responsabilidad y mantiene a buen recaudo la autoimagen.

Pseudoconfirmación. Los sentimientos negativos o la predisposición que experimentamos hacia otra persona nos hacen asumir inconscientemente conductas que provocan el rechazo del otro hacia nosotros. Entonces, tomamos ese rechazo como índice de que estábamos en lo cierto y que caemos mal al sujeto o que nos quiere perjudicar —en consecuencia con lo que pensábamos—, razón por la cual reafirmamos nuestros sentimientos negativos y de rechazo hacia el otro, estableciendo un círculo vicioso autoconfirmatorio.

Racionalización. Ante un impulso prohibido que aflora a la conciencia, de entre las múltiples consideraciones posibles que justificarían un sentimiento o una acción derivados de este, inadmisibles a la

autoestima, el sujeto escoge inconscientemente aquella más aceptable racionalmente ante sí mismo y los demás, dejando ocultas sus motivaciones inconscientes verdaderas, con esto la actitud asumida se justifica, aparentemente, con razones socialmente aceptables.

Realización simbólica. Como no tolera el dar salida abierta y consciente a sus sentimientos y deseos prohibidos, el sujeto los sublima, externaliza y sustituye, llevando a la acción sucedáneos del deseo que se plasman en un gesto, una obra, un comportamiento o una situación que, de forma mágica, lo satisfacen a su modo. Es el caso de una persona con conflictos homosexuales, que regala al objeto de su pasión reprimida un poemario erótico. En una persona sana, el cumplimiento de un ritual religioso alivia el espíritu e incorpora valores que necesita, de acuerdo con su cultura. A la mujer que nos agrada, le obsequiamos una flor.

Reducción al absurdo. Con vistas a justificar ante sí un comportamiento problemático, los argumentos en su favor o en su contra se defienden inconscientemente hasta el absurdo. No es el caso de la racionalización, que busca, también inconscientemente, argumentaciones plausibles aunque no responden a los motivos reales; aquí, se justifica lo injustificable de forma paralógica y, de igual manera, se descalifican los reproches, boicoteándolos para hacerlos inoperantes.

Regresión. Como lógica consecuencia del ya referido mecanismo de fijación, los psicoanalistas desarrollaron este concepto, el cual postula que, angustiado ante circunstancias adversas –reales o imaginarias– que el individuo ha de encarar a su paso por la vida, este se ve presionado inconscientemente a volver a funcionar conforme a etapas anteriores, precoces, cuando no tenía tales conflictos o cuando era gratificado con el afecto y protección implícitos en la vida infantil. También, en estado de disociación de la conciencia, puede revivirse la etapa del conflicto original de modo que, burlado el control de la conciencia, encuentre expresión más abierta la realización de impulsos prohibidos o la canalización de deseos reprimidos, intolerables al yo. Casos de personalidades múltiples, en la realidad y la ficción literaria, han sido descritos tomando como base estos mecanismos.

Críticas aparte de la explicación psicoanalítica, la experiencia clínica de que el hombre enfermo suele mostrar actitudes infantiles es un hecho incuestionable. Sujetos psiquiátricamente graves acostum-

bran asumir una posición fetal en el lecho y mostrar comportamientos pueriles, muy inmaduros.

Represión. Deseos o experiencias inaceptables al yo son bloqueados y aparentemente olvidados pero mantienen su capacidad de influir en la conducta, sin que el sujeto tenga conciencia de ello. Aparecen, habitualmente enmascarados, en sueños, actos fallidos, en el lenguaje del síntoma, en los pensamientos marginales, en la producción artística. Este mecanismo está asociado a los conflictos y sufrimientos más íntimos del hombre. Repercute de forma importante en las actitudes, dada la fuerte carga emocional que conserva la vivencia, aunque se disocie e inhiba la imagen consciente, verbal, que le concierne. Por intervenir componentes de la emoción, la memoria y la actitud, así como por su integración a los procesos de la actividad psíquica inconsciente, el *substratum* material de su actividad se asienta, fundamentalmente, en las estructuras del sistema límbico.

Resistencia. Oposición activa, automática e inconsciente, a focalizar en el campo de la conciencia sentimientos, pensamientos o recuerdos reprimidos, y a reconocer conflictos, pretendiendo con ello obviar los obstáculos subjetivos que afectarían el equilibrio interior y entorpecerían la tarea presente. En la psicoterapia, se considera la fuerza interior que se opone al cambio y la curación. Descansa en condicionamientos difíciles de vencer, si no se modifica la actitud y se refuerzan las conductas adaptativas.

Sublimación. Los deseos conflictivos o los impulsos prohibidos son canalizados en forma transformada, a través de actividades socialmente valiosas. Por ejemplo, las tendencias agresivas encuentran salida mediante los deportes de acción; tendencias delicadas que pudieran resultar internamente conflictivas para un hombre educado en una cultura machista, pueden encontrar expresión creativa en diversas formas del arte.

Una variedad es el *altruismo*, en el que mediante ayuda, desinterés y solidaridad para con los demás, se fortalece la autoimagen y se puede dar espacio a determinadas necesidades de afecto o reconocimiento, no siempre exentos de ciertas aspiraciones inconscientes a la reciprocidad.

Sumisión. Al sentirse insegura para enfrentar por sí misma las demandas que implica el mantener la independencia personal, o temiendo las consecuencias de oponerse a un adversario poderoso, la

persona, inconscientemente, se somete a las demandas a veces irracionales de los otros, identificándose con ellos y obteniendo por esa vía seguridad y algunas gratificaciones compensatorias.

De este modo se han explicado las actitudes pasivo–dependientes, así como fenómenos de psicología social –obviando sus causas ideológicas y socioeconómicas– como es el caso de la subordinación del hombre a la masa, lo que ocurrió con parte significativa del pueblo alemán cuando el nazismo. *Erich Fromm* ha especulado profusamente sobre ello en su libro *Miedo a la libertad*.

Sustitución. Con vistas a reducir el malestar resultante de una frustración el sujeto obtiene gratificaciones comparables, modificando o cambiando el objetivo por otro alternativo que posibilite simbólicamente su satisfacción. Así, al ser rechazado en sus requerimientos amorosos por la mujer amada, un joven acepta un trabajo promisorio en otra ciudad, decidiendo dedicarse a tareas de su agrado.

Universalización. La persona siente alivio automáticamente al vivenciar que el problema que lo abruma interiormente, que el conflicto que lo oprime, es experimentado por otras personas; de ahí que lo busca sistemáticamente en los demás, de muchas formas, pero siempre enmascarando de los otros y ante sí, su existencia inconsciente. En las técnicas grupales se aprovecha este mecanismo, convirtiéndolo en importante recurso psicoterapéutico, asociado a la ventilación y la catarsis.

Vuelta o multa contra sí mismo. Un sentimiento conflictivo, habitualmente de odio u hostilidad hacia seres a quienes interiormente se teme dañar, al tiempo que se lo desea, bien por sentimientos de culpa, o por miedo a las represalias, se vuelve contra el propio sujeto, quien les da salida mediante una conducta simbólica autopunitiva, a modo de «mal menor». De esta manera, la persona se deprime, se autolesiona o puede llegar al grado de atentar contra su vida. Es lo que los psicoanalistas han llamado *introyección de la agresividad*.

1.6.3 MECANISMOS PSICOLÓGICOS NO SALUDABLES

En el contexto de los mecanismos de enfrentamiento al estrés en situaciones de crisis, *Krupnick* y *Horowitz* describieron reacciones psicológicas comunes como consecuencia de traumas psíquicos que,

lejos de constituir mecanismos de defensa, como los analizados anteriormente, resultan fenómenos no saludables.

Culpa por responsabilidad. Remordimiento por haber propiciado indirectamente, o no haber evitado un acontecimiento trágico.

Culpa del sobreviviente. Angustia por no haber fallecido en circunstancias en que se perdieron seres muy queridos. Es una culpa por no haberlos acompañado o estado en su lugar.

Inconformidad con la propia vulnerabilidad. El sujeto no puede aceptar lo que le ha ocurrido y se reprocha no haberlo podido evitar; no concibe que a él le ocurran tales cosas, por lo cual se siente mal. Es el fracaso de sentimientos mágicos de omnipotencia e invulnerabilidad, comunes en los seres humanos.

Ira sobre el culpable. La hostilidad que despierta un acontecimiento traumático se dirige contra el causante real o imaginario de lo acaecido quien, en este último caso, opera como chivo expiatorio. A veces la agresividad por un fracaso o una pérdida se proyecta hacia el propio objeto; tal es el caso del reproche a un fallecido por habernos abandonado.

Ira sobre los exceptuados. La hostilidad como respuesta ante un acontecimiento traumático se dirige contra los que no fueron afectados, cual si ello fuese su culpa.

Miedo a la repetición. Temor a que se reitere el acontecimiento perturbador. Ejemplo de ello es la ansiedad anticipatoria luego de un fracaso sexual, que lleva consecuentemente a nuevos fracasos.

Miedo a la similitud con la víctima. Por un mecanismo sugestivo de identificación, el sujeto teme ser objeto de la misma desgracia que acontece a otra persona. Tal es el caso de quien, al conocer que un ser querido tiene una enfermedad mortal, cree estar enfermo de lo mismo, lo que constituye un motivo de angustia.

Remordimiento sobre agresividad propia. Ante el daño o la pérdida de alguien querido se experimenta angustia, asociada a sentimientos de culpa por eventuales actos o sentimientos hostiles que se le infligieron o se le desearon.

Tristeza por la pérdida. El individuo se deprime ante una pérdida de objeto significativa. Se ha afirmado por diversos autores psicoanalistas que la agresividad reprimida, la pérdida de objeto, los sentimientos de culpa y la vuelta o multa contra sí mismo son componentes psicodinámicos del proceso de la depresión.

Por último, en esta revisión de los mecanismos de afrontamiento, sus tipos y variedades, no puede olvidarse el papel de la personalidad con sus rasgos de carácter, actitudes típicas y patrones de comportamiento, a la hora de un análisis integral.

«Genio y figura, hasta la sepultura». He aquí la impronta o sello que cada cual, a manera de huella dactilar, imprime a su forma de actuar y que le hacen único. Aprender esta individualidad peculiar a la hora de comprender su manera de afrontar el mundo y sus problemas, es esencial al psicoterapeuta. Conocer los distintos tipos de personalidad que han sido descritos por escritores, psicólogos y psiquiatras, si bien no nos llevará jamás a un conocimiento exacto de lo que puede esperarse del comportamiento del hombre concreto, irrepetible, sí nos orientará en las esencias del drama y los tipos humanos. No olvidemos que el hombre, como ser social, se parece mucho a su tiempo. Y que los tipos humanos se gestan y fraguan en el troquel de una cultura, al calor de instituciones definidas, históricamente concretas.

1.7 AMENAZA, AFRONTAMIENTO Y RELACIÓN INTERPERSONAL

Ante situaciones de amenaza, conscientes o inconscientes, el hombre hace uso de múltiples mecanismos, que pueden satisfacer la necesidad o defender al *yo* ante peligros inaceptables a su integridad y a su propia estabilidad emocional, evitando la angustia de entenderse con un problema que predice no está en condiciones de solventar satisfactoriamente. En este apartado abordaremos la manera en que esto influye en la relación interpersonal.

En la figura 1.2 se observa que las actitudes negativas de uno de los integrantes de la pareja hacia la satisfacción de las mutuas necesidades repercuten en el otro. La insatisfacción de estas, o su amenaza, despierta afectos de malestar que se vivencian por ambos, proyectándose en quejas inculpatorias y reproches acusatorios, así como en sentimientos y conductas de respuesta de signo negativo, recíprocas, que suelen repercutir a su vez en terceros.

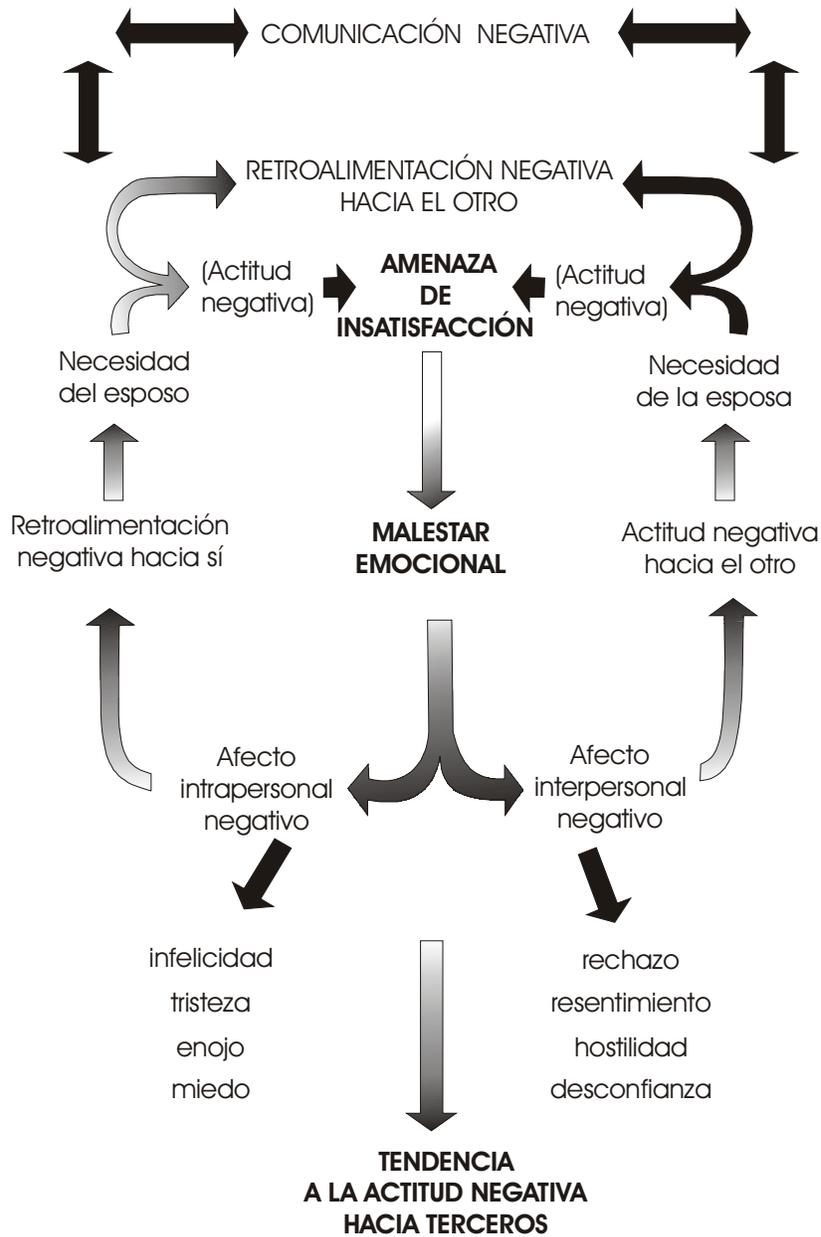


Fig. 1.2. Esquema dinámico de transacción emocional interpersonal.

De este modo se retroalimenta un círculo vicioso de sentimientos y conductas negativas que afectan la comunicación, entorpecen la satisfacción de las necesidades y crean un clima interpersonal tenso,

disfuncional, que refuerza las actitudes adversas, con sus nefastas consecuencias, alejando cada vez más a la pareja, perturbando proyectivamente sus relaciones con los demás.

Entendido esto, podemos volver a lo tratado en los apartados 1.5.1 y 1.5.2 y precisar que los mecanismos de afrontamiento relacionados con el proceso de satisfacción de una necesidad no aparecen cuando el individuo toma conciencia de que dicha necesidad no está satisfecha, ni siquiera cuando reconoce que su satisfacción está en peligro. Aparecen mucho antes, cuando el sistema nervioso se percata, a través de sus distintos analizadores –en forma no consciente– de que tiene que entenderse con una necesidad, con una anomalía o con un peligro a su integridad personal.

En ese momento asume de inmediato «un estado funcional, una disposición de carácter orientador, un modo de ser predispuesto a», que conocemos como *set* o actitud. Y con ella, comienza a procesar y analizar inconscientemente la información que va llegando, valorando también inconscientemente la probabilidad de satisfacer la necesidad o resolver el problema a que se enfrenta con los recursos que posee y en las circunstancias en que se encuentra. Si predice el éxito, asume las conductas apropiadas para ello.

Cuando la predicción de la probabilidad arroja riesgo de insatisfacción por insuficiencia en los recursos o por conflictos debidos a competencia con otras necesidades significativas, entonces se constituye psicológicamente la amenaza, consciente o inconsciente, y se «disparan» los mecanismos de afrontamiento y defensa a que hacíamos alusión en el epígrafe anterior, buscando evitar, manipular o contender con el peligro en un contexto de estrés y procesos personales e interpersonales de adaptación que pueden ser sanos o neuróticos, eficaces o contraproducentes, conscientes o no. Estos mecanismos se dan a cuatro niveles:

- Cuando a nivel inconsciente el sujeto decide afrontar o evadir un enfrentamiento intolerable a la amenaza, alejándose en este último caso del peligro o de sus símbolos a través de procesos que sustituyen, obliteran o distorsionan su percepción e inhiben o evitan con ello la ansiedad.
- Cuando, experimentando sensorialmente la ansiedad, la persona busca la manera de aliviarla o de evadir el tener que enfrentarse

nuevamente a ella (evitación de segundo orden). Son los mecanismos secundarios de defensa y evitación contra la ansiedad, en que se trata de no lidiar con el conflicto o con la insatisfacción de la necesidad, buscando gratificaciones sustitutas o, sencillamente, aliviarla.

- Cuando, insatisfecha la necesidad o en activo el conflicto, el sujeto tiene que afrontar sus emociones negativas y las consecuencias del problema, asumiendo actitudes y conductas ante ello, en lo personal y lo interpersonal; y entenderse con su autoimagen y con la valoración de la realidad y la toma de decisión. Aquí, se ponen en juego procesos que protegen la integridad del yo y manipulan la relación interpersonal, en consecuencia con las necesidades inconscientes.
- Cuando, asumidas las conductas personales e interpersonales derivadas de los procesos de afrontamiento, se produce la valoración inconsciente del *feedback* de acciones y resultados, con la asunción de mecanismos de ajuste y manipulación, los cuales pueden corregir o, por el contrario, alejar aún más la posibilidad de soluciones verdaderas. Ante la experiencia vivida, se incorpora información a los procesos de predicción de la probabilidad y de la toma de decisión, abriéndose un nuevo ciclo para la utilización de mecanismos de enfrentamiento.

Como la actividad del hombre se materializa socialmente a través de sus relaciones interpersonales, cualquier amenaza la va a percibir probablemente en relación con los otros, canalizando sus respuestas a través de aquellas. Es por eso que la dinámica de la insatisfacción de las necesidades es una de las determinantes de las relaciones interpersonales de una pareja, un grupo, una familia o un colectivo humano.

Por ejemplo, si contribuyo a que satisfagas la necesidad que tú tienes de algo que tiene que ver conmigo, no solamente te sentirás bien conmigo sino que, probablemente, hay necesidades que tengo y que tienen que ver contigo, que estarás en mejor disposición de contribuir a que yo satisfaga. Es «negociación» inconsciente, que está en el fondo de buena parte de las transacciones interpersonales. Si percibo amenaza en la índole de tu nexo conmigo, te evitaré o te trataré de manipular, neutralizar o controlar para obtener mis propósitos.

Podrá haber en ello tensión, angustia o malestar; o podrá transcurrir subliminalmente, sin que integre una experiencia emocional consciente, pero se pondrán en juego los procesos del estrés y su consecuencia, los mecanismos habituales o excepcionales de enfrentamiento.

1.8 LA CRISIS Y EL ESTRÉS

Estos conceptos no pueden entenderse aislados y excluyentes, porque están indisolublemente interrelacionados. En toda crisis hay estrés. El estrés, en determinadas condiciones, se constituye en crisis. Ya vimos con algún detenimiento el estrés y sus distintos aspectos y mecanismos. Todos ellos están presentes y cobran mayor vigencia en las crisis. Pero crisis es algo más que estrés.

Entendemos por crisis el estado en que se encuentra una persona, una familia, un grupo o una colectividad, en el cual los afectados no sólo se ponen en tensión y experimentan niveles significativos de estrés, sino que, para poder ser solucionado, es imprescindible un cambio en el *status quo*: un cambio en la apreciación de la realidad, en los mecanismos de enfrentamiento y en el ajuste a su medio.

Después que se produce una crisis, o se logra la adaptación y con el reajuste aparece un nuevo aprendizaje, o la adaptación es desfavorable, ocurre un desbalance y los aprendizajes resultan contradictorios a los propios intereses y a la satisfacción de las necesidades, por lo que puede claudicar la salud.

Tras el aporte de autores de la talla de *Auerswald, Caplan y Baldwin*, entre otros, la Psiquiatría y la Psicoterapia de la segunda mitad del siglo XX han dado a la teoría de la crisis una gran importancia. Las unidades de intervención en crisis, las psicoterapias breves y las técnicas de intervención familiar y comunitaria, son expresión de ello.

Antes se apreciaba la crisis como esencialmente peligrosa y dañina a la salud. Hoy se la concibe no sólo como fuente de trastornos psíquicos y biológicos, sino como una *oportunidad privilegiada para el cambio*.

Caplan y Solomon insisten en que «el hierro debe golpearse mientras esté al rojo vivo». De ahí que sea precisamente en los momentos críticos cuando las personas están en condiciones más propicias para experimentar la necesidad de cambios y aceptar la conveniencia de

procurar lograrlos. Fuera de crisis, la persona puede tener la conciencia de esta necesidad, pero posiblemente sus motivaciones y actitudes para el cambio no resulten las suficientes.

Por su parte, la maduración personal requiere del desarrollo por el sujeto de la capacidad de manejarse adaptativamente en crisis. Tal como la preparación de un capitán de navío requiere de la capacidad para arreglárselas con el barco en tempestad.

Tanto biológica como psicológica y socialmente, siguiendo cánones ancestrales que se remontan al principio de la lucha por la vida en la naturaleza, las personas necesitan desarrollar defensas frente a la agresión y habilidades para la satisfacción de sus necesidades. Ellas van desde los anticuerpos hasta las luchas por la independencia. Desde la selección natural hasta las transacciones diplomáticas.

El no afrontamiento a crisis no solo es no crecer; es estancarse y, quizá, enfermar. Pensemos en un veinteañero que no rebasó su crisis de la adolescencia, o que aún no la presentó. O en una sociedad como la del Medioevo que durante siglos languideció en el inmovilismo, hasta sucumbir a manos de la revolución burguesa. Es por ello que damos tanta importancia a la preparación de nuestros psicoterapeutas en la temática de las crisis y en su capacitación para intervenir competentemente en ellas.

1.9 MADUREZ Y SALUD MENTAL

Concebimos la madurez como la adquisición de las condiciones, desde el ángulo interno y de la capacidad relacional, para hacer frente apropiadamente a las demandas de la vida, de acuerdo con cada una de las etapas del desarrollo personal.

No es un concepto estático, ni centrado en las condiciones internas. Porque no es la misma madurez la que, en salud, corresponde a un niño, a un joven o a un adulto mayor. Ni se es maduro porque se está «internamente» preparado para la vida. La madurez se pone a prueba en la adaptación. Y esta es esencialmente social. Tiene un componente intrapsíquico –además de un *substratum* de integridad biológica en correspondencia con la edad– y tiene un componente de aptitud para vivir ajustado a su comunidad.

Si revisamos distintas definiciones existentes sobre madurez, vemos que se la ha descrito como «capacidad para tolerar la frustración», «capacidad para soportar la ambigüedad», «capacidad para posponer la satisfacción de los deseos»; se la ha identificado con el sentido común, el equilibrio emocional, la sabiduría y la sensatez. *Pablo Neruda* se refirió poéticamente a ella como la «capacidad de resolver los problemas sin violencia». Hay quienes la entienden como la aptitud para escoger, entre las diversas opciones, la mejor posible, en correspondencia con los recursos y el contexto en que la persona se encuentra. Pudiéramos consignar una larga lista. Pienso que las definiciones aludidas son aspectos parciales de un concepto general que las engloba.

A mi juicio, es el nivel de preparación de la persona para reaccionar adaptativamente —con equilibrio emocional e intelectual, mediante actitudes y conductas adaptativas y serenas— frente a situaciones problemáticas, aun cuando el éxito no corone los mejores empeños y las necesidades no resulten satisfechas, estuvieren en peligro o se carezca de información suficiente para la toma de decisión, en momentos significativos. Pero también es la capacidad de relacionarse con los otros en consecuencia con las necesidades propias y ajenas, de forma que las transacciones interpersonales y la comunicación fluyan adecuadamente, en beneficio de los superiores objetivos de la adaptación biológica, psicológica y social. No por casualidad —y está probado— la madurez de los sistemas biológicos se pone a prueba en el estrés, como la propia madurez de los sistemas familiares y sociales se comprueba en situaciones de crisis.

En el contexto de la teoría de la crisis que informa este capítulo, aludíamos a que la madurez implicaba la capacidad para desenvolverse adaptativamente en crisis. Con equilibrio emocional, entereza de carácter, asertividad, paciencia y sangre fría, amplitud de pensamiento y flexibilidad en las opciones. Con firmeza en la toma de decisiones y valor personal en el enfrentamiento a sus consecuencias. Con predominio de la conciencia y la razón sobre la emoción, los impulsos y las conductas determinadas inconscientemente, a la hora de las definiciones significativas en la vida. Con ajuste social activo en un marco de creatividad, autonomía, solidaridad, amor a la justicia y sentido de libertad. El acercarse a este ideal es la quintaesencia de la salud mental. En la medida en que nos alejemos de él, podemos

ser presas de la inseguridad y la angustia, del desajuste emocional, del extravío de nuestra adaptación social, de la enfermedad mental.

Esto nos trae de la mano a la relación entre madurez y personalidad. *Schneider* resaltaba que las que él llamaba «personalidades psicopáticas» tenían entre sus principales características el hacer sufrir a los demás por su comportamiento, provocando a menudo situaciones críticas. Las personalidades anormales tienen como común denominador su inmadurez: pobre control de los impulsos; mecanismos de afrontamiento inapropiados; defensas hipertrofiadas; anomalías del carácter, las necesidades y los procesos psíquicos; labilidad o rigidez emocional; dificultad para aprender con la experiencia, rectificar su conducta y asimilar cambios en su confrontación con la realidad. Las personas sanas suelen presentar adecuados niveles de equilibrio emocional, sensatez en el juicio, potencialidad para aprender con la experiencia, procesos y formaciones psíquicas que les ayudan a la adaptación. Por eso la adecuación de la personalidad se pone a prueba en las crisis. De ahí que se hayan podido ir precisando relaciones entre los rasgos y patrones de la personalidad y diversos trastornos psíquicos e, incluso, somáticos. Tal es el caso, por ejemplo, de muy serios estudios realizados en el campo de la cardiología acerca de la correlación entre las llamadas *personalidades tipo A* y *tipo B* y la incidencia de las enfermedades coronarias, con diferencias significativas entre ellas.

A partir de *Alexander, French y Flanders Dumbbar* en Estados Unidos y de *Bikov* en la antigua Unión Soviética, así como del trabajo investigativo de fenomenólogos europeos, fundamentalmente, se han ido precisando diferentes perfiles psicósomáticos y variados mecanismos cerebro-corporales que van identificando la relación entre rasgos de carácter, patrones de comportamiento, emociones involucradas, procesos psiconeuroendocrinos e inmunológicos, madurez de la personalidad, predisposición constitucional, experiencia previa y mecanismos de afrontamiento —por citar solo algunas de las variables que se discuten.

No vamos a entrar en detalles que ampliaremos al referirnos a las enfermedades por claudicación ante el estrés. Solo consignaremos que el campo de la correlación psicofísica, por un lado, y el vínculo entre madurez, personalidad y salud mental, por el otro, arrojan cada día promisorios hallazgos, de gran interés para el tema que nos ocupa.

Capítulo 2

CRISIS Y ENFERMEDAD: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POR CLAUDICACIÓN ANTE EL ESTRÉS

2.1 NIVELES DE ESTRÉS Y CLAUDICACIÓN MORBOSA

El estrés —como ya vimos— constituye una reacción integral de alarma del organismo como respuesta ante necesidades imperiosas o agresiones del medio externo o interno, mediante la cual se movilizan distintos mecanismos de afrontamiento y defensa biológicos, psicológicos, e incluso, sociales, con el fin de buscar adaptación ante demandas críticas de diversa intensidad planteadas al organismo por un elemento potencialmente agresor. Cuando, mediante la movilización de estos mecanismos se logra la adaptación a la situación o elemento estresante, hay salud y, posiblemente, enriquecimiento de las capacidades del individuo para enfrentar satisfactoriamente circunstancias análogas en el futuro; es decir, aprendizaje adaptativo. Si, por el contrario, las defensas puestas en juego por el organismo son insuficientes para neutralizar el agente tensionante, la salud del individuo, vista en su integridad biopsicosocial, puede verse amenazada.

Para entender bien esto es preciso conocer, con *Hetch*, que existen distintos niveles de estrés, de acuerdo con su intensidad y calidad.

El *eustrés* o estrés normal, que se pone en juego en el proceso de satisfacción de una necesidad significativa, como por ejemplo, la ceremonia matrimonial y que es vivenciado como tensión agradable.

El *distrés*, desencadenado por el peligro que representa la posibilidad de no poder satisfacer una necesidad (ejemplo, un examen para el que no se está bien preparado) y que se mantiene en el rango de amenaza o frustración tolerable. Se percibe como tensión desagradable.

La *disregulación funcional*, expresión del desajuste reversible de funciones del organismo o la personalidad reguladas por el SNC, que se mantiene presente mientras están actuando las circunstancias o factores tensionantes, pero que puede volver a la normalidad cuando estos dejan de hacerlo, como ocurre en los trastornos de adaptación. Es percibido como descontrol emocional, acompañándose de diversos síntomas de los conocidos por «funcionales».

La *desincronización funcional* por desorganización o claudicación de los procesos nerviosos ante el estrés, que se observa, por ejemplo, en los llamados trastornos neuróticos y en algunos trastornos psicóticos agudos, en Psiquiatría; así como en enfermedades de tipo psicosomático, en Medicina.

En este nivel de intensidad de los factores estresantes, el SNC no logra estructurar mecanismos adaptativos por estar la agresión por encima de su umbral de resistencia. Una vez roto en forma definida el equilibrio funcional interno que corresponde a la actividad de determinadas estructuras del cerebro, se producen condicionamientos patológicos cuya huella se registra de forma permanente en la dinámica de estas estructuras, expresados a través de los más diversos síntomas, con cuadros psicopatológicos habitualmente bien definidos.

Como puede apreciarse, los dos primeros niveles corresponden al estrés normal que el hombre enfrenta en su vida cotidiana, formando parte del proceso de aprendizaje e intercambio social. En cambio, la disregulación y la desincronización funcionales que estudiara *Hetch*, son formas mórbidas del estrés que aparecen cuando los elementos estresores actuantes sobre el organismo y la personalidad están más allá de su nivel de tolerancia, fuere ello o no de forma reversible.

Junto al concepto de los niveles de estrés que puede soportar en salud una persona determinada, de acuerdo con sus umbrales fisiológico y psicosocial específicos, hemos de recordar el nexo del estrés con el proceso de satisfacción de una necesidad significativa.

El hombre tiene necesidades biológicas comunes a la mayoría de los mamíferos superiores y también necesidades específicamente humanas –ya estudiadas– buena parte de las cuales caben en el amplio concepto de las «necesidades espirituales» o las motivaciones sociales. Cuando se frustra el proceso de satisfacción de una necesidad o se avizora el peligro real o imaginario de no poder satisfacerla, se produce en la persona un estado de estrés (en nuestro caso también cono-

cido como «tensión emocional», aunque este término tiende a dar fundamentalmente una connotación psicológica, mientras que en todo estrés humano están también presentes importantes componentes biológicos y sociales). Cuando la necesidad cuya satisfacción peligró o se hace imposible reviste para el individuo una importancia vital, el nivel de estrés que se genera puede estar por encima del umbral de tolerancia del sujeto y suele ocurrir entonces la insuficiencia o ruptura de los sistemas defensivos involucrados, con lo que queda expedito el camino a las enfermedades del estrés.

Esta insuficiencia o ruptura de los mecanismos defensivos involucrados se expresa en síntomas, tanto somáticos como de la vida de relación. Y como la actitud es la clave de los procesos reguladores inconscientes de la información y de la toma de decisión relacionados con esos mecanismos, obvio es que estos trastornos han de repercutir negativamente en la actitud y en dichos procesos. De ahí que los síntomas se expresen a través de la actitud en la vida emocional, en la esfera de la conducta y de los mecanismos de afrontamiento y defensa, en la capacidad de apreciación objetiva de la realidad interna y externa y en los procesos subliminales asociados a la memoria y la conciencia; en particular, a la conciencia del *yo* y de su relación con *el otro*. Por supuesto, también en los nexos del cerebro afectado con el cuerpo, por vía de la perturbación de las emociones y de los llamados mecanismos córtico-viscerales y psiconeuroendocrino-inmunológicos.

En esto tiene que ver el terreno biológico (genética, constitución, indemnidad física, etc.); la personalidad, con sus rasgos, características y tendencias; las especificidades del estresor, donde entra a jugar el *significado* como amenaza que le confieren los mecanismos o procedimientos valorativos del sujeto; los condicionamientos y los procesos de enfrentamiento y respuesta, con sus mecanismos de evitación y defensa, entre otros factores.

Estos vínculos tan complejos requieren de la indemnidad del sistema límbico en su relación funcional con la sustancia reticular, los analizadores corticales y las restantes estructuras cerebrales. Es precisamente esta integridad funcional la que se viene abajo con la claudicación ante el estrés, sustentando el complejo sintomático del sujeto dañado por la crisis.

Por otra parte, la conflictualidad implícita en la amenaza viene a serlo porque hay antagonismo de necesidades, insuficiencia de recursos para enfrentarla o distorsión en la capacidad para valorar los acontecimientos producto de condicionamientos traumáticos previos que enrarecieron dicha capacidad. Es por esta última razón que hemos de dar una consideración especial a la apreciación de la amenaza, porque lo que constituye peligro o conflicto para unos no lo es en absoluto para otros; porque lo que es amenazante ahora pudo no serlo antes o pudiera no serlo después. Y es que hay una relación directa entre el nivel de estrés que se experimenta y el significado personal que se da a lo que es percibido o reprimido, a lo que se interpreta del evento vital; como lo hay con la manera en que se manejen las actitudes ante las propias necesidades.

2.2 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR CLAUDICACIÓN ANTE EL ESTRÉS

Existe un conjunto de entidades psiquiátricas cuya causa descansa, en forma importante, en los mecanismos apuntados. Por razones de asociación lógica y siguiendo una terminología tradicionalmente utilizada en nuestro medio, presentamos los más frecuentes trastornos relacionados directa o indirectamente con el estrés en sus mecanismos de producción, al tiempo que la nomenclatura de la CIE-10 acerca de dichos trastornos.

Comoquiera que la décima y última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) no agrupa los trastornos por consideraciones etiológicas sino buscando un consenso comunicativo internacional, sobre la base de parámetros fundamentalmente clínicos y evolutivos, entresacamos de dicha clasificación los trastornos compatibles con la patogenia aludida –en los cuales parece intervenir en alguna proporción la acción del estrés– remitiendo al lector a dicho instrumento con referencia a los parámetros descriptivos que allí se caracterizan.

De acuerdo con la nomenclatura convencional utilizada en nuestro medio, las enfermedades por claudicación ante el estrés son:

- Reacciones situacionales.

- Neurosis.
- Trastornos psicosomáticos o psicofisiopatológicos.
- Reacciones psicóticas agudas no esquizofrénicas.

Incluyo, además, aunque no son considerados entre nosotros como «enfermedades», los llamados *desajustes adaptativos* o *estados inadaptativos transitorios*, que no se corresponden con los *trastornos de adaptación* de la CIE-10 —como su nombre pudiera sugerir— ya que estos se equiparan a nuestras *reacciones situacionales*. La CIE-10 los codifica como categorías especiales dispersas bajo distintas condiciones que aparecen en su capítulo XXI. Por la importancia práctica de tomarlos en consideración bajo la óptica preventiva que preside nuestro enfoque del trabajo en la salud mental, con la experiencia de que forman parte de la demanda que atienden nuestros servicios especializados de Psiquiatría y Psicología de la Salud, me referiré a ellos en este capítulo.

A su vez, dejo constancia de que otros trastornos, aunque no los consideramos como producto de la claudicación, son desencadenados en algunas de sus crisis o guardan relación en su descompensación con la acción del estrés. Me refiero a los trastornos de personalidad, el déficit mental, las enfermedades afectivas, algunos cuadros psicóticos, terrenos orgánicos o demenciales, etc. Pero, conceptualmente, se trata de otra cosa.

Como señalábamos, la CIE-10 incluye los cuadros antes relacionados bajo los rubros siguientes:

Reacciones situacionales	F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
Neurosis	F40 Trastornos de ansiedad fóbica F41 Otros trastornos de ansiedad F42 Trastorno obsesivo compulsivo (discutible como neurosis) F44 Trastorno disociativo F34.1 Distimia F48 Otros trastornos neuróticos F45.0 Trastorno de somatización

	F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado
	F45.2 Trastorno hipocondríaco
Trastornos psicósomáticos	F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa
	F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo
	F45.8 Otros trastornos somatomorfos
	F50 Trastornos de la conducta alimentaria
	F51 Trastornos no orgánicos del sueño
	F52 Disfunción sexual no orgánica
	F59 Disfunción fisiológica sin especificación
Reacciones psicóticas agudas no esquizofrénicas	F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

2.2.1 ESTADOS INADAPTATIVOS TRANSITORIOS

Se trata de cuadros transicionales, no bien estructurados, en los que personas sometidas a distrés por eventos vitales que les colocan en crisis, desarrollan fuertes sentimientos de malestar y, sin que lleguen a presentar un síndrome psiquiátrico definido, experimentan emociones negativas, con acentuación de algunas de las manifestaciones subjetivas y objetivas correspondientes a ellas, presentando síntomas aislados tales como insomnio, ideas sobrevaloradas acerca del problema, inquietud, conductas inseguras, entre otros, haciendo uso de mecanismos de afrontamiento y defensa que les fueron útiles, quizá, en otros momentos de la vida, pero que no lo son para superar la crisis actual.

Como en toda crisis, ha de producirse un cambio en el sujeto como resultado de ella, para bien o para mal. Si logra vencerla satisfactoriamente, desaparecerán estos síntomas y la persona saldrá fortalecida en su madurez y mecanismos de afrontamiento; si no, puede haber claudicación ante el estrés y pasar el sujeto a presentar cualquiera de los trastornos aludidos.

Es un *estado premórbido* que puede no pasar de allí o devenir forma de comienzo de alguna entidad nosológica. No se trata de las emociones normales, proporcionales a una situación de tensión o infortunio personal; hay cierta desproporcionalidad y afección en cuanto a su calidad, por lo que hay síntomas, pero estos son leves y transitorios, aislados, poco estructurados, muchos de ellos como respuesta exagerada emocional, frisando el terreno de lo morboso.

Como es obvio, la vigencia nosográfica de estos cuadros es discutible, por su falta de individualidad y estabilidad clínicas y de un *substratum* fisiopatológico fácilmente identificable, habiendo surgido como solución de compromiso para dar salida a la necesidad taxonómica de diagnosticar estados que inciden en los servicios de salud mental, sin llegar a ser enfermedades en el sentido tradicional de la palabra, como señalamos anteriormente.

Estos desajustes emocionales transitorios se ven con frecuencia en niños y adolescentes, personalidades aún no completamente formadas, al enfrentar conflictos de adaptación familiar y escolar, sexuales, de elección profesional, así como al tener que ir venciendo las distintas crisis del desarrollo vital (personales y familiares) que se han de aprender a enfrentar y que no siempre transcurren por senderos apacibles.

En los adultos, los problemas amorosos, laborales, familiares, económicos y sociopolíticos cobran particular vigencia. Durante la involución y la senescencia, la inminencia de adaptarse a etapas regresivas del existir, plantea dilemas que ponen a prueba la madurez y la entereza de carácter alcanzados en la vida. Síntomas asociados a la ansiedad, la tristeza y el mal humor, problemas interpersonales, desajustes de conducta, inseguridad y miedo a enfrentar la vida, intentos de suicidio, son elementos que, en uno u otro caso, pueden formar parte de estos desajustes.

2.2.2 TRASTORNOS NEURÓTICOS

Con motivo de que, tanto la CIE-10 como el DSM-IV evaden el término neurosis y, con ello, las acaloradas polémicas de escuela relacionadas con todo cuanto tenga que ver con esta verdadera manzana de la discordia de la Psiquiatría moderna, con frecuencia creciente

escucho a colegas no bien documentados exclamar, con extrema superficialidad, que las neurosis *no existen*, haciendo de inmediato alusión a que actualmente los cuadros que antes se llamaban tales, *no se aceptan* internacionalmente. Razonamiento absurdo mediante el cual, como la realidad se muestra problemática ipeor para la realidad!: la desaparecemos como por artes de magia. Esto me hace recordar aquella original afirmación de *Erikson*, útil en su estilo sugestivo y manipulador de psicoterapia: «Cuando un problema deja de ser considerado como tal para el sujeto, el problema habrá dejado de existir».

Mis queridos colegas desaparecen, de una sola estocada, comenzando por *Pavlov* y *Freud*, siguiendo por *Wolpe* y *Símonov*, la obra de todo un siglo. Resulta para ellos que los histéricos, fóbicos, hipocondríacos –para citar solo algunas de sus variedades– que han saturado por décadas nuestras consultas ¡ya no son neuróticos! ¿Quién aportó las pruebas de que no lo son? ¿Existe acaso demostración que fundamente inequívocamente causalidad en otro sentido? No, porque ni la CIE-10 ni el DSM-IV pretenden eso ni tendrían base para pretenderlo: codifican de acuerdo con el comportamiento clínico-evolutivo, evaden la polémica etiológica y apelan a un consenso de compromiso que en modo alguno conculca la libertad en que está cualquier profesional bien documentado de diagnosticar de acuerdo con sus conocimientos científicos y bajo la óptica de su escuela, hasta tanto y en cuanto estemos frente a ciencia constituida. Lo que, en aras de la comunicación científica internacional y para facilitar el avance del conocimiento y de las investigaciones en un mundo globalizado, codificará conforme a las clasificaciones vigentes oficialmente, para lo cual las pautas para el diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), permanentemente consensualizadas y renovadas, constituyen instrumentos de extraordinaria utilidad, perfectamente compatibles con nuestra conceptualización.

En lo que respecta a la vigencia de la neurosis, como categoría bien definida en el contexto de las investigaciones que buscan el esclarecimiento causal de los aspectos medulares de la Psiquiatría, fiel a *Bustamante* y a la escuela cubana, defiendo la existencia bajo ese término de *un grupo de entidades* –no importa el nombre– con

caracteres etiológicos afines, en las cuales la claudicación ante el estrés, la presencia de conflictos psíquicos inconscientes con fuerte compromiso emocional, las estructuras defensivas de la personalidad y el carácter crónico de sus trastornos, enraizados en la historia personal, entre otros aspectos, tipifican y expresan el parentesco interno de dichos cuadros, en los que no desestimamos un origen multicausal en el que participan factores tales como la predisposición genética y características tipológicas del sistema nervioso central (SNC).

Herederos de investigaciones y aportes que fundamentan un definido pensamiento de Escuela, de alcance metodológico para el enfoque de la Psiquiatría y la Psicoterapia que desarrollamos en este libro, paso a profundizar en nuestra posición al respecto.

Consideramos las neurosis –en plural– como trastornos que afectan fundamentalmente la vida emocional y las relaciones interpersonales en forma crónica, desajustando la personalidad y pasando a formar parte de la «manera de ser» de los sujetos. Se expresan habitualmente por perturbaciones psicológicas que no afectan en esencia el juicio de la realidad, atribuyéndose muchas de sus manifestaciones a mecanismos condicionados de evitación ante una amenaza intolerable, provocadora de estrés, frente al cual la ansiedad aparece como una señal anticipatoria de alarma, acerca de que la satisfacción de una necesidad significativa está en peligro, o que el enfrentamiento a un conflicto no resuelto es inminente. Otras manifestaciones resultan de la desorganización de la actividad nerviosa superior tras la claudicación funcional de sus recursos adaptativos fisiológicos y psicosociales por el distrés, también, a consecuencia de nuevos mecanismos de defensa.

Desde el punto de vista psicológico, se puede apreciar en los neuróticos la presencia de conflictos internalizados –los mal llamados «complejos»– en estrecha relación con experiencias personales que fueron traumáticas, se condicionaron y eventualmente se reprimieron, con frecuencia vinculadas a su problemática familiar.

Fisiopatológicamente existen, como *substratum* de ello, reflejos condicionados mórbidos que asocian el organismo y, en especial, los sistemas cardiovascular y neurovegetativo, con dichas experiencias traumáticas y sus distorsionados e incompletos reflejos verbales; condicionamientos indisolublemente unidos a la autoconciencia histórica personal, cristalizados en predisposiciones y actitudes

inadaptativas que les acompañan a lo largo de su vida. Lo que no resta un ápice de importancia, como decíamos, al significativo papel que tienen la herencia y la existencia de tipos de SNC y aparatos metabólicos predisponentes a una u otra variedad neurótica —a manera de terreno propicio— para el desarrollo de estos trastornos, lo cual cada día acumula nuevas evidencias.

ASPECTOS ESENCIALES DEL CONCEPTO

- Las neurosis representan un grupo de trastornos que afectan las funciones de relación, la vida emocional y pasan a formar parte de la personalidad.
- Constituyen un proceso crónico, por estar enraizadas en la historia personal y asentadas en conflictos habitualmente tempranos que, al ser reactivados por estresores —predicción de amenazas simbólicas— dan lugar a la reiterada aparición de los síntomas.
- La ansiedad es su síntoma fundamental y está relacionada en especial con el condicionamiento ante el estrés del aparato cardiovascular y el sistema neurovegetativo, lo que le confiere su base material, junto a los cambios neuroendocrinos, metabólicos, neuromusculares e inmunológicos que la acompañan.
- Resulta protagónico el papel de los mecanismos de evitación ante la predicción inconsciente de la amenaza y el distrés; mecanismos que están relacionados con los síntomas y las actitudes predisponentes neuróticas, a manera de defensas anticipatorias o verdaderas válvulas de escape.
- El conflicto internalizado es un resultado de la amenaza a la seguridad y a la satisfacción de necesidades significativas y se expresa a la vez en un error de aprendizaje, de percepción y de memoria, al no poderse integrar por el SNC como clara experiencia consciente y reflejo fiel de su realidad.
- La experiencia traumática anterior vino a determinar, en su oportunidad, la claudicación ante el estrés y el desajuste del SNC en sus conexiones internas, el establecimiento de reflejos condicionados patógenos, así como la conformación de predisposiciones y actitudes inadaptativas, las que se «disparan» automáticamente al enfrentarse a la amenaza de la eventual repetición de dichas expe-

riencias, lo cual opera en forma no consciente mediante procesos perturbadores pautados por la actitud.

- Los síntomas tienen un carácter de distorsión lúcida del reflejo psíquico que no afecta esencialmente el juicio de la realidad, estando permeada esta distorsión por la afectividad perturbada, el estrechamiento o disociación de la conciencia y por la acción directa e indirecta de los mecanismos de defensa.
- La naturaleza histórico-personal de los conflictos les confiere su sentido y significado al estilo y plan de vida del neurótico concreto y a muchos de sus síntomas.
- Suelen existir tipos de SNC propicios, caracterizados fundamentalmente por su fragilidad e inestabilidad, habiéndose descrito numerosas variedades y encontrado algunos estigmas biológicos que parecen estar asociados a sus diferentes subtipos.

El trastorno neurótico es un conjunto de condicionamientos morbosos ante el distrés, y las respuestas psicológicas y somáticas que aparecen en ella son la expresión de la incapacidad del SNC de soportar la sobrecarga de los procesos nerviosos a que es expuesto por el medio y que está en relación con determinados significados sociales que constituyen fuente de amenaza y agresión (pérdida de valores queridos, sentimientos de culpa, soledad, abandono, hostilidad reprimida, inferioridad, daño a la autoestima, rechazo, insatisfacción de necesidades, etc.). Para experimentar la ansiedad, por ejemplo, debe haber condicionamiento de una respuesta anómala por distrés del sistema cardiovascular ante un estresor acerca del cual el SNC toma información, lo cual ha quedado debidamente demostrado.

Agrupamos los síntomas neuróticos en seis tipos:

- *Síntomas catastróficos*. Aquellos que son consecuencia directa de la desincronización funcional resultado de la «catástrofe» del SNC al no poder soportar la sobrecarga tensional sobre los procesos nerviosos o, dicho de otro modo, el exceso de información (cefaleas, intranquilidad, insomnio, fatiga, irritabilidad, etc.) así como los derivados de la alteración de las emociones involucradas (tristeza, disforia, aprensión, apatía, entre otros).
- *Síntomas de evitación*. Aquellos que constituyen mecanismos de evitación y defensa ante el distrés, la amenaza, la angustia o las con-

- secuencias de ella, los cuales aparecen una vez que el SNC predice, avizora o se percata precozmente de la probabilidad de una amenaza real o simbólica –por su significado– para su seguridad y la satisfacción de sus necesidades (disociaciones, conversiones, distracción, etc.) y cuando se ve enfrentado a pesar de ello a sus resultados (ejemplo, amnesias, embotamiento, falsos recuerdos).
- *Síntomas de respuesta interpersonal.* Aquellos que son expresión de los sentimientos, conductas y actitudes negativas hacia los otros que se desencadenan como respuesta a la asociación que se hace entre esas personas y las causas del conflicto o, en su caso, de las necesidades insatisfechas (celos, dependencia, reafirmación, etc.).
 - *Síntomas preventivos.* Aquellos que evitan la posibilidad de que el sujeto vuelva a verse enfrentado al conflicto insuperable o expuesto a una necesidad que se considera incapaz de satisfacer (retraimiento, rituales compulsivos, fobias sociales, desconfianza).
 - *Síntomas de alerta.* Aquellos que sirven como señal de alarma ante un peligro real o imaginario, frente al cual ponen en guardia a todo el sistema de la personalidad. Tal es el caso de la ansiedad y la hipervigilancia.
 - *Síntomas caracterológicos.* Aquellos relacionados directamente con las anomalías propias del carácter de los neuróticos (inseguridad, inasertividad, actitudes inadaptativas y dificultades interpersonales, labilidad emocional, complejos, hipertrofia de las defensas, etc.). Las neurosis se entretajan en la «manera de ser» del sujeto, en sus predisposiciones y actitudes, constituyendo un modo habitual de reaccionar, una forma típica de responder ante las demandas de la vida. Por afectar las actitudes y ser precisamente el carácter el conjunto de actitudes peculiares de una persona, las neurosis vienen acompañadas del carácter perturbado que suele formar parte de cada una de ellas. Porque se entretajan en el proceso de su propia formación, confiriéndole a la persona el sello de su conflictualidad. La inseguridad básica y la incapacidad para satisfacer a plenitud sus necesidades de adaptación y realización personal les son inherentes.

Como estas maneras mórbidas de reaccionar quedan establecidas tras condicionamientos patológicos permanentes, aparecen en el de-

venir personal cada vez que el paciente se enfrenta a los estímulos condicionados o sus equivalentes simbólicos.

La persona, consciente o inconscientemente, percibe señales de amenaza, intuye o predice, sobre la base de su experiencia anterior, significados peligrosos a su seguridad en la comunicación y, de inmediato, se pone en guardia para la defensa.

La ansiedad, como señal de alarma, aparece cuando los índices de tensión amenazan sobrepasar la capacidad de respuesta normal del individuo y alcanzar niveles de desestructuración psicopatológica. Es más, la capacidad de predicción del ser humano, habidas experiencias previas, le posibilita utilizar actitudes escapistas (neuróticas) para *evitar* situaciones productoras de ansiedad. Entonces, por mecanismos de condicionamiento operante, estas conductas de evitación, al lograr evadir la ansiedad, se ven reforzadas, por lo que se mantienen en el tiempo a pesar de lo ineficaces de tales respuestas para una adaptación verdadera.

No solo la ansiedad surge como expresión de defensa (alarma) frente a la amenaza, sino que los mecanismos de evitación aparecen, a su vez, como defensa contra la ansiedad cuando el sujeto, por avizorar la amenaza, se antepone precozmente a ella, lo que explica por qué las actitudes escapistas entran a formar parte constitutiva del carácter y la personalidad de los neuróticos. Detrás de ellos están los condicionamientos patológicos que las hacen posibles.

Cuando el neurótico aprende a identificar precozmente la posibilidad de surgimiento de tales situaciones estresantes que, por demás, teme continuamente encontrar a cada paso, aprende también a prever las secuencias en que se va incrementando la posibilidad de aparición de la angustia, por lo que comienza automática e inconscientemente a utilizar mecanismos psicológicos que evadan la exposición al peligro. Si estos mecanismos logran evitar la ansiedad, aunque no resuelvan la adaptación a la vida, son reforzados y vueltos a utilizar una y otra vez. Por ejemplo, la fobia a salir a la calle puede ser una defensa para evadir los peligros simbólicos que esta última representa para ese sujeto (sexo, agresión, soledad, culpa, inferioridad, etcétera).

Uno de los elementos diagnósticos que más nos ayudan a diferenciar a las neurosis de otros trastornos, como los situacionales o de adaptación, es la existencia en ellas de conflictos psicológicos internalizados. El psicotrauma —conjunto de experiencias sociales

creadoras de condicionamientos patológicos, de muy diversos modos— adquiere un significado conflictual para el sujeto, mientras no logra integrar una imagen verbal adecuada al respecto. Cada vez que se enfrenta al conflicto o a sus equivalentes simbólicos, específicos para él, se desencadena como un resorte la secuencia sintomatológica.

El neurótico arrastra consigo, cual espina irritativa, sus «complejos». Los conflictos fueron primariamente exteriores, pero los internalizó. Como no ha aprendido a superarlos, a manejarlos adecuadamente sino a duras penas logra evadirlos, ocultarlos, reprimirlos, en aquellas ocasiones en que la vida le impone a su pesar enfrentarse a sus problemas, cae en crisis, se desestructura. Esa es la problemática neurótica, analizada desde el ángulo puramente psicológico.

Cuando queremos conocer las causas de la neurosis de un paciente específico, la clave está en su historia personal concreta, donde único podemos hallar la esencia de su problema. Lo que es traumático para una persona o una cultura, en otra puede no serlo. Cada diagnóstico concreto es un riguroso proceso de investigación. Solo si procedemos de esta manera estaremos en condiciones de formular hipótesis, identificar conflictos y necesidades insatisfechas, acorrular predisposiciones y mecanismos de evitación, captar el significado de los síntomas.

Es importante que se tenga en cuenta que las variedades clínicas de las neurosis están determinadas en buena medida por el tipo de SNC, la herencia, la índole del conflicto psicológico internalizado y los patrones de educación a los que la persona fue sometida, sobre todo en su temprana infancia, a través de los sistemas integradores clave que conformaron su personalidad a partir de su genotipo.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS

La influencia que el auge de la Cibernética ha determinado en la Neurofisiología contemporánea ha llevado a los investigadores a estudiar las relaciones de los mecanismos de obtención, procesamiento, almacenamiento y regulación de la información por el cerebro humano con la aparición de los trastornos neuróticos, lo cual ha dado nueva luz a estas investigaciones. Ya no se ven los síntomas psíquicos como «focos inertes de excitación», sino como producto de las

huellas en el sistema nervioso de la relación desincronizada de millones conjuntos neuronales, condicionados mórbidamente como determinado momento estadístico de la actividad bioeléctrica y neuroquímica sistémicas del cerebro, en su proceso reflexor y transformador de la realidad externa e interna. Por su interés, haré referencia a los aportes de dos de los más eminentes investigadores del problema en la antigua URSS.

M. M. Khannanashvili plantea:

Una de las formas de neurosis etiológicamente diferenciada está condicionada por una combinación desfavorable de los factores siguientes:

1. Un gran volumen de información necesita ser procesado y adoptado en conexión con la decisión tomada.
2. Déficit de tiempo.
3. Un alto nivel motivacional.

La exposición continua de una persona a estas condiciones puede provocar la aparición de neurosis.

Este autor insiste en la necesidad de estudiar dichas causas primarias y las causas secundarias que astenizan el organismo y disminuyen la estabilidad del SNC.

P. V. Símonov, por su parte, señala:

En la base de la neurosis está la predicción consciente e inconsciente de la probabilidad para satisfacer las necesidades vitales en 2 situaciones típicas:

1. Cuando la satisfacción de esta necesidad es obstaculizada por otra necesidad competente y/o:
2. Cuando el sujeto conoce cómo satisfacer su necesidad, pero no tiene medios necesarios y suficientes para hacerlo.

El papel decisivo de la predicción de la probabilidad para satisfacer las necesidades en la patogénesis de la neurosis nos autoriza a definirla como una enfermedad informativa.

Símonov hace énfasis en la participación de cuatro estructuras cerebrales en estos mecanismos: neocorteza frontal, hipocampo, amígdala e hipotálamo, y expresa que la alteración de la interacción óptima de las cuatro estructuras es la razón fundamental de la desincronización neurótica.

En resumen, ambos autores fundamentan con sus investigaciones de laboratorio la concepción de las neurosis como enfermedades informativas del sistema límbico cerebral.

Por otra parte, cada día se multiplican las investigaciones que muestran el papel de los diferentes neurotransmisores cerebrales y otros mediadores químicos en la fisiopatología de estos trastornos.

El capítulo no está cerrado ni es tarea solo de neurofisiólogos, psiquiatras, genetistas, biólogos moleculares, bioquímicos, farmacólogos y neuropsicólogos. La revolución de las neurociencias y el desafío gnoseológico que las ciencias sociales y del comportamiento nos deparan en las décadas por venir, pasan por la comprensión científica del complejo problema de las neurosis, quizás uno de los más fascinantes de los relacionados con la patología de la conducta humana, porque expresa la indiscutible unidad psicofísica y la dialéctica de la perturbación de las relaciones del hombre con la sociedad y la naturaleza.

Entonces la obra de *Freud* y de *Pavlov* y por qué no, también la de *Bustamante*, serán plenamente reivindicadas.

2.2.3 CRISIS Y CONDUCTAS SOCIALES DE EVASIÓN

En situaciones de crisis la personalidad bajo tensión puede reaccionar con desajustes del comportamiento y conductas sociales de evasión, como es el caso del alcoholismo, el suicidio, la drogadicción y algunas conductas inadaptativas de tipo disocial.

Ciertas formas de adicción recientemente consideradas como la adicción al sexo, a los espectáculos violentos, al juego de azar, incluso al trabajo compulsivo y al uso patológico de las computadoras, pueden ser interpretadas también como formas de evasión social, cuando alienan la libertad personal y alejan al sujeto del contacto humano o de sus verdaderos intereses individuales y sociales. En estos casos, se puede estar o no en presencia de personas psíquicamente enfermas, en el sentido estricto de la palabra, en dependencia de la indemnidad o no de la actividad de su SNC y de la repercusión sobre el organismo, biológicamente hablando, de este estilo de vida no saludable.

No obstante, en ambas variantes el componente de respuesta evasiva a los problemas conflictivos de la vida, suele estar presente. Son mecanismos conductuales de afrontamiento o defensa inapropiados que se expresan y repercuten en el medio familiar y en la convivencia social.

Nadie duda actualmente del carácter evasivo del alcoholismo, la farmacodependencia, la adicción a las llamadas drogas duras, así como que la conducta suicida es la expresión evasiva más dramática de una grave crisis vital. A la adicción se puede llegar sin pretender evadir nada: por imitación, presión de grupo, hábito social o búsqueda de placer. Pero, en la medida en que se constituye en problema, se le condiciona como mecanismo de evasión, al tiempo que se convierte, desde los puntos de vista médico y social, en una grave enfermedad.

La problemática del suicidio, como fenómeno de masa, traduce a su modo los niveles de tensión social de una comunidad, además de reflejar factores culturales específicos. Como fenómeno individual, expresa la frustración vital y el impulso o la voluntad del sujeto en crisis de evadir de esa forma el sufrimiento, lo que no excluye, por el carácter multifactorial del comportamiento suicida y parasuicida, la presencia de otras causales primarias. Una personalidad inmadura o inapropiada estará más propensa y será más frágil a estos mecanismos. Una personalidad madura y asertiva, con equilibrio en su sistema nervioso, no sucumbirá a ellos con igual facilidad.

A mayor conflictualidad, tensión social, alienación, crisis de la existencia, de una parte, y a mayor inestabilidad de la personalidad, por la otra, mayor vulnerabilidad ante el estrés y más conductas sociales de evasión en una persona, una familia y una colectividad. Aun cuando estas conductas son precedidas por trastornos psiquiátricos definidos que les sirven de sustento, ellas suelen expresar formas de respuesta a la crisis existencial que su enfermedad ocasiona en estas personas, entrando a formar parte de sus mecanismos habituales de afrontamiento.

Capítulo 3

CRISIS Y PSICOTERAPIA

3.1 INTERVENCIÓN EN CRISIS

Al igual que en el resto de la Medicina se fue desarrollando un modelo de atención a las urgencias basado en la concentración de recursos humanos y tecnológicos y en la creación de unidades especiales para la aplicación de cuidados intensivos a enfermos en estado crítico (UCI), a partir de 1950 fue tomando fuerza en Psiquiatría un enfoque ecológico de aplicación de recursos múltiples para el abordaje de las urgencias y la intervención en situaciones críticas que, desde el punto de vista de su salud mental, aquejan a los enfermos, las familias e, incluso, a grupos humanos en desventaja social, particularmente en las grandes ciudades.

Así, fueron surgiendo Unidades de Intervención en Crisis (UIC), Unidades de Urgencia Familiar y Unidades de Salud Mental Familiar, adscritas a los servicios de Psiquiatría y Centros Comunitarios de Salud Mental –vinculados a los servicios públicos– concebidos para una intervención activa, utilizando los recursos de la comunidad a través de las familias, las organizaciones sociales, el equipo interdisciplinario de salud mental, la asistencia social, activistas comunitarios y los propios sujetos afectados; e incidiendo sobre los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales envueltos en la problemática objeto de atención.

A la vez que una nueva forma de organización de los recursos y de la participación de distintos profesionales en el abordaje de las crisis, era una nueva concepción acerca de la intervención de un equipo interdisciplinario en los problemas de la salud mental de las personas, las familias y las comunidades, una nueva estrategia de la

terapia. Es significativo que, desde su comienzo mismo, los promotores del nuevo modelo de atención diesen un trato privilegiado a la consideración de la familia como objeto de tratamiento y la tomasen en cuenta en todo momento en el diseño de las estrategias de intervención comunitaria.

Las medidas de intervención en crisis pueden aplicarse con los pacientes hospitalizados bajo tratamiento de 24 horas, por períodos breves; ambulatoriamente, con hospitalización parcial; directamente en la comunidad, mediante servicios externos accesibles o en su propio domicilio por médicos de la familia, de conjunto con el equipo de salud mental comunitaria. Esas medidas descansan en una psicoterapia breve, muy activa e intensiva con la familia e incidiendo sobre ella, incorporándola a la estrategia terapéutica.

Junto a ello, movilizándolo los factores sociales de su medio ambiente, removiendo obstáculos, concertando recursos de ayuda, fortaleciendo su red de apoyo social, al tiempo que aplicando las terapias biológicas que fueren necesarias, generalmente en dosis incisivas, con la finalidad de controlar los síntomas y sus resultados, así como prevenir las recaídas, invalideces y consecuencias negativas del «estar enfermo», en el lapso más breve posible.

Esta terapia de *multiempuje* —como le llamaba el eminente psiquiatra cubano *Armando de Córdova*— aplicada por un equipo multidisciplinario que aprovecha los recursos de la comunidad, incluidos los específicos del sistema de salud y cuya esencia radica en obtener la participación del propio enfermo, el compromiso de la familia y la movilización de todos los recursos disponibles es la estrategia más apropiada para contender con las crisis que logran quebrantar de forma importante la salud mental de las personas.

En casos menos graves o urgentes y que no requieren hospitalización, no es necesaria tal acometividad en lo biológico, pero resulta igual de importante el uso de estrategias de intervención psicoterapéutica breve, el manejo del ambiente y la familia, el fortalecimiento de la red de apoyo social y de su vínculo con ella y, sobre todo, el saber aprovechar el momento de la crisis para comprometer los recursos del sujeto y de su entorno, en la estrategia de intervención para el cambio.

3.1.1 MODOS Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN: PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

Se estima como esencial el aspecto situacional de las crisis, prestándose especial interés al cuidado del individuo, así como a la repercusión que tienen en las familias y las comunidades, los cambios que se producen en las personas expuestas a factores estresantes. Familias y comunidades que deberán ser capacitadas para intervenir en forma activa y responsable en situaciones críticas, con el objetivo de brindar una adecuada *primera ayuda psicológica* ante desastres naturales o sociales, o problemas domésticos o de otra índole que forman parte de la convivencia social.

Las crisis pueden ser manejadas por personas que no necesariamente tienen que ser profesionales de la salud mental, siempre y cuando sean debidamente entrenadas al respecto; en las comunidades, los médicos de la familia, vecinos, familiares, la pareja, y los propios «pares», pueden ofrecer la mencionada ayuda a las personas que se encuentren en dicha situación.

Esta consiste en el primer contacto interactivo que se realiza con el individuo o el grupo, en el momento que se presenta la situación de crisis; esta primera ayuda puede durar desde minutos hasta horas, y puede efectuarse en cualquier lugar; solo es necesario que la persona que la brinda sea capaz de establecer una adecuada comunicación, que le ofrezca al que padece la crisis, la posibilidad de disminuir el sufrimiento que le produce la situación estresante, reduciendo de esta forma su riesgo potencial. Puede ser aplicada por actores sociales con sentido común, si les facilitamos la preparación mínima indispensable al respecto.

COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

- Contacto psicológico.
- Evaluación de las dimensiones del problema.
- Análisis de posibles soluciones.
- Ayuda para la acción concreta.
- Seguimiento.

Para lograr el *contacto psicológico* se requiere establecer una comunicación empática, para lo cual se escuchará cuidadosamente a la persona de modo que esta sienta que se le presta atención y se comprende su problema. Asimismo se debe facilitar la ventilación de sentimientos y la verbalización acerca de los hechos, comunicar aceptación incondicional y dar apoyo.

Al *evaluar las dimensiones del problema* se debe formular preguntas abiertas de enfoque específico al problema y pedir a la persona que sea concreta; evaluar los riesgos, las consecuencias y los antecedentes al respecto; revisar los aspectos que involucra; comprender el significado que tiene el problema para los involucrados e incursionar en los diferentes ángulos desde donde puede ser considerado.

El *análisis de las posibles soluciones* tiene como objetivo estimular la creatividad y el sentido común; buscar y esclarecer alternativas; abordar directamente los obstáculos; establecer prioridades y favorecer la inspiración y la toma de decisiones maduras y sensatas.

La *ayuda para la acción concreta* persigue establecer objetivos específicos a corto plazo y lograr que, de manera inmediata, la persona intente hallar una solución racional a su problema, no dejando las cosas para luego. Para ello se debe confrontar cuando sea necesario; promover que se asuma responsabilidad personal sobre las acciones; asistir con apoyo en la instrumentación de la toma de decisión, una vez que se hayan esclarecido las distintas alternativas; estimular a la acción. Ser directivo sólo cuando sea estrictamente imprescindible.

El *seguimiento* implica realizar contrato para el recontacto; evaluar las acciones en sus distintas etapas; promover el refuerzo de las conductas positivas; no dejar cabos sueltos ni presuponer que el paciente continuará espontáneamente con la acción comprometida.

COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS*

- Actitud de escuchar en forma empática, activa y selectiva. Apoyo emocional.
- Aceptación acrítica.
- Tranquilización verbal.

* Zigfrids T. Stelmachers. En: Tintinalli y cols. Medicina de Urgencias, Ed. Interam. 3ra ed., 1993. Pp. 1325.

- Suministro de información.
- Permisividad para el desahogo de las emociones.
- Esclarecimiento intelectual.
- Consejo y persuasión.
- Confrontación.
- Establecimiento de límites.
- Facilitación e intermediación.
- Destino final y vigilancia.

METAS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS*

- Evitar que surjan síntomas psiquiátricos.
- Evitar que aparezcan reacciones tardías o crónicas.
- Separar a los sujetos en uno de dos grupos desde el comienzo del tratamiento: los que necesitan de hospitalización y los que pueden tratarse ambulatoriamente.
- Aliviar los síntomas.
- Restaurar el equilibrio emocional.
- Devolver la fortaleza y el control, especialmente a sujetos inculcados.
- Devolver a la persona al estado de funcionamiento que tenía antes de la crisis, o a un nivel superior.

3.2 ESTRÉS Y PSICOTERAPIA

El carácter breve e intensivo de la psicoterapia en las crisis viene justificado no sólo por las urgencias del tiempo. La conveniencia de «golpear mientras el hierro esté al rojo vivo», se fundamenta –según estudiábamos en el primer capítulo– en la potencialidad privilegiada para el cambio que representan para el individuo el estado de crisis y la motivación de eliminar el malestar que le provocan las emociones negativas asociadas al distrés.

Si, como veíamos, en estrés pueden movilizarse los mecanismos de evitación y las defensas contra la angustia, se ponen a prueba los

* Ibid. Pp. 1325.

mecanismos de afrontamiento y suelen desencadenarse los síntomas, es lógico que esto nos dé la posibilidad de constatarlos y actuar sobre ellos «en caliente» y no cuando el paciente se encuentra fuera de crisis, menos tensionado y motivado y, por tanto, con sus hábitos más rígidos y sus actitudes en plena función conservadora del *status quo*, como nave conducida por el piloto automático.

Por esta razón, se recomienda acometer las técnicas psicoterapéuticas individuales, grupales y familiares en momentos en que las personas experimentan ostensible malestar. Entonces se trabajará con mucha intensidad, aprovechando el factor tiempo y la mayor motivación, pudiendo establecerse un contrato terapéutico en el cual la persona se encontrará comprometida en la misma medida en que sea capaz de percibir la necesidad en que está y de asumir la terapia en función de sus propios intereses. Las curas prolongadas o profundas no se desestiman, pero el «enganche» y el contrato terapéutico es aconsejable obtenerlos en crisis, siempre que sea posible, con la finalidad de evitar el abandono por falta de motivación para el cambio.

Como sección de esta obra se tratará la psicoterapia de actitudes en sus distintas modalidades, nos abstenemos de adelantar las técnicas específicas de terapia breve utilizadas en nuestro medio. Baste destacar que, en líneas generales, en ellas:

- Se analiza la situación actual envuelta en la descompensación, las actitudes del individuo y sus allegados ante ella, las necesidades significativas que al respecto la persona siente insatisfechas junto a lo inapropiado de sus mecanismos para satisfacerlas y lidiar con el problema.
- Se compromete al individuo en la búsqueda de sus soluciones y en los esfuerzos para el cambio, concitando la movilización y ampliación de su red social de apoyo, el esclarecimiento y la confrontación con su forma de percibir los acontecimientos traumáticos.
- Se trabaja en el alivio de los síntomas y en la asesoría para la asunción de conductas maduras y asertivas, que le ayuden a lograr un superior nivel de adaptación a sus problemas concretos, a comprender las causas de su crisis y a prepararse para evitar las recaídas y enfrentar favorablemente problemas similares que pueda depararle el futuro.

- Se enseña a relajar y a manejar en forma sosegada el estrés, afrontando sensatamente las tensiones, sin evadir ni distorsionar.

3.3 INTERVENCIÓN Y FAMILIA

Al ser la familia la célula básica de la sociedad y la institución social más cercana al individuo, a la cual está ligado por fuertes lazos afectivos y sociales, así como por estrechos intereses de necesidad e, incluso, de supervivencia, para cualquier humano una crisis personal repercute en su familia y una crisis de la familia pasa a ser, probablemente, una crisis personal.

Consecuentemente, al intervenir en crisis, la familia constituye un objetivo de primer orden. De la misma manera que, en una mesa de billar, es difícil progresar en el juego ateniéndose a una sola pelota, en el tablero de la vida familiar, el entrecchoque de los elementos no solamente permite conformar la *gestalt* del juego y tener éxito en él, sino que, múltiples pelotas caen en el hueco por carambola, producto de un golpe tangencial que otra les imprime. Así, intervenir en crisis es involucrar la familia en la terapia. Esta puede ser parte directa del problema pero, aun sin serlo, al tener uno de sus miembros en dificultades, el sistema familiar se ve afectado y, si se quieren hacer las cosas bien, todo el sistema ha de entrar a jugar para corregir la desviación.

Por otra parte, si la afección personal fuese expresión de un problema del conjunto familiar, poco puede hacerse a favor del individuo afectado por él si no se aborda integralmente el sistema, en su movimiento y relaciones internas. Es por eso que, como veremos a continuación, la familia tiene una importancia de primer orden para la Psiquiatría del siglo XXI, por lo que las estrategias de intervención en psicoterapia han de contemplar la esfera familiar, haciendo uso de los innumerables recursos que el conocimiento científico de la institución familia, el enfoque ecológico-sistémico y las técnicas de terapia familiar, ponen a nuestro alcance.

La tríada *crisis-familia-psicoterapia* presenta, a mi juicio, las coordenadas básicas para la conceptualización y formulación de estrategias de intervención psicológica, a tono con el movimiento del conocimiento, la práctica y el desarrollo de la Psiquiatría en las próximas décadas.

SECCIÓN SEGUNDA: FAMILIA

Capítulo 4

LO SISTÉMICO Y LO REPRODUCTIVO EN EL CONCEPTO DE FAMILIA

4.1 FAMILIA Y SOCIEDAD

Entendemos por familia el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, contractuales y de convivencia, al objeto de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social. Es un sistema de intersatisfacción mutua de necesidades humanas, materiales y espirituales, que permite la reproducción biológica de la especie, la reproducción de la cultura de la cual ella misma es expresión y la reproducción del sistema de relaciones económicas y sociales de la comunidad en que vive y para convivir adaptativamente en la cual, debe preparar a sus miembros. Es, por demás, como señalara *Pablo Neruda*, nuestra primera y principal escuela de amor.

ASPECTOS ESENCIALES

Visto en su conjunto, este concepto comprende diversos aspectos esenciales.

Vínculo estable. Puede haber parentesco biológico pero, de estar rota la comunicación personal y ausentes los lazos afectivos, de hecho no se es familia, aunque persistan derechos y obligaciones legales, morales y económicos derivados del parentesco y refrendados por la cultura. Pueden existir vínculos contractuales como la adopción y

el matrimonio, en ausencia de consanguinidad y constituirse en relación familiar por establecer lazos estables, mientras que la ruptura del contrato matrimonial interrumpe el parentesco de la pareja, que no de los hijos.

Por otra parte, implica vínculos afectivos y morales que se mantienen a lo largo de la vida, así como obligaciones y derechos espirituales y materiales que la tradición y la ley recogen, los que, de violarse, crean problemas que la sociedad censura, afectando en la práctica –directa o indirectamente– a transgresores, perjudicados y, por extensión, de un modo u otro, a todo el grupo familiar.

Con relación a la convivencia y maritalidad, no son requisitos obligados pero sí determinantes cuando están presentes e implican relaciones de permanencia en el tiempo y el espacio, más allá de lo ocasional. En lo concerniente a los lazos económicos y socioculturales, ellos son obvios. Hay dependencia económica, por ejemplo, de los hijos menores con respecto a sus padres e interdependencia de intereses materiales dentro del grupo familiar. Las costumbres en común, los patrones educativos, las formas de procurarse el alimento y las restantes necesidades de la convivencia cotidiana son elementos que no varían con facilidad y tipifican el comportamiento de la familia en cada cultura.

Sistema de intersatisfacción de necesidades. Entre los determinantes básicos del surgimiento y mantenimiento de la institución familiar como una constante de la organización social, en todas las épocas y formaciones socioeconómicas, esta constituye la forma más natural y espontánea en que los hombres se agrupan según sus necesidades de procreación, sustento, protección y defensa mutua, afecto, aprendizaje de los conocimientos elementales y de las reglas básicas para la vida.

En la comunidad primitiva su organización era muy distinta a la actual, porque diferentes y menos complejas eran entonces las necesidades del hombre. Las personas se agrupaban y relacionaban por vínculos consanguíneos, movidas por la necesidad de permanecer unidas para defenderse de otras familias y grupos tribales, de la naturaleza y para procurarse el sustento.

El desarrollo de la sociedad trajo consigo nuevas necesidades, estas fueron tomando otras formas y cada época y tipo de organización social fue generando modalidades propias, acordes a su cultura. En

cada una de ellas, se respeta una constante: la intersatisfacción recíproca de necesidades materiales y espirituales asociadas a la procreación, el cuidado y protección de los niños, ancianos y enfermos, las demandas físicas y morales de la vida doméstica, el entrenamiento básico para adaptarse satisfactoriamente a su cultura, entre otras funciones. Y todo ello a través del vínculo sistémico que presupone la interdependencia de las partes entre sí y con el todo con respecto a un objetivo; también, a la presencia de mecanismos autorreguladores llamados a mantener los parámetros de la actividad del conjunto y de cada uno de los elementos dentro de límites compatibles con su finalidad.

Reproducción biológica. Esta no se consume con el solo acople sexual y la ulterior reproducción, como en especies inferiores. Un niño abandonado a su libre albedrío parece indefectiblemente. La institución familia no solo da cauce regular a los apremios sexuales del ser humano, de una forma socialmente conveniente, sino que educa acerca de ello. Como cuida, cobija, defiende, sustenta y enseña a su prole para sobrevivir como especie en las condiciones más ventajosas posibles. Nadie pone en duda este objetivo primigenio, que incluso permite dar nombre y apellidos a las personas, dotándolas con los caracteres y atributos físicos y sociales de su identidad.

Reproducción de la cultura. Los padres somos verdaderos gametos culturales —que no los únicos, por supuesto. La persona, además de identidad física, adquiere identidad cultural a través de los valores, costumbres, tradiciones, hábitos de vida, sistemas de creencias, formas de estímulo y control, reglas ordenadoras de la existencia en común que, primero y quizás con más fuerza que en ningún otro lugar, habitualmente se adquieren a través de la familia. Aun cuando el individuo se traslade a otros medios culturales, suele mantener o reproducir su identidad cultural en su vida familiar y, de no hacerlo, corre riesgos de anomia y desarraigo de los afectos y sistemas de valores que le son propios, lo cual resulta, a todas luces, peligroso.

Reproducción de la sociedad. Dentro del marco reproductor de la cultura a que hacíamos referencia, un aspecto que requiere consideración especial es el relativo al papel de reproductor del sistema de relaciones económicas y sociales que corresponde a determinado modo de producción material, a determinada forma de sociedad. No era la misma familia —no transmitía iguales valores ni preparaba igualmen-

te a los hombres en su actitud ante el trabajo, las formas de propiedad y las modalidades de relación social que estas promueven— la existente en tiempos de la sociedad esclavista (la familia del amo y la del esclavo), en el feudalismo (la familia noble y la del plebeyo, la del señor y la del siervo, con los derechos de pernada y otros atributos semejantes), y en el capitalismo (la familia del burgués y la del obrero o del campesino), que la que existe en la sociedad socialista con los lazos y formas peculiares de relación familiar que se van conformando en ella.

Los que vivimos hace varias décadas en una sociedad en revolución, hemos sido testigos de excepción de cómo muchos de los conflictos de valores que se producen en la macrosociedad se reflejan, a su modo, hacia el interior de la familia, influidos por diversos factores entre los cuales descuellan los intereses que se representan, las convicciones que se atesoran, la procedencia social y el ejemplo de las figuras parentales, el nivel educacional, el acceso a la información, el trabajo y la profesión de sus integrantes, las tradiciones familiares y culturales, el funcionamiento e integración psicodinámica de la familia, la influencia de los medios de comunicación en la vida hogareña, por citar solo algunos de ellos.

A la vez, hemos visto cómo de acuerdo con la posición material y la definición ideológica del núcleo, se ejerce una presión educativa grupal, cimentada en afectos y sistemas de compromisos y valores compartidos, que se constituyen en cultura familiar. De este modo se va conformando a sus miembros de acuerdo con una forma de pensar y hacer la vida y las relaciones económico-sociales, cuyo condicionamiento y aprendizaje a través de los principios de ensayo y error, del premio y el castigo, la imitación y la educación verbal, van preparando a las personas para convivir y desarrollarse en esa sociedad, interpretando sus intereses y reflejando sus valores como ella.

De este modo van expresándose también en su seno, de forma indirecta y parcial, las principales contradicciones que aquejan a la sociedad y al mundo que les ha tocado vivir. La macrosociedad conforma al microgrupo a tono con sus intereses y este, modelando a las personas, condiciona que sostengan y tiendan a perpetuar los comportamientos adaptativos dentro de ciertos límites y en un nexo helicoidal, dentro del marco institucional de los grupos familiares a que pertenecen. A la vez estos grupos, en sus tendencias dominantes

–vistas probabilísticamente– favorecen la reproducción o eventual modificación del modelo de relaciones macroeconómicas, al propiciar que sus miembros actúen o no de concierto con sus exigencias. Vienen a ser un eslabón fundamental del complejo engranaje que mantiene en movimiento, sujeto a ciertas leyes, la superestructura social y la vida material y espiritual del hombre relacionado con ella.

Escuela de amor. Leído superficialmente el párrafo anterior, pudiera parecer que apreciásemos la familia como una maquinaria ciega, expresión de fuerzas materiales situadas por encima de ella que determinan mecánicamente su comportamiento y trazan un camino predestinado a sus miembros. Algo así como la «vida social» de las hormigas, solo que cambiando el concepto de instinto por el de mecanismos económicos. Nada más alejado de eso. Cuando alguien ha pretendido transpolar mecánicamente las leyes y el campo de unas ciencias (en este caso la biología y la economía) a otros (la sociología y la psicología) superfetando principios y conceptos, ha incurrido por lo general en interpretaciones erróneas, usualmente dogmáticas, lejanas de la realidad y la vida, de suyo tan ricas y multifacéticas.

Cuando tratamos con el hombre y su familia, con la conciencia, sentimientos y conducta del ser humano en sus relaciones con el grupo familiar, se pone en crisis cualquier interpretación de causalidad que no justiprecie el valor de los procesos espirituales que operan en él, el peso de la intimidad y la razón, de la voluntad, de los afectos y principios morales.

Si el voluntarismo, el racionalismo y el espiritualismo no toman en cuenta los factores materiales, biológicos y económico-sociales que influyen en el comportamiento y dan la clave para comprender muchos de sus impulsos y pasiones, sucede que el materialismo mecanicista, el determinismo económico y la interpretación dogmática de la teoría de los reflejos condicionados subvaloran de forma lamentable lo que pueden los resortes espirituales, los principios morales y la lucidez e inteligencia humanas, capaces de saltar sobre las condiciones materiales una y otra vez, a fuerza de ingenio, valor y convicciones, conforme nos enseña la ya larga historia del desarrollo humano.

La historia hace al hombre, pero también el hombre hace la historia y, sin comprender esta causalidad recurrente, no comprendemos nada. Al hablar de lo humano no podemos obviar, temiendo

que nos acusen de romanticismo, el papel trascendente del amor en la vida y la obra del hombre y, en particular, en la conformación y devenir de lo que le es más querido en el mundo: su familia. No en balde fue uno de nuestros poetas grandes, *Pablo Neruda*, quien la identificó para la posteridad como «escuela de amor».

Los vínculos adecuados entre padres e hijos se sustentan en el cariño. Los lazos fraternales, la relación de pareja, las conexiones de parentesco son más sólidas y permanentes en tanto y en cuanto se cimentan en afectos positivos. No estoy hablando de algo desconocido, lo que contrasta con su permanente omisión en la bibliografía científica sobre la materia. Quien no aprenda a querer en su hogar, difícilmente lo hará fuera de él, salvo en circunstancias excepcionales.

Muchos trastornos psiquiátricos están relacionados con la privación afectiva, sobre todo en edades tempranas, al punto que se ha llegado a plantear que tales trastornos tienen un correlato anátomo-funcional al no permitir dicha privación la maduración de centros nerviosos del diencéfalo que han de desarrollarse luego del nacimiento bajo la influencia de la estimulación afectiva. De no hacerlo a su debido tiempo, se pierde la posibilidad de un desarrollo posterior, quedando el sujeto marcado para toda su vida con una insuficiencia, biológica ya, para las respuestas afectivas propias de los sujetos normales, ante estímulos sociales apropiados.

Durante los primeros años de vida, la persona va desplegando la capacidad de dar respuesta emocional adecuada, en lo cuantitativo y cualitativo, a los estímulos afectivos que va recibiendo en su medio familiar, de suerte que el sujeto normal va disponiendo de todo un diapason de emociones y sentimientos, coherentes y proporcionales a la intensidad y carácter de sus vínculos con los demás. Cuanto más abierto y variado el espectro, más riqueza espiritual y potencialidades afectivas en la personalidad. Cuanto más neurótico el sujeto, por ejemplo, más estrecho y rígido el repertorio potencial de sus afectos, más paradójicos y desproporcionados sus patrones de respuesta emocional. Para conformarse normalmente como personalidad y mantener los vínculos interpersonales que le constituyen como ser social, la persona requiere disponer de una emocionalidad suficientemente equilibrada como para que le sirva para mantener relaciones armóni-

cas y adaptativas con los demás, en correspondencia con sus necesidades, con respuestas emocionales proporcionales en su cuantía y calidad a la índole de los estímulos interpersonales y a la forma en que afecten sus intereses. Estas emociones influirán en sus juicios y en su comportamiento y, a diferencia de máquinas frías, le permitirán valorar lo que sucede y lo que debe hacer, ateniéndose a categorías tan lejanas de la animalidad como son los principios morales, los intereses sociales, los sentimientos hacia los demás e, incluso, las pasiones y prejuicios, todo lo cual, en cierta forma, descansa sobre la plataforma de sus afectos. No pienso escape fácilmente al lector la relación de todo ello con la educación familiar y la función de esta en la modelación de la personalidad y en el condicionamiento de sus relaciones sociales.

Se ha obviado demasiado la trascendencia de la vida emocional y de la influencia familiar en el desarrollo del hombre y la sociedad, ocultas tras el papel de la razón y las demandas de la vida material, las que, sin que reneguemos de ellas, de actuar solas conducirían nuestros destinos por derroteros menos humanos.

Acaso los sentimientos de ternura ante la inocencia de un niño, o la angustia desgarradora ante la muerte de un hijo o el odio a una injusticia no tuvieran entonces la fuerza suficiente para motivarnos a actuar –aun en contra de las más perentorias conveniencias personales– en función de preservar ese derecho a la inocencia y a la vida que nos lleva, en ocasiones, a inmolar la nuestra en aras de los demás. Cristo, Guevara, José Martí: ¿tuviese acaso su existencia algún sentido?

No debo cerrar este epígrafe dedicado al concepto de familia sin insistir en el carácter sistémico de esta institución, a manera de intermediario natural entre el macrosistema constituido por el aparato sociocultural que nos rodea –parte del ecosistema que incluye la naturaleza, modificada por la actividad del hombre– y la persona, complejísimo microsistema integrado a su vez por millones de subsistemas funcionales que van más allá de la célula, y que incluye, gracias a su esencia social, la propiedad de ser consciente. Dicha concepción sistémica y ecológica resulta fundamental para entender las funciones que la naturaleza y la sociedad han conferido a la familia y que desarrollaremos a continuación.

4.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Según *Fleck*, las funciones básicas de la familia son:

- Maritales.
- Nutricias (incluye nutrición biológica y afectiva).
- Relacionales.
- Educativas o de enculturación.
- Comunicativas.
- Emancipativas (implica individuación e independización).
- Recuperativas.

A las funciones señaladas anteriormente resulta conveniente añadir las siguientes:

- Económicas.
- Defensivas.

Desarrollando el enfoque de *Macías*, consideramos las funciones siguientes:

- *Satisfacción de una parte significativa de las necesidades del hombre como especie biológica.* Entre ellas pueden citarse la reproducción, la alimentación, la protección física y los cuidados ante la enfermedad y la fatiga, así como el entrenamiento en aquellos hábitos necesarios para la adaptación biológica y la supervivencia.
- *Satisfacción de una parte significativa de las necesidades del hombre como especie social.*
 - Es fuente de afecto, estímulo a sus mejores cualidades, entretenimiento y recreación, bienestar, seguridad emocional.
 - Provee la matriz de las relaciones afectivas, modulando los patrones de respuesta emocional y fijando el diapasón de sus afectos de acuerdo con su experiencia personal en etapas tempranas de la vida, vinculada al intercambio en el seno familiar.
 - Establece los patrones primarios de relación interpersonal, desarrollando las actitudes y formas de comunicación que le van a ser típicas a lo largo de la vida, como parte constitutiva de su carácter.

- Posibilita el desarrollo de la identidad, la que por demás está esencialmente ligada a la identidad familiar. No solo nos parecemos a nuestra familia sino que esta, como hemos dicho, nos da nombre y apellidos. Incluso aquellos sobrenombres que nos ruborizan en público, pero que suelen estar cargados de afecto para nosotros, provenientes de nuestra intimidad.
- Proporciona modelos básicos para la identificación sexual y es, además, el escenario natural de la conducta erótica y la reproducción.
- Entrena en los principales roles sociales, influyendo en el *status* que pueda alcanzar la persona en el contexto social.
- Promueve el aprendizaje y orienta la creatividad, entrenando precozmente las capacidades adaptativas y productivas, estimulando el desarrollo y la superación.
- Es transmisora de motivaciones, valores, ideología y cultura, aportando un sistema de creencias, principios, convicciones y sentimientos que le guían, al incorporarlos como mecanismo autorregulador de su conducta social, en su enfrentamiento a la vida y en la asimilación del sentido y significado de los acontecimientos.
- Prepara al hombre para la emancipación como sujeto individualizado y con libre albedrío, independiente, pero vinculado a los suyos para la adquisición de la necesaria madurez en la vida.
- Favorece un escenario y oportunidad para la liberación de las tensiones cotidianas propias de la actividad laboral y social, ocupando la mayor parte del tiempo libre en la satisfacción de las principales necesidades biológicas y espirituales, facilitando el descanso y la recuperación, en un clima de aceptación, cooperación y pertenencia.

Como puede suponerse, muchas familias no satisfacen a un nivel mínimo estas funciones, por lo cual van a verse envueltas en el conjunto de factores causales del sufrimiento e inadaptación implicados en el complejo proceso salud-enfermedad. El grado en que esto ocurra tendrá que ver con la funcionalidad o disfuncionalidad del medio familiar, que veremos en su oportunidad. Además, como ente biosocial, la familia pasa por etapas o ciclos que son normales en su

desarrollo, en cada uno de los cuales tendrá necesidades especiales y demandará el cumplimiento de funciones específicas, que no se comportan de igual modo en las otras etapas, ni en las diferentes culturas.

Es muy importante que nos percatemos –habiendo estudiado ya en la primera sección las necesidades específicas del hombre y cuánto significan para él– de que la mayor parte de las necesidades encuentran en el medio familiar su principal y más importante escenario de satisfacción y, en las funciones de éste, la razón de ser de una organización de la convivencia entre las personas que ha pasado la prueba del tiempo y las culturas y que representa, como bien se ha dicho, la célula primaria de la sociedad y la fuente de seguridad, satisfacción y afectos más importante en la vida del hombre y la mujer.

4.3 CICLO DE DESARROLLO DE LA FAMILIA

Al igual que las personas, las familias tienen un ciclo de vida: nacen, se desarrollan y multiplican, envejecen y mueren, para seguir viviendo en su descendencia. A los efectos prácticos y considerando exclusivamente la familia nuclear, se describen cuatro fases en su desarrollo, que se repiten de una a otra generación.

4.3.1 FORMACIÓN

De manera esquemática se considera la etapa comprendida entre el matrimonio y el nacimiento del primer hijo. En ella han de ser tomadas en cuenta las características de ambos miembros de la pareja y de sus hogares de origen, por cuanto al constituirse en una nueva y sola familia, ello implica un proceso de fusión de dos «culturas» familiares, lo que no siempre transcurre sin dificultades. El período de cortejo y noviazgo, aunque en puridad no pertenece a la etapa por no estar formada aún la familia y pudiera no llegar a estarlo, es importante como elemento retrospectivo a contemplar, porque tendrá que ver, en muchas ocasiones, con la identificación y ajuste de la pareja en el futuro.

El matrimonio o unión de esta como tal, el desarrollo de la vida sexual y los primeros períodos de la convivencia; los problemas de la

convivencia, del acomodamiento entre la vida laboral o docente de los cónyuges y las demandas de la vida doméstica; el establecimiento consensual de reglas y obligaciones mutuas en el hogar; las relaciones con las familias de origen y con la del cónyuge –y con los hijos de anteriores matrimonios, si los hubiere– y, por último, el embarazo hasta su término, son elementos, entre otros, propios de este período, caracterizado por el encuentro de personalidades, necesidades, costumbres y expectativas que han de acoplar para una convivencia satisfactoria permanente.

Es la etapa de la juventud, del ímpetu, las ilusiones, el despliegue de las potencialidades, las promesas y los desengaños. Muchas crisis serán expresión de la necesidad natural de adaptación a estos eventos propios de su ciclo vital, por cuanto implican imprescindibles cambios de comportamiento en correspondencia con las exigencias del desarrollo evolutivo en salud.

4.3.2 EXTENSIÓN

Se ubica entre el nacimiento del primer hijo y el momento en que el primero de ellos sale del hogar y comienza a hacer vida independiente. En ella, el primer evento vital –el nacimiento del primogénito– implica todo un proceso de ajuste a una vida de obligaciones en que los intereses de la pareja se van supeditando a las demandas del cuidado, sustento y educación de una prole que aumenta y que, con cada etapa de su crecimiento y con cada nuevo embarazo, va planteando nuevas responsabilidades.

En particular la salud, la vida escolar de los hijos y su adolescencia, traen consigo especiales problemas. La preparación de estos para su ulterior independización material y espiritual y la propia consolidación económica y profesional del matrimonio, son aspectos que requieren atención, por ser fuentes eventuales de trastornos. Este viene a ser un período de multiplicación de compromisos y aspiraciones en el cual se logra o no lo que se quiere de la propia vida, se asume una actitud ante las responsabilidades familiares y se va conduciendo progresivamente a la descendencia para su propia emancipación, en condiciones favorables. Pero no solo es esta etapa de deberes. También de realizaciones y satisfacción. De maduración y desarrollo. De potencialidades y desafíos.

4.3.3 CONTRACCIÓN

Se enmarca entre la partida del primer hijo y la muerte del primero de los cónyuges. En muchas familias —es frecuente actualmente en nuestro medio— la independización y matrimonio de los hijos se produce y, comúnmente por razones de vivienda, estos permanecen viviendo en el seno del hogar paterno con su propia descendencia, lo cual conforma la familia trigeracional y trae consigo características específicas, que describiremos por separado.

No obstante, cuando ello ocurre se imbrica la problemática de las etapas de extensión y contracción, pasando a primer plano los factores de la convivencia, las relaciones intergeneracionales y los procesos de interdependencia, que se adicionan a los que son propios del período contractivo, tales como el enfrentamiento a pérdidas relacionadas con la independización y terminación del control sobre los hijos, pero también, progresivamente, con la jubilación, la modificación o disminución de *status* familiar y social, la involución biológica de la pareja, el relevo generacional, el envejecimiento y la ancianidad, la enfermedad y muerte de allegados —en particular de padres, hermanos y amigos cercanos— y, por fin, el enfrentamiento al proceso morboso que llevará a la muerte al primero de los cónyuges.

En este lapso, a medida que la familia crece con el surgimiento de la tercera generación, como familia nuclear se contrae y ha de asumir la problemática del relevo de generaciones y el enfrentamiento a la enfermedad, la frustración ante lo que ya no se puede obtener, el dolor y la muerte. Pero también es etapa de cosecha, de madurez y sabiduría, de disfrute por lo que se ha logrado, de la dulzura de los nietos, de sentirse útiles en la consagración a los suyos.

A veces durante décadas enteras, ya casados los hijos, los padres vuelven a su vida de pareja en solitario, enfrentándose a ellos mismos nuevamente en el plano conyugal, poniéndose de manifiesto una apacible armonía o una sórdida frustración, en dependencia de si han sabido dar sentido a sus propias vidas, en cuanto personas y como pareja.

Los matrimonios sin hijos son particularmente vulnerables en la involución y la senectud y ante la enfermedad y la muerte del compañero y de sus propios padres. Los que procrearon, tienen en la relación con la nueva familia de sus hijos una oportunidad de enriqueci-

miento, disfrute y amor y una prueba de fuego para su madurez, sabiduría y tolerancia. *Sir Bernard Shaw* planteó: «Envejecer es irse quedando solo». Pero la verdadera soledad es la pobreza del propio corazón, la que no encuentra dentro de este la ternura, firmeza y madurez necesarias para envejecer en paz y comunión consigo y los demás.

4.3.4 DISOLUCIÓN

En esta etapa, tipificada en el período entre la muerte del primero y segundo de los cónyuges, se produce la progresiva extinción de la presencia física, que no moral, de las figuras parentales en el medio familiar; pero también, la inversión de roles en su seno, de modo que los cuidadores pasan a ser cuidados por sus descendientes, los padres devienen, en cierta forma, dependientes de sus hijos; los vínculos de la paternidad son sustituidos por los del cuidado y la gratitud filiales.

Este proceso natural que, como a todo, lleva a la familia también a desaparecer como núcleo en uno de sus ciclos, es particularmente sensible: lazos afectivos y morales de gran solidez mantienen viva la presencia de los padres, su recuerdo y su ejemplo incluso más allá del término de su existencia física; el desgarramiento por su pérdida, con el dolor que le es implícito, se compensa en cierto modo con la continuidad del afecto, el recuerdo de su ejemplo y el respeto a sus enseñanzas, transmitidos de generación en generación, a lo largo del tiempo.

4.3.5 LA FAMILIA TRIGENERACIONAL

La sociedad contemporánea ha traído consigo la nuclearización de la familia y la reducción de sus fronteras a los límites de los miembros que conviven en su residencia, quedando constituida casi siempre por el matrimonio y los hijos solteros. La familia patriarcal integrada por la pareja de abuelos, sus hijos y los nietos, alojados bajo el mismo techo, no es lo típico de estos tiempos en nuestra cultura. Pero se mantienen variantes de ella con suficiente frecuencia como para que se la deba tomar en cuenta. Incluso viviendo en diferentes domicilios puede mantenerse un vínculo tan intenso como para considerarla un solo núcleo funcional.

Se denomina familia extensa o trigeracional aquella que, por convivencia o unidad de funcionamiento, integra en un único sistema de interacción a padres, hijos y abuelos. Puede conformarse cuando alguno de los hijos casados continúa viviendo con su nueva familia en el hogar parental o cuando los abuelos, o uno de ellos, pasan a residir a casa de uno de los hijos. Ambas modalidades establecen dinámicas distintas de interacción por razones de autoridad, significancia y jerarquía de las diferentes generaciones, en cada caso.

En sentido general, la convivencia de las generaciones adultas, con intereses propios en el hogar, y el acceso de ambas a la educación de los niños, a la toma de decisiones en la vida cotidiana, al usufructo de las pertenencias de la familia; la heterogeneidad de costumbres entre suegros e hijos políticos que obliga a un proceso mutuo de aceptación y adaptación; el aporte y acceso respectivos al presupuesto familiar, entre otros factores, constituyen fuente de eventuales contradicciones que hacen más complejo el funcionamiento del sistema.

Por otra parte, la posibilidad de ayuda mutua, de apoyo material y espiritual en la vida doméstica, cuidado de los niños, enfrentamiento a la enfermedad; el poder, en ocasiones, alcanzar un alto clima afectivo, son algunas de las ventajas que puede propiciar la existencia de un ambiente de armonía y respeto al rol y posición de cada cual en la familia. Como en la nuclear, esta reproduce sus ciclos vitales a partir de la conformación de la pareja cabeza del núcleo, y se disuelve cuando padres y abuelos desaparecen físicamente del hogar, pudiendo la tercera generación pasar a reproducir el ciclo, en forma bi o trigeracional, de acuerdo con las circunstancias.

4.4 LA FAMILIA Y LOS SISTEMAS INTEGRADORES DE LA PERSONALIDAD

Ya hubimos de referirnos a la manera en que la familia constituía el sistema intermediario por excelencia entre la sociedad y la persona, conformando en ella el conjunto de conductas y actitudes necesarias a la reproducción de la propia sociedad y su cultura. La forma concreta en que se materializa esta intermediación, tiene que ver con los procedimientos que una cultura determinada establece para desarrollar entre sus miembros un tipo de personalidad, cuyos rasgos y con-

ductas resulten acordes con lo que aquella necesita para mantener su ciclo reproductivo, paralelo pero no simultáneo al ciclo evolutivo de las familias y las personas que la conforman.

Antropólogos culturales de la talla de *Abraham Kardiner* y *Ralph Linton*, han sido particularmente cuidadosos en la investigación de estas relaciones y nos han dejado algunas conclusiones que mantienen su vigencia. En su obra clásica *Fronteras psicológicas de la sociedad*, desarrollan el concepto de sistemas integradores clave, obligada referencia para quienes pretendan adentrarse en este campo. Considero tales sistemas como fraguas de actitudes que establece la cultura, a través, fundamentalmente, de los patrones de crianza y de relación empleados por los adultos para con los niños, los cuales operan mediante sistemas de mecanismos conscientes y no conscientes, modelando los rasgos del carácter de cada cual.

Como estos sistemas integradores son comunes a una cultura determinada, habrá ciertos rasgos del carácter y del comportamiento y cierta forma de pensar, comunes en los individuos que conviven en ella, a lo cual *Kardiner* denominó personalidad básica. Según este autor, la forma característica de ser de un pueblo se proyecta en su producción espiritual a través de su panteón cultural, su folklore, sus tradiciones, su forma de ver y hacer la vida. No son privativos de la familia estos sistemas integradores, pues algunos se corresponden con el papel de otras instituciones que, como la escuela, los círculos infantiles y los jardines de la infancia, tienen que ver también con la conformación de la personalidad. Pero el contexto familiar es su escenario privilegiado, como puede advertirse al pasar revista de ellos, según mi consideración.

Estos sistemas son, entre otros:

- Lactación y destete.
- Estimulación sensorial.
- Control esfinteriano.
- Premio/castigo y formas de control.
- Juegos infantiles y actividad deportiva.
- Manejo de la sexualidad. Entrenamiento de roles y juegos sexuales.
- Manipulación de la agresividad.
- Tolerancia de la autonomía.
- Inducción de la emocionalidad y estímulo a la expresión de los afectos.

- Relación con los adultos.
- Colaboración en oficios de adultos.
- Manejo de la fantasía y la originalidad.
- Relación y rivalidad entre hermanos y primos.
- Responsabilidades domésticas.
- Educación formal y cívica.
- Entrenamiento del lenguaje.
- Hábitos de estudio y tareas escolares.
- Hábitos de aseo e higiene personal.
- Entrenamiento temprano en roles sociales.
- Cuidado de la salud.
- Comunicación intrafamiliar.
- Vínculo con extraños.
- Cuentos y cantos infantiles.
- Medios de comunicación.
- Reglas familiares.
- Religiosidad familiar.
- Valores éticos en el ambiente familiar.
- Respeto a los mayores.

Discrepo de la concepción de la Escuela Cultural acerca de que los sistemas integradores operan sobre la personalidad y esta, mediante los sistemas proyectivos, determina la cultura, debido a que en este enfoque lineal y unicausal los componentes de la cultura por su carácter «secundario», no pueden ser a su vez sistemas integradores, lo cual niega el principio de retroalimentación consustancial a todo sistema, además de que desconoce la participación de otros importantes factores, como los económico-sociales y las tradiciones históricas, en la conformación de la cultura de un pueblo.

El concepto de espiralidad o causalidad recursiva, abierto a las influencias externas dentro de los parámetros de operatividad y adaptabilidad del sistema, nos permite comprender que, por ejemplo, una regla familiar es, a la vez, establecida por el hombre y producto de la cultura, la cual recoge los hábitos y costumbres de un pueblo, los fomenta y reproduce, por lo que, siendo causa y consecuencia puede ser, a un tiempo, sistema integrador, creador de cultura y producto de las personas que portan la cultura y sus sistemas integradores. No es

juego de palabras, es un enfoque de la realidad que sigue el movimiento y cambio de esta, sin comprender el cual jamás nos aproximáramos a la relación entre causalidad y probabilidad, que está detrás de la explicación científica de los fenómenos sociales y de la conducta humana.

La multicausalidad de los procesos que se dan en el individuo, la familia y la sociedad, nos hace ver que no es correcto interpretar de forma mecánica y determinista la relación «cultura común-sistemas integradores claves comunes-personalidad común», dejando de tomar en cuenta que, por intervenir otros factores causales y casuales, junto a los rasgos comunes coexiste un *infinitum* de originalidad que hace irrepetible cualquier circunstancia y característica humana.

Factores como el tipo y características del sistema nervioso; la dinámica propia de cada familia, su estructura, organización y funcionalidad particulares; los vínculos histórico-concretos con su entorno material y social; condicionantes económicos e ideológicos siempre cambiantes y contradictorios; la experiencia personal a la luz de la propia inteligencia, intereses e interpretación de los fenómenos; las emociones y sentimientos, entre muchos otros, son algunos de los aspectos que median en esta transposición de lo general a lo singular.

Cuando analizamos en su relatividad el vínculo apuntado entre lo común y lo particular del helicoide «cultura-actividad familiar-personalidad-cultura», vemos como ello va dando movimiento al proceso reproductor y enriquecedor de la cultura y al desarrollo del hombre en cuanto ser social e individual.

Los sistemas integradores de la personalidad que nos interesan aquí –sin desconocer los extrafamiliares– son aquellos patrones familiares significativos para la modulación de la personalidad, los cuales no vienen a ser otra cosa que actitudes familiares generadoras de actitudes personales. Ellos tienen un sello cultural y se transmiten como una experiencia familiar concreta, relacionada con la formación de personas también concretas, lo que con un destino social común que les trasciende e impregna a todos, desde otro plano del acontecer vital. Aun los patrones extrafamiliares son, en parte, influenciados por la familia, al reforzarlos, anularlos, o mediatizarlos en las etapas precoces de la formación personal.

4.5 ACTITUDES FAMILIARES Y RASGOS DEL CARÁCTER

El epígrafe anterior permite atribuir a los sistemas integradores un papel de significación en la conformación del carácter, componente fundamental de la personalidad. Muchos son los aspectos estudiados alrededor de cómo ocurre el proceso de conversión del genotipo en fenotipo, por vías de la influencia del medio natural y social sobre la dotación biológica con que abren el hombre y la mujer sus ojos al mundo.

Controvertidos han sido los resultados de las investigaciones sobre el fenómeno de la formación del carácter a partir de las predisposiciones neuroendocrinas y su resultado temprano, el temperamento. Pero mucho más polémicas son las interpretaciones que las distintas escuelas psiquiátricas han dado a las formas y mecanismos de la influencia de los padres sobre las características del modo de ser y reaccionar de sus hijos, así como sobre sus problemas en la vida.

Desde *Freud* y los psicoanalistas, pasando por un clásico como *Wilhelm Reich* con su *Análisis del carácter*, siguiendo por los teóricos del comportamiento y de la comunicación, de las relaciones interpersonales, los existencialistas, los estudiosos de la medicina psicosomática y, en el momento actual, los terapeutas familiares con su enfoque ecológico y sistémico de la relación hombre-familia, los estructuralistas, gestaltistas y terapeutas estratégicos, todos aceptan la existencia de una significativa relación entre el manejo parental y el carácter. Las diferencias de opinión radican en el cómo, el cuánto y el porqué.

Defiendo la tesis que se basa fundamentalmente en la influencia educativa a través de las actitudes sobre un temperamento heredado. Influencias constitucionales, genéticas y de otro tipo aparte, existen numerosos estudios de los más diversos orígenes, que establecen una relación entre cierto tipo de rasgos de carácter y determinada atmósfera y patrones de crianza presentes en el seno del hogar, a través de las conductas de los padres, sobre todo en edades tempranas. Así, las actitudes de sobreprotección se han correlacionado con los rasgos dependientes, inmaduros, egocéntricos e inseguros en la personalidad; las actitudes de rechazo, con el oposicionismo, los rasgos agresivos, la mala identificación sexual, la sumisión y la desconfianza; las

actitudes de perfeccionismo, la compulsividad y el autoritarismo, con los rasgos obsesivos, la rebeldía, la terquedad y la inseguridad. La sobreansiedad de la madre acerca de la salud y la alimentación del niño se ha asociado con los rasgos hipocondríacos, la *anorexia nervosa* y la obesidad. El exceso de crítica, con la querulancia. La inconsistencia, con la inseguridad.

La identificación excesiva con un hijo pudiera llevarle a un desajuste vocacional cuando se pagan «deudas generacionales» por expectativas profesionales que sus padres contrajeron sin contar con él. Si se lleva a un niño a contraer excesiva responsabilidad cuando no está aún preparado, corremos el riesgo de la compulsividad y el endurecimiento del carácter, que puede tornarse seco y amargo; pero también de la angustia, la depresión y los trastornos somatomorfos, cuando se quebranta su capacidad de tolerancia al estrés.

Pudiéramos seguir tomando ejemplos de la literatura científica, conscientes de lo polémico de muchos de ellos y preocupados en algunos casos por su unilateralidad y sentido lineal, ya que en cuestiones de la naturaleza humana no valen mucho las concatenaciones causa-efecto de tipo algorítmicas. Pero lo considero innecesario, porque lo importante es tomar en cuenta cuando estamos en presencia de un caso, que pudiera existir cierto grado de asociación en este sentido. Defendemos un enfoque multicausal sobre los problemas del carácter y los trastornos del comportamiento que no consiente el reduccionismo ni la absolutización de una variable, por importante que esta sea. Los aspectos señalados, que responden a trabajos serios de numerosos autores, constituyen sin lugar a dudas variables que se correlacionan —con algún nivel de significación— y que se hacen efectivas en dependencia de la presencia o no de otras condicionantes físicas y psicosociales de la respuesta en cuestión.

4.6 LOS ORGANIZADORES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Al considerar el carácter sistémico y reproductor de la familia, hacíamos énfasis en sus objetivos o funciones, elemento ordenador del comportamiento de todo el sistema. Para ser viable es necesario que el conjunto funcione en correspondencia con esos objetivos, lo

que nos lleva a interesarnos por los distintos factores que están presentes en la determinación de dicho funcionamiento: sus «organizadores».

La vida se desenvuelve en diferentes planos o niveles intervinculados que se mueven en el mismo espacio, aunque no siempre transcurren en el tiempo con igual ritmo y velocidad, ni son considerados por nosotros en la misma dimensión, o que ocurren simultáneamente en diferentes espacios, con igual finalidad. Así, tras el comportamiento de las personas y las familias están presentes procesos físicos, químicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, cada uno de los cuales influye sobre este simultánea y paralelamente a los demás, pero interactuando entre sí en todo momento, con diferentes niveles de determinación y subordinación, según la índole de las funciones que se reclaman de ellos, en dependencia de las necesidades específicas de la adaptación y el desarrollo –demandas que se expresan, a su vez, en distintas dimensiones y secuencias. Los organizadores a que nos referíamos, son los factores que organizan el funcionamiento según las necesidades correspondientes a cada plano.

Resulta lógico que ante cada tipo de demandas y respuestas operen causas que se corresponden, fundamental pero no exclusivamente, a ese plano en que se desenvuelve –en cada caso– el funcionamiento familiar. Tales factores organizadores lo serán respectivamente a los niveles biológico, psicológico, social, cultural, ideológico, económico; actuando en cada uno de ellos multicausalmente y en forma muy variada. La prioridad, jerarquía y velocidad con que ejercen su acción, dependen del objetivo, la relación interna entre los niveles en correspondencia con la necesidad, las circunstancias y el contexto en que se desarrollan. No obstante, existen planos de integración en los sistemas vivos con un grado de subordinación entre ellos que lleva implícito para cada cual, como requisito, el funcionamiento de los niveles que integra.

De este modo, por ejemplo, el proceso de alimentación familiar implica la organización por la sociedad de un sistema de producción, distribución y adquisición de alimentos, la organización de hábitos culturales que incorpora la familia a manera de normas de alimentación, la organización económica doméstica para poder acceder al alimento común, la organización psíquica que permite la conciencia

familiar acerca del valor nutricional de las distintas opciones alimentarias a su alcance, una organización del cuerpo humano que haga factible a los componentes del grupo sentir la necesidad de ingerir los nutrientes que el organismo demanda, un sistema digestivo y circulatorio que posibilite su digestión, absorción y distribución a los diferentes tejidos, una organización tisular que facilite a las células la realización de los procesos metabólicos necesarios para la utilización de los nutrientes, una organización subcelular que haga posible la conversión de los nutrientes en energía y su utilización a través de procesos que se dan a nivel molecular, a tono con la física y la química de los seres vivos.

A su vez, si las células no necesitasen del agua y los nutrientes para obtener la energía requerida para las actividades vitales, los tejidos no registrarían la información de su carencia, el organismo no se percataría y demandaría en forma de sed y apetito el suministro de los mismos; si el hombre no tomara conciencia de la necesidad de procurárselos, la familia de facilitárselos, la sociedad de posibilitárselos, en un ciclo bidireccional con relaciones de subordinación interna definidas, no sería posible, ni concebible, la satisfacción del proceso de alimentación que tomamos como ejemplo.

Los organizadores, entonces, son reguladores y condicionantes significativos de los subsistemas del todo que, como tales, tienen que ver con el resultado final. En cada uno de ellos se dan variables, vinculadas a la necesidad, que influyen sobre el funcionamiento de su nivel, sobre el funcionamiento de los demás y sobre el conjunto. Así, un diabético en hipoglicemia siente la necesidad imperiosa de ingerir azúcar en un momento específico, lo que determina su comportamiento hacia los dulces en circunstancias en que su esposa quiere, por ejemplo, tomar el café que ha preparado para ver su programa favorito en la televisión; esta, conociendo el trastorno metabólico de su esposo, se dispone a prepararle un jugo bien azucarado, pero le pide se haga, mientras tanto, las pruebas que el doctor le ha indicado para estos casos y cuyos reactivos el hijo hubo de adquirirle en la farmacia en días anteriores, junto con los medicamentos prescritos para su enfermedad. Para estas situaciones la sociedad ha organizado, a través del Ministerio de Salud, un plan especial para pacientes diabéticos que incluye atención médica, medicamentos, educación para la salud, ejercicios y una dieta específica, que se le garantiza a través del comercio minorista de su barrio.

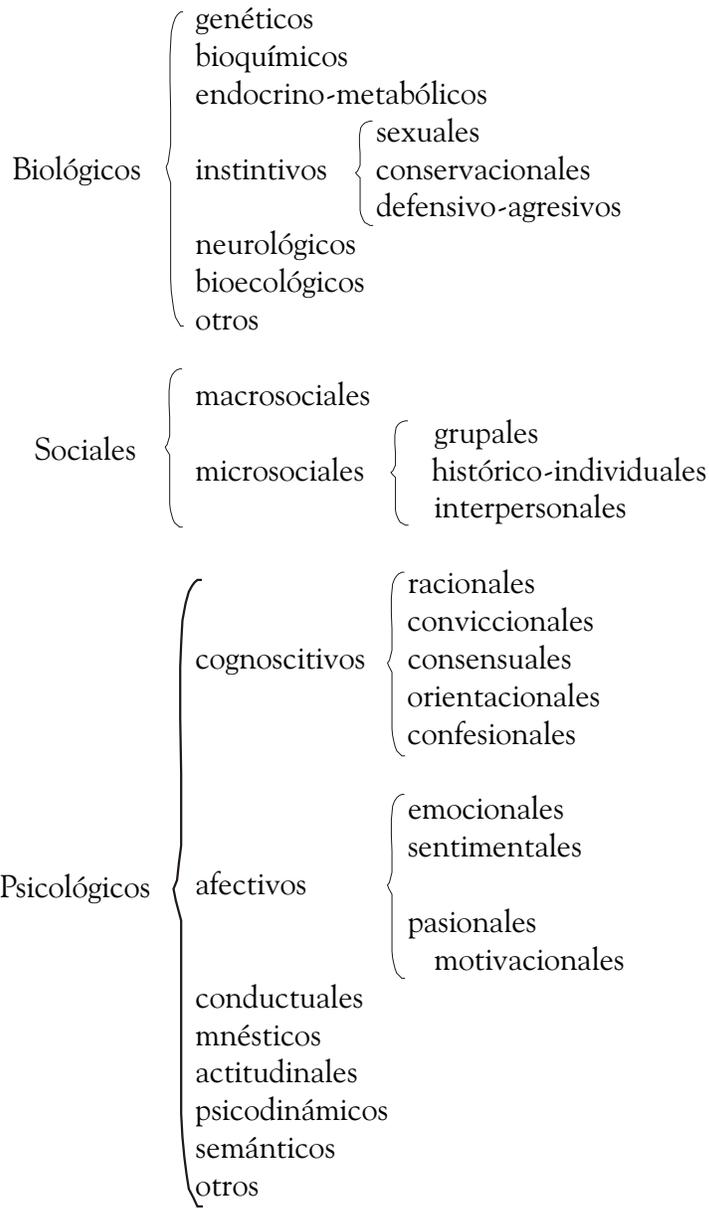
Considérese cómo un problema bioquímico relacionado con el metabolismo de los glúcidos no solo se expresa a su nivel, sino que implica las respectivas conductas en lo personal, familiar y social. Previamente, determinados organizadores genéticos y endocrinos habían influido en el nivel biológico para que tal trastorno fuera posible. Quizás esta persona, con similares condiciones genético-endocrinas pero con otros hábitos alimentarios y estilo de vida, no hubiese llegado a desarrollar la enfermedad que padece, u otra esposa hubiere reaccionado de diferente modo si existiesen vínculos afectivos inadecuados o manejase una información distinta acerca de su enfermedad. Véase cuán complejo y cuán sistemática y multicausalmente determinado ese comportamiento: pero primó la necesidad. Por eso, en el resultado final del funcionamiento familiar van a estar imbricados organizadores de la respuesta de distintos planos.

En el contexto sistémico que consignamos, este funcionamiento, en su esencia global favorable o no a las demandas del conjunto y de los condicionantes, repercutirá diferenciadamente sobre todos y cada uno de los planos, contribuyendo a satisfacer o dis-satisfacer las necesidades correspondientes. Estas operan, en definitiva, en momentos y planos diferentes, pero de modo diferenciado –y, a veces contradictorio– para cada cual.

Consciente de que un mismo organizador se expresa necesariamente en diferentes dimensiones y concentrándome exclusivamente en los aspectos generales del funcionamiento familiar, señalaré las fundamentales categorías de organizadores que considero, en cada una de las cuales pudiéramos incluir múltiples variedades.

4.6.1 TIPOS DE ORGANIZADORES FAMILIARES IDENTIFICADOS

Físicos {
 moleculares
 climatológicos
 geográficos
 otros



Económicos
Éticos
Culturales
Estéticos

Ideológicos
Educativos
Otros

No se debe confundir a los organizadores con los niveles de organización del movimiento material. A la hora de clasificarlos y ubicarlos fui en extremo flexible y no me atuve a esquemas doctrinarios, considerándolos en cuanto variables semánticamente reconocibles. Pude haber incluido los económicos, culturales, ideológicos, etc. como «macrosociales», pero dejé este tipo para factores globales —sistema social, estructura política y burocrática del estado, legalidad, etc., que influyen sobre la familia más indirectamente.

Como puede colegirse, el ubicar determinado factor del funcionamiento familiar en una categoría de las mencionadas es un recurso convencional, decidido con criterio probabilístico, de acuerdo con la dimensión donde suele expresarse con mayor significación. De este modo, cuando un adolescente expresa rechazo a la figura paterna, por ejemplo, doy gran significación a los organizadores psicodinámicos, sin que ello excluya la participación de organizadores afectivos, mnésticos, actitudinales —para referirnos al plano psicológico— ni que obviemos el papel de los organizadores culturales, micro y macrosociales, biológicos, educativos, presentes en ello, por no hablar de los económicos e ideológicos que pudiesen jugar un papel, cual es el caso en que el padre no esté satisfaciendo suficientemente sus necesidades materiales o lo avergüence ante sus coetáneos por sus actitudes sociales.

Capítulo 5

CRISIS Y SALUD FAMILIAR

5.1 LAS CRISIS FAMILIARES

Las situaciones que ha de afrontar la familia y que, por su índole o intensidad la ponen en crisis, es decir, la obligan a introducir algún cambio en su funcionamiento con vistas a superarlas o adaptarse constructivamente a ellas, son consideradas situaciones críticas; las vivencias de tipo perceptual y emocional, los criterios, actitudes y comportamientos que asume la familia para enfrentarlas, los recursos biológicos, psíquicos y sociales que se involucran o movilizan en aras de su solución, así como las eventuales conductas sintomáticas que aparecen, haciendo patente la necesidad de asumir cambios en su funcionamiento, constituyen los elementos de la crisis familiar. La presencia de un alto nivel de tensión emocional en la interacción es lo más característico de estas crisis, las cuales pueden ser de tres tipos:

- Crisis relacionadas con el ciclo vital de la familia.
- Crisis propias de la familia pero no relacionadas con el ciclo vital.
- Crisis situacionales por problemas externos a la familia, pero que inciden sobre ella.

5.2 CRISIS RELACIONADAS CON EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Recordando que son cuatro las etapas en que suele dividirse su ciclo, veremos que en cada una de ellas hay crisis familiares provocadas por algunos eventos vitales que les son característicos, de modo que, por la propia evolución normal de la vida, los miembros del

núcleo deben asimilarlas constructivamente, aprendiendo a asumir los comportamientos adaptativos para contender con ellas. De lo contrario, pueden constituirse en factor causal de muchos problemas. Son también conocidas como *crisis transitorias*.

Como en el capítulo anterior, al abordar las etapas del ciclo vital familiar, fuimos describiendo los acontecimientos y características más significativos de cada una de ellas, y son éstos precisamente los que, por requerir de mecanismos de ajuste para su asimilación, están asociados con estas crisis transitorias de adaptación, nos limitaremos –a modo de esquema– a citar los principales eventos vitales que se consideran propios de cada período y que son causa de crisis.

Formación. Matrimonio, mudarse solos, acople sexual, convivencia, ajuste a la familia del cónyuge, independencia económica y sociolaboral de la pareja, embarazo y primer parto.

Extensión. Nacimiento de los hijos; cuidado, educación y responsabilidad por estos; escuela, adolescencia, beca, escuela al campo, servicio militar, estudios superiores, ubicación laboral, consolidación económica y profesional del matrimonio, independencia del primero de los hijos y su partida del hogar.

Contracción. Partida de los hijos del hogar paterno, el nuevo hogar de los hijos, las nueras y los yernos, los nietos, la familia trigeracional conviviendo, relevo generacional, involución, jubilación, envejecimiento, enfermedad y muerte en la familia ampliada, vuelta a la pareja inicial (nido vacío: sexualidad y armonía), la enfermedad final del primero de los cónyuges.

Disolución. Muerte del primero de los cónyuges, senectud, inversión de roles y *status* generacionales, el viejo solo; la invalidez, enfermedad y muerte del segundo cónyuge.

5.3 CRISIS PROPIAS DE LA FAMILIA NO RELACIONADAS CON EL CICLO VITAL

Existen muchos problemas generados por la vida en familia que no son consecuencia de su evolución natural, sino de circunstancias propias de la convivencia y de fenómenos estresantes y desorganizadores provocados por sus miembros, que inciden en la dinámica grupal, afectando su equilibrio.

Se han descrito cuatro subtipos dentro de estas también llamadas *crisis no transitorias*, que son las siguientes:

- Crisis por incremento.
- Crisis por desorganización.
- Crisis por desmoralización.
- Crisis por desmembramiento.

5.3.1 CRISIS POR INCREMENTO

Se consideran en esta categoría las tensiones, perturbaciones y ajustes que aparecen tras la incorporación de personas al núcleo familiar, parientes o no, con carácter transitorio o permanente, cuando esta no se debe al crecimiento natural de la familia por el nacimiento de nuevos miembros. Pueden citarse como ejemplos la adopción de un niño por un matrimonio; la incorporación al hogar de familiares que han quedado huérfanos, que vienen a la ciudad para estudiar, someterse a tratamiento médico o a pasar sus vacaciones; el regreso al hogar de quienes ya no conviven en él por causa de divorcios o tras la terminación de sus estudios, cuando la vida doméstica se había acomodado a su ausencia. O cuando familiares de distintas procedencias tienen que reunirse ante una situación de emergencia como es el caso de accidentes, desastres naturales, etc.

5.3.2 CRISIS POR DESORGANIZACIÓN

En esta categoría se incluyen aquellas crisis que surgen tras acontecimientos perturbadores del clima y la armonía familiares, tales como discusiones y malas relaciones interpersonales, la llamada incompatibilidad de caracteres, los conflictos de intereses, la falta de solidaridad y apoyo mutuos, las contradicciones ideológicas y culturales, el machismo y la violencia en el hogar, el incumplimiento de responsabilidades, la inapropiada distribución de tareas. También conflictos como el embarazo en la adolescencia, el abandono de estudios o el trabajo; enfermedades o invalideces de significación como el caso de los intentos suicidas, la presencia de pacientes psicóticos o impedidos

mentales en el hogar, los accidentes, los trastornos malignos, los estados de gravedad. Se incluye aquí la problemática de la pareja infértil, cuando esta dificultad repercute en la relación.

5.3.3 CRISIS POR DESMORALIZACIÓN

En este grupo la perturbación se produce a consecuencia de problemas de índole moral en uno o más miembros de la familia que, por gravedad o consecuencias, afectan la dinámica del hogar. Ejemplo de esto es la conducta delincinencial, el encarcelamiento o la deshonorra de alguno de sus integrantes; la drogadicción o el alcoholismo en su seno, la difamación de que puedan ser víctimas personas inocentes; la infidelidad, la prostitución, el «jineterismo» y los actos de traición.

5.3.4 CRISIS POR DESMEMBRAMIENTO

Aquí, acontecimientos que constituyen una pérdida o un desgajamiento conmocionan la familia, que no puede atribuirlos al resultado de la evolución normal: muerte prematura de hijos o nietos, accidental o por enfermedad; divorcio, separación del hogar o de los hijos, abandono del país, hospitalización, fugas del hogar, etc.

5.4 CRISIS POR PROBLEMAS EXTERNOS A LA FAMILIA PERO QUE REPERCUTEN SOBRE ELLA (CRISIS DE SITUACIÓN)

Muchos son los eventos, inesperados o no, que repercuten indirectamente en la familia, llevándola a una situación crítica. Es el caso de situaciones económicas, políticas y sociales que la golpean con fuerza. El despido laboral, el fracaso académico, los conflictos bélicos, la emigración, el servicio militar, la salida a misiones prolongadas en el extranjero, las secuelas de desastres naturales, los problemas graves de vivienda son –entre otros– fuentes de tensión, desmembramiento o desorganización de la familia debido a causas extrahogareñas.

Como es de esperar, estas crisis familiares, al igual que las anteriores, por el alto nivel de estrés que implican, son factores de riesgo para el desencadenamiento de los ya mencionados trastornos por claudicación ante el estrés en cualesquiera de los integrantes del núcleo, así como para la aparición de disfunciones familiares, mal llamadas «patologías» familiares, las cuales estudiaremos en próximos epígrafes.

5.5 AGRESIÓN Y RESPUESTA EN EL SENO FAMILIAR

Del estudio de estas crisis se colige que, ante factores internos o externos provocadores de tensión que operan eventualmente a manera de noxas, la familia responde según sus necesidades e intereses, poniendo en juego recursos biológicos, psicológicos y sociales a partir de la interacción de sus miembros, afectados por ello. Pero, como en todo grupo, hemos de considerar no sólo las respuestas individuales de sus componentes sino también, las respuestas colectivas que son algo más que la sumatoria de la conducta de sus partes.

El grupo familiar sometido a tensión acude a comportamientos que le son propios. Como las personas, la familia emplea mecanismos de afrontamiento y de defensa en situación de crisis que el terapeuta ha de tomar en cuenta. Al igual que un *yo*, hay un *nosotros* familiar del que cada sujeto porta una imagen y con la cual opera en su contacto con el mundo. El condicionamiento en la autoimagen o conciencia histórica del *yo* de ese *nosotros* al cual nuestros sentimientos de pertenencia nos han identificado, nos permite actuar con pertinencia, cooperación y sentido de unicidad en todo aquello que compete a ese *nosotros* a lo largo de nuestra vida, con tantos intereses compartidos y satisfechos en común.

Esa imagen ideal opera como entidad funcional en nuestras mentes, a manera de construcción psíquica cimentada en la experiencia común, la necesidad común y la respuesta común en el seno del hogar, durante buena parte del desarrollo personal. Tal construcción mental, derivada en sujeto colectivo, al ser compartida en su esencia por los distintos miembros de la familia, conforma una estructura operacional que no solamente identifica sino que tiende a unificar la percepción de los acontecimientos que les conciernen, y su respuesta ante ellos, en una óptica y un comportamiento propios del grupo familiar, trascendente a lo estrictamente personal.

Las «agresiones» o «amenazas» –según el caso– que afectan al sujeto familiar, condicionan al enfrentamiento a ellas en correspondencia con las necesidades individuales y colectivas. Esta dialéctica de lo individual y lo grupal en la respuesta familiar requiere todavía, a mi juicio, de mucho estudio y profundización. De nuevo se pone a punto, aquí, el problema de las dimensiones o planos en que se mueven los organizadores del funcionamiento familiar: el plano de lo grupal no excluye –sino que implica– el plano de lo individual, tanto en la agresión como en la respuesta.

Al referirnos a los mecanismos de afrontamiento familiar, podemos señalar lo siguiente: el grupo –en definitiva integrado por personas– utiliza muchos de los mecanismos de afrontamiento y defensa personales que hubimos de describir, los que, por procesos de inducción y presión grupales, así como por los mecanismos de identificación resultantes de la experiencia y vínculos emocionales comunes, aparecen, con sus matices, en varios miembros del núcleo simultáneamente, conformando tendencias en el comportamiento que devienen constructos característicos para esa familia.

Del mismo modo, procesos grupales específicos como las triangulaciones, transferencias, apareamientos o alianzas, fenómenos de lucha y fuga, temores a la pérdida o al ataque; recursos como el surgimiento del chivo expiatorio y de emergentes de distinto tipo que vienen a dar sentido a una situación; el desplazamiento intragrupo, la universalización, la validación consensual, la interacción y conciencia de interacción, la cooperación, la pertenencia, el modelado, la presión conductual, el reforzamiento grupal, las reacciones físicas; el establecimiento de subgrupos y territorios, la maximización y minimización, la monopolización, ionización, derivación, evasión, comprobación de la realidad; el establecimiento de rituales y reglas son, junto a los clásicos mecanismos de defensa individuales (proyección, distorsión, inatención selectiva, negación, represión, resistencia, etc.) formas de enfrentamiento que se utilizan con frecuencia por el grupo familiar con variables resultados, particularmente en situaciones críticas.

El apoyo mutuo, el altruismo, la generosidad, la solidaridad, la identificación, la cooperación, la presión emocional, son recursos muy

positivos, habituales en un ambiente de salud familiar. Ellos constituyen ejemplos de mecanismos grupales de respuesta, propios de familias en las que se cumplen satisfactoriamente sus funciones, y se favorece la adaptación de sus miembros a la vida en comunidad.

5.6 SALUD FAMILIAR

Se considera saludable una familia cuando está presente la salud física y mental de sus integrantes con adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre ellos y con el ambiente. Esta presupone:

- Integridad biológica y ausencia de síntomas significativos y permanentes.
- Un estilo de vida saludable.
- Sentimientos de bienestar y sana expresión de las necesidades y de los afectos.
- Adaptación social, laboral y escolar de sus miembros.
- Buena comunicación y adecuadas relaciones humanas intra y extrafamiliares. Lenguaje semánticamente bien elaborado.
- Madurez emocional acorde a la edad de cada cual.
- Proyección social y al desarrollo por parte del grupo.
- Capacidad de autonomía e involucración.
- Poder de recuperación y receptividad para la ayuda externa.
- Habilidad para desenvolverse satisfactoriamente en situación de crisis.

Como puede verse, tales respuestas constituyen una situación ideal, siendo la salud un estado vital de equilibrio inestable entre sus componentes. Como tal, lleva en sí contradicciones y pocas veces podemos hallar presentes, juntos, todos estos aspectos, por todo el tiempo. Pero como estado contradictorio al fin, prevalecerá la salud cuando se logra mantener un estado esencial de integridad biológica, psicológica y social, que permita a la familia una adecuada adaptación y la satisfacción de sus necesidades, en un grado suficiente.

5.7 FACTORES CAUSANTES DE PROBLEMAS DE SALUD FAMILIAR

Nuestros médicos de la familia suelen considerar cuatro grupos:

- Factores hereditarios y prenatales (genéticos, conceptionales, intrauterinos).
- Factores dependientes de la interacción con el macromedio natural o sociocultural (ambiente ecológico, aparato social).
- Factores dependientes de la interacción de sus integrantes con el micromedio familiar y su entorno inmediato, en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales (conflictos familiares, enfermedades infecto-contagiosas, crisis situacionales, etc.).
- Repercusión sobre el subsistema familiar de una afección relevante de alguno de sus miembros.

Se consideran factores de riesgo psicológico familiar los siguientes:

- *Hogares inconsistentes*. Los patrones de conducta, reglas y formas de control son contradictorios, inestables. Unas veces se gratifica una manera de proceder y otras se reprende por similar conducta. No hay la debida cohesión e involucración por parte de sus integrantes; la comunicación y la relación resultan deficientes.
- *Hogares ambiguos*. Aquí nadie sabe a qué atenerse. Las reglas son imprecisas, indefinidas, no hay control. Los sentimientos son ambivalentes y nunca quedan bien identificados. Falta el apoyo mutuo y se teme siempre a la reacción de los demás, por ser estas impredecibles.
- *Hogares dependientes*. En esta familia se depende de otras. Las reglas y el control se imponen desde fuera, habitualmente a partir de unos abuelos posesivos y manipuladores y unos padres dependientes y débiles. Clima de inseguridad e indecisión. Temores a la vida. Gran meopraxia en situaciones de crisis.
- *Hogares rotos*. Divorcio o abandono que dejan el hogar en crisis permanente. Falta el equilibrio necesario, el clima de afecto y armonía mínimos. Pueden existir presiones para tomar partido así como fricciones internas, triangulaciones o violencia entre coali-

ciones. Las reglas se modifican, los estereotipos se vulneran. Se pierde el control o este se vuelve caótico, o excesivamente rígido, al asumir el control figuras sustitutas.

- *Hogares con un progenitor ausente, física o emocionalmente.* Aquí, las funciones de maternaje y paternaje pueden alterarse o estar ausentes en momentos en que son necesarias. Puede perderse el control o este hacerse disfuncional. La sobrecarga de ciertos roles y la carencia afectiva de la figura parental puede tener consecuencias negativas. Los casos de madres solteras e hijos huérfanos o no reconocidos constituyen problemáticas particulares de esta modalidad.
- *Hogares violentos (sísmicos).* En ellos la agresión es la regla y el caos la forma de control, cuando no el exceso de rigidez. Amenazas, discusiones, peleas y reconciliaciones forman parte del ambiente cotidiano. El estrés, el alcoholismo y las enfermedades mentales son frecuentes en este medio, caldo de cultivo para el suicidio, el delito, los trastornos de la conducta y otros desórdenes de la personalidad.
- *Hogares adoptivos.* Aunque es habitual el amor e incluso, la sobreprotección, cuando el adoptado conoce que sus figuras parentales no son sus padres verdaderos, si esto no ha sido adecuadamente manejado, puede ser fuente de perturbaciones en la familia. De ahí que núcleos con estos problemas requieran una orientación y atención especiales.
- *Hogares sobreprotectores.* Aun cuando es preferible al rechazo, la sobreprotección puede ser dañina al desarrollo de la autonomía y maduración emocional, dando lugar a personalidades dependientes, no asertivas.

Para *Cristóbal Martínez* son factores de riesgo familiar:

- Abandono de los cuidados físicos del niño.
- Patrones de conducta inadecuados.
- Maltrato físico y psicológico del niño.
- Conductas antisociales.
- Relaciones interpersonales inadecuadas.
- Familiares con enfermedades psiquiátricas.
- Conducta suicida.

- Alcoholismo y drogadicción.
- Condiciones inadecuadas de vivienda y bajo nivel de vida.
- Higiene deficiente.
- Permeabilidad sociofamiliar inadecuada.
- Cohesividad extrema o muy baja.
- Dificultades en la adaptabilidad.
- Poca «fuerza familiar».
- Migración.
- Bajo nivel cultural.

5.8 VEINTICINCO FUENTES DE TENSIÓN FAMILIAR

Aunque sabemos que son numerosas las causas de estrés y crisis familiares, muchas de las cuales mencionamos al describir las crisis, resumimos aquí –sin un orden de frecuencia– las 25 principales que hemos encontrado en la literatura, refrendadas por algún tipo de investigación.

- Muerte de un familiar o amistad allegada.
- Divorcio o separación de la pareja.
- Dificultades sexuales y conyugales.
- Dificultades en la comunicación familiar.
- Separación temporal de cónyuges o familiares significativos.
- Problemas con los suegros y la familia política.
- Relaciones extramatrimoniales.
- Enfermedades graves o crónicas.
- Llegada de un nuevo miembro o «agregado» al hogar.
- Violencia, droga y alcohol.
- Problemas económicos.
- Abandono del hogar por uno de sus miembros.
- Conflictos laborales, desempleo y adicción al trabajo.
- Problemas de vivienda.
- Problemas con la justicia.
- Agresión al honor, deshonra.
- Embarazo en la adolescencia o no deseado.
- Cambio de lugar de residencia.

- Déficit de actividades sociales y recreativas.
- Transgresión de los hábitos de sueño y alimentación.
- Conflictos políticos e ideológicos.
- Migración y desastres naturales y sociales.
- Dificultades educacionales en los hijos.
- Pérdida de *status* social.
- Problemas de transporte y lejanía.

Capítulo 6

FUNCIONALIDAD Y TRASTORNO FAMILIAR

6.1 EFECTIVIDAD FUNCIONAL FAMILIAR: FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD

Se entiende por funcionalidad la efectividad con que se desenvuelve la conducta de los miembros de una familia para cumplir las funciones básicas de esta y satisfacer las necesidades individuales y colectivas dependientes de ello. Una familia puede ser funcional o disfuncional de acuerdo con el modo adecuado o inadecuado en que satisfaga las necesidades de sus integrantes y haga posible o entorpezca el bienestar y el ajuste emocional y social dentro de ella.

6.2 REQUISITOS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para que una familia sea funcional, además de poseer una estructura que pueda hacerlo factible, se deben cumplir en grado suficiente las premisas siguientes:

- Que se satisfagan las necesidades esenciales de sus miembros en lo que de ella dependa.
- Que la familia desarrolle adecuadamente sus funciones.
- Que se compatibilicen los intereses básicos de sus integrantes en forma justa y se actúe de acuerdo con el rol de cada cual.
- Que el lenguaje racional y el emocional dentro de ella fluyan sin grandes contradicciones y que la comunicación en su seno sea

clara, directa, adecuada, oportuna y sincera (comunicación funcional), con formas semánticas bien elaboradas.

- Que se facilite la expresión de las emociones y los sentimientos y se respeten el *status*, autoridad y jerarquía legítimos de cada cual.
- Que exista armonía en función de la consecución de las metas y que estas sean adecuadas y accesibles.
- Que haya cooperación y mecanismos de afrontamiento asertivos, predominantemente cognoscitivos e instrumentales, ante situaciones críticas.
- Que exista respeto mutuo y se promuevan la autonomía y la espontaneidad.
- Que las formas de control existan y sean adecuadas y las reglas familiares no constriñan la individualidad y la autonomía.
- Que se estimulen las relaciones humanas, el desarrollo personal y la creatividad.
- Que se favorezcan vínculos constructivos y armónicos con su medio ambiente natural y sociocultural.

6.3 DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ENFERMEDAD

Se ha querido identificar la disfuncionalidad con la «enfermedad» de la familia. Esto es incorrecto. La enfermedad interesa de algún modo el nivel biológico y, en la disfuncionalidad hay evidente desajuste en lo social, suele existir –casi seguro– sufrimiento psicológico a través de la expresión de múltiples emociones, sentimientos y conductas negativas, pero puede no estar presente la afección neurofisiológica, la claudicación somática ante la disfunción y, entonces, no haber enfermedad. Esta, como sabemos, es una categoría perteneciente al campo de las ciencias biológicas y no de las ciencias sociales y entraña algún tipo de compromiso corporal. Equipararlas es un reduccionismo sociogenetista que debemos evitar. Lo que no quita la altísima frecuencia con que, como factor de riesgo, terreno, elemento causal o desencadenante, coinciden en el tiempo y el espacio la disfuncionalidad y los trastornos psiquiátricos familiares.

Puede decirse que –estadísticamente hablando– existe una correlación altamente significativa entre disfuncionalidad familiar y

enfermedad, por lo que numerosos autores han pretendido establecer vínculos etiológicos entre modalidades de aquella y determinados trastornos psíquicos. Es más, han sido descritas «patologías familiares» (familias esquizofrénicas, obsesivas, psicopáticas, neuróticas, etc.) cual si se tratase de familias enfermas y la enfermedad fuese la propia disfuncionalidad que pudiera motivarla, llevando el posible trastorno de uno o más sujetos dentro de ella, y la atmósfera que se crea o que la posibilita, a la categoría de una enfermedad de toda la familia. Sin llegar a estos extremos y tomando en consideración lo que señalábamos al estudiar las actitudes familiares y los rasgos del carácter (ver 4.5) debemos tener presente que afecciones como las neurosis, los trastornos neuróticos de la personalidad y de la conducta, por citar solo algunas, poseen una larga bibliografía en apoyo del papel de las relaciones familiares durante la infancia entre sus factores etiológicos.

6.4 FUNCIONALIDAD DE LOS ROLES PARENTALES Y TENDENCIAS AL DESARROLLO EN LA PERSONALIDAD

En nuestra cultura occidental, judeocristiana, ambos padres desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad de sus hijos. A lo largo de siglos la tradición fue sedimentando funciones propias del rol de madre y otras correspondientes al rol paterno. Algunas de ellas altamente relacionadas con la condición biológica femenina o masculina, como la lactancia materna o el ejercicio de la fuerza física para el trabajo o la defensa del grupo familiar, son comunes a todas las sociedades humanas. Otras, que de hecho han variado a lo largo de las épocas y las diferentes culturas, en una familia patriarcal, monogámica y matrilineal como la nuestra, donde por muchos siglos el machismo ha devenido regla básica de la conducta, las funciones del hombre y la mujer en el hogar fueron esquematizadas del modo siguiente: la mujer, para la casa, la obediencia y la fidelidad al marido y el cuidado de los hijos, prodigadora de afectos y ternura; el marido, de la calle, representante de la autoridad, la defensa y el sustento del hogar, verdadero dueño y señor del feudo familiar y al

cual le han estado permitidas ciertas licencias con la fidelidad y no se le han exigido muchas expresiones de afecto, pues no le son propios los rasgos de ternura.

Los propios cónyuges exigían del otro la satisfacción de estas expectativas. Cuando tales reglas eran vulneradas, se operaban desajustes: un hombre tierno y dulce, «cazuelero», o una mujer «de la calle», promiscua y enérgica eran, de seguro, estigmatizados.

Los tiempos modernos, con una progresiva tendencia a la igualdad social y sexual de la mujer, la incorporación de esta al trabajo y a la vida económica independiente, la nuclearización de la familia y la consolidación de las aspiraciones democráticas de la mayoría de las personas, han traído consigo cambios en la atmósfera, distribución de roles y *status* de las figuras paterna y materna en el hogar. Cambios que aún no se han consolidado, relaciones que todavía son contradictorias, conceptos que distan de haber cristalizado y ser asumidos por todos.

En la relación que estudiábamos entre los cambios macrosociales y aquellos microsociales de tipo familiar que han de preparar al hombre y la mujer de la presente y las futuras generaciones para asimilar dichos cambios estamos aún en etapa de crisis en los valores, las reglas y las conductas humanas: la salud personal y la estabilidad familiar pagan su tributo por ello. Por esta, entre otras causas, los tiempos que vivimos se acompañan de un alza en la morbilidad, de incrementos en los índices de divorcialidad y de una toma de conciencia acerca de la importancia de estos aspectos y relaciones, tanto en el campo de la Psicología y de la Psiquiatría como en los de la Medicina, la Sociología, las Ciencias Jurídicas y otras ramas de las Ciencias Sociales.

En lo que a los roles materno y paterno concierne, la contemporaneidad nos permite aseverar lo siguiente: los médicos y psicólogos tenemos que trabajar con personas y familias reales. Nuestros sentimientos, convicciones y aspiraciones personales (factores contratransferenciales, diría un psicoanalista) no nos deben hacer obviar que las familias y personas concretas que atendemos operan con sus propios valores, que no siempre son los nuestros; las tradiciones culturales que portan, de un lado, y los cambios sociales que reflejan, por otro, actúan contradictoriamente en ellos —como en nosotros— de un modo muy singular, que debemos tomar en cuenta.

Por otra parte, la vida y la ciencia han demostrado que los roles materno y paterno son necesarios a los hijos, independientemente de las personas que los desempeñen. Si falta la madre biológica, una abuela o una figura femenina sustituta puede suplirla eficientemente si pone en ello amor y aceptación. De faltar el padre, otro hombre de la familia o un nuevo esposo pueden cubrir ese rol. Es más, por ejemplo, de faltar la figura masculina, la propia madre de un hijo varón puede asumir el rol paterno adecuadamente si sabe desdoblarse en las actitudes necesarias a ambos papeles, dando a un tiempo ternura y disciplina, amor y autoridad, protección y estímulo, suficientes para el desarrollo de actitudes viriles, enseñándolo a defenderse, a interesarse por el deporte de acción, los juegos de varón, las preferencias propias de su sexo de acuerdo con su medio cultural. Lo mismo es aplicable en el caso de un padre que tiene que criar solo a su hija.

A tono con ello, se han descrito como funciones de maternaje y paternaje, respectivamente, a las mejores cualidades que, para la educación de los hijos y la funcionalidad familiar, han aportado los roles tradicionales de madre y padre en nuestra cultura. No importa mucho quién los transmita si están presentes en grado suficiente en el ambiente familiar. De ahí que con este concepto, padre y madre pueden ejercer a un tiempo y en variable proporción, funciones de maternaje y paternaje de sus hijos.

En la familia nuclear democrática contemporánea, en la que ambos cónyuges trabajan, contribuyen económicamente al hogar y están incorporados activamente a la vida social, esto no solo es posible sino que es, además, necesario a su funcionalidad porque permite enriquecer la vida de ambos sin conflictos de intereses, abriendo a la mujer posibilidades para su realización extrahogareña y, al hombre, acceso a la ternura y el disfrute de la intimidad con sus hijos y el compañerismo con su esposa, al tiempo que con ello, dan el ejemplo y preparan a las nuevas generaciones para una sociedad sin discriminación de la mujer, más equitativa y justa y donde los hijos, a su vez, ejercerán su futuro rol de padres a partir de modelos más apropiados.

Hecha esta salvedad, que nos aleja de cualquier prejuicio o concepción discriminatoria, diremos que han sido asignados a las funciones de maternaje y paternaje los siguientes aspectos, necesarios a la funcionalidad familiar:

Funciones de maternaje

- Nutrición
- Seguridad afectiva
- Relación-vinculación
- Aceptación-pertenencia
- Identificación sexual femenina

- Sistema de afectos

- Recuperación

Funciones de paternaje

- Estímulo
- Orientación
- Seguridad física, defensa
- Actividad racional
- Identificación sexual masculina
- Establecimiento de normas y límites
- Marco de referencia y responsabilidad

Ambas funciones

- Emancipación
 - Sistema de valores

 - Enculturación
 - Reproducción
- Identidad-individualidad
 - Sentido, significado y trascendencia
 - Comunicación
 - Prestigio

Cuando se satisfacen ambas funciones, podemos decir que estamos en presencia de maternaje y paternaje positivos, lo que constituye un condicionante de primer orden para el establecimiento de tendencias favorables al desarrollo productivo de la personalidad de los hijos. Por el contrario, cuando las necesidades de maternaje y paternaje no son satisfechas a nivel suficiente, se favorecen tendencias negativas al desarrollo integral de la personalidad, las cuales pueden expresarse como retardo, como distorsión o desviación e, incluso, como detención de dicho desarrollo.

En forma esquemática podemos decir, con *Macías*, que tanto el maternaje como el paternaje pueden resultar inadecuados por defecto o por exceso. Así, un exceso de autoridad es tan dañino como la falta de autoridad en el hogar; la sobreprotección lo es también, al igual que lo constituye el abandono. De este modo, expondremos con él, en la figura 6.1, una correlación que, por supuesto, representa una orientación o tendencia, por lo que nunca debemos interpretarla en forma mecánica, ni como relación lineal.



Fig. 6.1. Parentalidad y desarrollo de la personalidad.

6.5 TENDENCIAS A LA DESVIACIÓN DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y AMBIENTE FAMILIAR

No solamente la perturbación en las funciones de maternaje y paternaje, necesarias en el medio familiar, influyen negativamente en la estructura y fortaleza de la personalidad en proceso de formación y en la salud mental de los hijos. Cuando estudiamos el papel de los organizadores del funcionamiento familiar, pudimos fácilmente inferir el carácter multicausal de los factores que intervienen en el proceso de formación de la personalidad, en salud y enfermedad. No obstante, se han acumulado pruebas suficientes acerca de la relación entre la funcionalidad hogareña, la historia familiar, las actitudes de los padres y la aparición de diversos trastornos psiquiátricos.

Nos referimos también a que, incluso, se ha pretendido diagnosticar enfermedades familiares, vinculándolas con determinados síntomas grupales y con características de la familia y de las actitudes y roles que le resultarían típicos: familias depresivas, histéricas, hipocondríacas, paranoides, agresivas, sadomasoquistas han sido descritas, más por construcción mental de sus autores que sustentadas en métodos apropiados de investigación. Sí aceptamos la existencia de configuraciones actitudinales familiares más o menos características, que se repiten asociadas con determinado tipo de problemas y trastornos, como es el caso de las familias sobreprotectoras, las familias emotivas, las violentas, entre otras.

Superficialmente pudiera parecer lo mismo, pero no lo es. Una cosa es que una configuración relacional, a la que pueda dársele un nombre, tienda a favorecer un trastorno y otra muy distinta es que esa configuración sea en sí misma una enfermedad, o que se identifique como requisito *sine qua non* para dicha enfermedad, confiriéndole un carácter de causalidad lineal a tal tipo de vínculo, lo que está muy lejos de haber sido demostrado.

Me interesa profundizar en los nexos que han sido establecidos entre las relaciones familiares y las desviaciones de la personalidad, así como el papel de los conflictos asociados con traumas infantiles en las neurosis y otras entidades psiquiátricas. No voy a abundar en los estudios freudianos sobre relaciones objetales, complejo de Edipo y demás construcciones basadas en vínculos cargados de sexo, repre-

sión, angustia y culpabilidad. Son demasiado conocidos sus postulados y es muy abundante la bibliografía al respecto. Aunque mantengo una posición crítica sobre muchos aspectos de la teoría freudiana, reconozco sus aportes trascendentes a la Psiquiatría y la Psicoterapia. Su creación del método psicoanalítico, su reivindicación de la sexualidad y la actividad psíquica inconsciente para la Medicina y la Psicología, su formulación de la importancia de la relación padres-hijos en el trasfondo de la perturbación psicopatológica del neurótico, bastan por sí solos para ubicarle como la más alta figura de la Psiquiatría hasta el presente.

Discrepo del complejo de Edipo y de la teoría de la sexualidad infantil tal cual los aprecia el psicoanálisis. Tampoco acepto las instancias del aparato psíquico como estructuras antropomórficas que juegan con el destino obviando, de hecho, la responsabilidad personal, la esencia social del hombre y el papel de la conciencia como reflejo de la realidad social y rector supremo de la conducta, en consonancia con las necesidades, intereses y motivos que cada sujeto, bajo su égida, se afana por satisfacer. Pero quiero dejar claro ante muchos de sus detractores que niegan de plano, dogmáticamente, todo cuanto esté relacionado con el psicoanálisis, que sí es importante la actividad psíquica inconsciente, que su ontogenia se remonta a la infancia y que los patrones, hábitos, actitudes, motivaciones y sentimientos inculcados por los padres, mantienen un nivel de actividad a lo largo de la vida, influyendo en la conducta posterior, sin que necesariamente se tenga conciencia de ello.

La internalización de la influencia orientadora de los padres, positiva o negativa, deviene organizador sociopsicológico de primer orden para el comportamiento humano; y es importante la sexualidad, ¿alguien se atreve a negarlo? Una relación simbiótica con un progenitor se puede erotizar y allí tendremos actuando un complejo edípico. No nos asustemos por eso.

Como podemos reprimir, según *Horney*, nuestros sentimientos de hostilidad hacia figuras parentales por su conducta real o imaginaria hacia nosotros, podemos sentir angustia si algo viene a reactivar este conflicto, o la culpa puede deprimirnos. Asimismo unos padres absorbentes y tiránicos pueden devaluar nuestra autoestima y cristalizar en nosotros sentimientos de inferioridad, cual propusiera *Alfred Adler*, con las formaciones reactivas y afanes de poder que este impor-

tante autor analizara en su época. O un adolescente ansioso de emancipación, con unos padres que, por no consentirlo, amenazan con la represalia de retirar el afecto, puede ser llevado por éstos, según *Fromm*, a temer la libertad. O como expresa *Sullivan*, una persona puede evitar el aceptar su realidad si, por ello, cree perder la aprobación de sus padres.

En fin, no acepto marcos de referencia preconcebidos a los cuales se ha de adherir dogmáticamente el terapeuta de modo que «si la realidad del paciente no se aviene a lo postulado, peor para la realidad», ni soy ecléctico tomando pragmáticamente de aquí y de allá según me convenga, sin mediar el fundamento científico consecuente.

Considero, con *Politzer*, que el drama concreto del paciente es la única fuente posible de la verdad, de su verdad. Y me valgo de la cultura académica y universal (no solo psicoterapéutica) para tratar de orientarme junto con el paciente en la búsqueda de esa verdad, que lo es sólo si sirve para él, porque se aviene a su realidad. Cada experiencia psicoterapéutica es, entonces, un acto de investigación.

La cultura psicoanalítica en su más amplia acepción —la que incluye el análisis cultural, el existencial, el de las relaciones interpersonales, entre otros— puede sernos útil en la medida en que nos señala precedentes referenciales. No es que apliquemos la teoría de *Freud* en un caso y en otro la de *Sullivan* o *Reich*. No es eso. Tomamos observaciones —que no teorías— sobre vínculos causales que señalara determinado autor y, de parecer válidos a la experiencia concreta del caso o la familia que atendemos, trabajamos con ellos su posibilidad, a manera de hipótesis, la cual necesita ser comprobada en la práctica, reelaborando con el propio paciente o su familia una lectura de los hechos analizados, que pueden tomar nueva luz con el *insight* o concientización de conflictos inconscientes que estuviesen operando en él. Pero que son válidos solo si le sirven para encontrar sentido y significado a sus problemas y si le dan las coordenadas para acometer superiores mecanismos de afrontamiento en la vida.

Cuando una interpretación permite una reorientación cognitiva, un cambio, dando otra posibilidad de lectura a la narrativa, provocando un efecto hacia la experiencia emocional correctiva y la recuperación, podemos inferir que esta ha sido válida.

Pero no queremos aún profundizar en psicoterapia. Solamente quisimos ubicar los aportes provenientes del amplio psicoanálisis en

un contexto científico, de modo que podamos asimilarlos sin fronteras dogmáticas o pragmatismo acrítico. No es lo mismo aceptar una teoría que aceptar un aporte de esa teoría. Negar, dialécticamente hablando, es tomar lo bueno de una etapa que ya superamos, desechando lo caduco; aprehender todo lo positivo que podemos del pasado, abriéndolo a una nueva lectura, enriquecida con los logros y los nuevos enfoques que el desarrollo incesante de la ciencia va trayendo consigo.

Quiero, antes de concluir el tema, referirme a los hallazgos de numerosos autores acerca de las consecuencias que ciertas actitudes paternas y atmósferas del hogar pueden tener, propiciando la aparición, en etapas posteriores, de algún tipo de trastorno mental.

Conocidos son los intentos de los teóricos de la comunicación, sobre todo en los Estados Unidos de Norteamérica, a partir de *Gregory Bateson, Don Jackson y Jay Haley*, de establecer una relación entre la esquizofrenia y las pautas de transacción familiar, desarrollando la hipótesis de la doble comunicación contradictoria mediante la cual la familia impone o moldea las formas peculiares de comunicar el esquizofrénico, al que pone continuamente en situaciones paradójicas.

No se interesaron mucho estos autores por los aspectos genéticos, bioquímicos y neurodinámicos presentes en la esquizofrenia. Pero lo cierto es que sus reportes abrieron las puertas a nuevas formas de psicoterapia —no solo en la esquizofrenia— y, a su vez, sea por las razones que fueren, el estudio del vínculo madre-hijo en esta entidad trajo luz sobre la ambivalencia implícita en él y acerca de la importancia de atender a la familia del esquizofrénico como una posible unidad disfuncional, con patrones paradójales y pautas de circularidad que no han podido ser negadas.

Por otra parte, se han relacionado actitudes de sobreprotección marcada en el hogar con el desarrollo de personalidades pasivo-dependientes, así como con los trastornos de personalidad histéricos. Los terapeutas sexuales han encontrado en la anamnesis de la disfunción sexual eréctil en el varón y en la anorgasmia femenina, tanto sobreprotección como ambiente de puritanismo y rigidez en el hogar. Se reporta con insistencia el rechazo paterno y la seducción materna en la homosexualidad masculina; el rechazo materno y una excesiva identificación o una relación competitiva con el padre y hermanos mayores en la homosexualidad de la mujer. Las actitudes

de rechazo y el ambiente de frialdad afectiva son frecuentes en la depresión así como en la hiperactividad y en los trastornos de la conducta de la niñez y la adolescencia. Personalidades limítrofes y desarrollos psicóticos han sido comunicados con esta relación y, también, el úlcus gastroduodenal.

Madres sobreansiosas favorecen trastornos en los hábitos alimentarios y en las funciones digestivas de sus hijos, propensos a los estados de ansiedad. La ausencia física o emocional de uno de los padres, el divorcio y la presencia de un padrastro o madrastra inadecuados son condicionantes probados de ciertas desviaciones neuróticas de la personalidad. La privación de afectos y estímulos se considera entre los antecedentes de la psicosis infantil. También la personalidad antisocial y otros trastornos psicopáticos han sido relacionados con esta privación. La inconsistencia, así como la autoridad dividida entre los progenitores, parecen ser factores de neurotización. Ya vimos cuánto deben algunos obsesivos a la compulsividad, el perfeccionismo y el hipercriticismo en el hogar.

Interminable pudiera ser la relación si me atengo a lo leído y escuchado a lo largo de mi vida profesional. Por mi parte, he podido observar una y otra vez en la actividad psicoterapéutica este tipo de nexos. Tanto, que de una práctica individual y grupal pasé progresivamente a una praxis psicoterapéutica familiar: la familia, de un modo u otro, suele estar involucrada en las causas y/o las consecuencias de los trastornos psíquicos. Trabajando con ella todo se ve más claro y podemos intervenir técnicamente, en forma directa, en esta relación, influyendo con ello en el sistema, logrando actuar sobre las actitudes inadecuadas y la interacción entre los protagonistas del drama, así como sobre los organizadores de diverso tipo que, operando en el escenario familiar, intervienen en su funcionalidad. Esto facilita la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas amenazadas, que ya vimos cuánto tienen que ver con los mecanismos del estrés y con la aparición de los síntomas neuróticos.

6.6 TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES FAMILIARES

Considerando la disfuncionalidad como la expresión de la perturbación de las funciones que son inherentes a la familia como sistema,

autores como *Fleck* han acometido su estudio, tratando de precisar, en cada una de ellas, las situaciones y comportamientos familiares que entorpecen el cumplimiento de dichas funciones.

Funciones maritales. Las familias de un solo padre suelen traer consigo problemas, tanto en lo que compete a los hijos como en la estabilidad emocional o sexual del progenitor que, además de garantizar paternaje y maternaje a su descendencia y sentir sobre sus hombros el peso de responsabilidades que no puede compartir con su pareja, no cuenta en su hogar con una fuente estable de placer sexual ni con el apoyo emocional y material que compete a un cónyuge adecuado.

Así la viudez, el divorcio, el abandono, la paternidad fuera del matrimonio y el cada vez más frecuente fenómeno de la madre soltera, pueden incidir en la funcionalidad familiar con variable intensidad.

Los desajustes en la armonía sexual de la pareja, como importante fuente de frustración y desajuste, repercuten más allá de la diada parental como causal de otras dificultades: celos, irritabilidad, infidelidad, depresión, inseguridad, hostilidad proyectiva, violencia, divorcio.

El problema de la pareja infértil, la falta de privacidad marital, la promiscuidad, los abusos sexuales en el seno del hogar, las enfermedades de transmisión sexual y la reciente problemática del SIDA en la pareja, constituyen importantes aspectos que se deben tener en cuenta sobre este particular.

Funciones nutricias. El aporte nutricional puede verse como el abastecimiento de recursos imprescindibles para el buen funcionamiento del hogar y sus integrantes, y también como la entrega del afecto que requieren los distintos miembros de la familia; la negligencia, el desinterés, el rechazo, el abandono y la falta de amor constituyen una transgresión de estas funciones. Las consecuencias que una madre enferma o ansiosa puede provocar sobre el estado emocional o los hábitos de alimentación de un niño, como la sobrealimentación por ansiedad o la anorexia por disconfort o rebeldía que están en el *background* de la obesidad, la anorexia nervosa, el úlcus péptico y otras disfunciones digestivas, son ejemplos de sus efectos.

Por último, el recientemente considerado «síndrome del niño golpeado» viene a representar una de las más dramáticas expresiones de una disfuncionalidad sustentada en patrones de violencia y perturbaciones graves del afecto y la protección que caben a los roles

parentales. La miseria material y afectiva son agresiones a la función nutricia que, desgraciadamente, siguen vigentes con demasiada fuerza en un mundo que, paradójicamente, se abre al próximo milenio con los ojos puestos en el desarrollo científico-técnico.

Funciones relacionales. Algunos autores, entre ellos *Harry Stack Sullivan, Carl Rogers, Béquart y Muldworf, Miasischiev y Bustamante*, entre otros, han puesto en claro el papel trascendente de las relaciones interpersonales en la conformación y tratamiento de la personalidad. Y la más significativa de las relaciones interpersonales es la que se desenvuelve en el seno del hogar, sobre todo en la infancia. El déficit de relaciones, los vínculos paratáxicos, son ejemplo de noxas psicológicas que dejan un sello indeleble en el individuo y la familia. Pero ello no es válido solo para los hijos: la relación de pareja, la armonía del hogar, las transacciones intergeneracionales siguen pautas de funcionalidad o disfuncionalidad, dependiendo de la calidad de la relación que las sustenta.

Las diferentes escuelas de terapia familiar toman en cuenta, desde su ángulo, la capacidad de relación familiar, y yo considero que las actitudes implícitas en una interacción familiar perturbada constituyen elementos potencialmente disociantes, porque no contribuyen a la satisfacción de las necesidades, al entendimiento ni a la solución de los conflictos.

Funciones enculturizadoras (educativas). La deprivación cultural puede ser causa de disfuncionalidad. La carencia de juegos, juguetes y espacios para jugar; el déficit de estimulación física o intelectual; la ausencia de escolarización; la falta de educación o la educación inadecuada en el hogar son elementos que conspiran contra la salud y el buen funcionamiento del núcleo. Sus consecuencias se proyectan también hacia el exterior, entorpeciendo las relaciones apropiadas de la familia y sus integrantes con la comunidad en que conviven.

Funciones comunicativas. Las comunicaciones aberrantes, defectuosas, confusas; las dificultades en la socialización; la falta de comunicación en la pareja o entre padres e hijos se consideran problemas que afectan el clima familiar y pueden reflejarse en trastornos como la esquizofrenia o la paranoia, según algunos autores. Los trastornos neuróticos y algunos trastornos de la personalidad aparecen ostensiblemente relacionados con ello.

Por otra parte, una particular configuración comunicativa como la aparición del fenómeno del emergente, cabeza de turco o chivo

emisario, confiere en un momento determinado sentido a la situación familiar, como planteara *Pichón-Riviere*. Las familias que acuden en forma estereotipada a tal tipo de recursos, expresan con ello su disfuncionalidad. La inadecuada estructuración neurolingüística en los modelos comunicativos familiares, entorpece la funcionalidad comunicacional. Se habla entonces de lenguaje familiar «semánticamente mal elaborado» (PNL).

Funciones emancipativas. Los grupos familiares que no preparan a sus miembros para la independencia y la autonomía constriñen la individuación y la socialización de estos, su derecho a la libertad. Relaciones simbióticas, vínculos edípicos, lazos de dominación o dependencia, todos ellos son alteraciones de esta función. El período de la adolescencia y los de selección de la profesión, elección de la pareja y abandono del hogar de los padres para fundar casa propia, son momentos críticos en que se pone a prueba la funcionalidad familiar, en sus aspectos emancipatorios. Los padres deben preparar a sus hijos para la independencia desde que nacen. Cuando no lo hacen, ello es fuente segura de problemas. Las fugas del hogar son otra forma de expresión de este tipo de conflictualidad.

Funciones recuperativas. El término hogar procede de la presencia ancestral del grupo familiar junto a la hoguera, protegiéndose del frío y compartiendo la intimidad, el sustento y el reposo. Si la persona, tras los rigores de la lucha cotidiana por la vida, no tiene un sitio para el descanso y para reponer fuerzas, en lo natural y en lo espiritual, muy pronto estas se agotarán y sobrevendrá la enfermedad y quién sabe si la muerte. El hogar es el lugar idóneo para ello.

En el mundo moderno, más importante aún que la restitución de la energía física perdida resulta el reencuentro con el afecto y la paz espiritual, el fortalecimiento moral que la vida en familia hace posible, de ser esta adecuada. Si no lo es y las personas en su seno no encuentran solaz, comprensión, ayuda y solidaridad, las tensiones crecen, las relaciones se hacen difíciles y se afectan considerablemente la estabilidad de la familia y el equilibrio de sus integrantes dentro y fuera del hogar.

Funciones defensivas. Cuando los miembros de una familia no se protegen unos a otros en la adversidad o ante las agresiones de todo tipo a que puede ser expuesto cualquiera de sus miembros, si no se brindan los cuidados adecuados al enfermo y al desvalido, si

no se ayuda a que cada integrante del grupo familiar pueda sortear las dificultades y alcanzar sus principales objetivos vitales contando para eso con la solidaridad de sus parientes, sus componentes quedan indefensos ante las eventuales agresiones del medio natural y social, con las obvias consecuencias que de esto pueden derivarse.

Funciones económicas. El núcleo familiar es una unidad económica conformada por un sistema organizado y estable de intercambios de especies y servicios materiales y espirituales entre sus distintos componentes y con el medio exterior, constituyendo la célula básica y el núcleo productivo y consumidor primario de cualquier sociedad. La propia ley estipula los derechos al sustento y las obligaciones económicas entre padres e hijos, cónyuges y otros familiares de acuerdo con los niveles de parentesco y el grado de validismo de los miembros necesitados. Negar o escamotear sustento o amparo a niños o ancianos, a parientes discapacitados, no aportar a los demás en proporción a las posibilidades y necesidades o tender a un desbalance injustificado entre aportes y beneficios individuales, es propiciar disfuncionalidad por conflictos y desajustes en la familia, con la secuela de violencia y problemas afectivos y del comportamiento en el seno del hogar.

Vistos estos trastornos de las funciones familiares en su conjunto, podemos comprender que cuando están presentes, constituyen condicionantes de los desórdenes psiquiátricos más diversos.

Capítulo 7

SALUD MENTAL FAMILIAR

7.1 SALUD MENTAL FAMILIAR. SUS ELEMENTOS

La salud mental familiar es una construcción que contempla los aspectos psicosociales del concepto integral de salud aplicados a la familia. Su uso se justifica por ser la expresión de un campo de intereses diferenciado en la atención de salud pública. Se compone de los elementos siguientes:

- Funcionalidad
 - Integridad estructural.
 - Integridad funcional.
 - Integridad psicodinámica.
 - Integridad ecológica.
 - Integridad semántica.
- Sentimientos de bienestar por parte de sus miembros.
 - Ausencia de síntomas significativos, permanentes o ambos.
 - Integridad biológica.
 - Capacidad para enfrentar las crisis.
 - Tendencias al desarrollo.

7.2 ESTRUCTURA FAMILIAR

Consiste en los elementos, procesos, formas, mecanismos, características, vínculos, productos y organización que la familia asume para cumplir sus objetivos y funciones. Forman parte de ella tanto los integrantes como el sistema o red dinámica de relaciones entre los componentes del grupo, así estructurados para satisfacer las necesi-

dades y ejercer los roles que en dicho grupo corresponde a todos y cada uno cumplir. Comprende, entre otros:

- Composición, organización y características de la familia.
- Posición de cada cual en el sistema de relaciones.
- Tipo de vínculos que los une.
- Roles que cada cual desempeña.
- Formas y procesos de comunicación.
- Formas y procesos de relación.
- Formas y procesos de control.
- Formas y procesos para la toma de decisión.
- Formas y procesos de entrenamiento y educación.
- Formas y procesos de emancipación.
- Formas y procesos de recuperación.
- Formas y procesos de refuerzo.
- Mecanismos de afrontamiento característicos.
- Mecanismos de defensa ante conflictos.
- Límites y campo familiar.
- Procesos psicológicos entre sus miembros (costumbres, estilos de vida, sistemas de creencias, mitos, metas, actitudes, etc.).
- Contribución de cada quien a los objetivos y funciones.

7.3 ORGANIZACIÓN FAMILIAR

Orden y manera en que se vinculan, complementan e interactúan los elementos estructurales para satisfacer las necesidades y cumplir las funciones que corresponden a la familia y permitir la satisfacción de las necesidades individuales de sus componentes. Es un concepto consustancial al de estructura y al de funcionalidad, por lo cual se le llama también «organización estructural y funcional», entendiéndose por tal el modo en que se organiza y desenvuelve la conducta de sus miembros para satisfacer las funciones básicas del grupo familiar y las necesidades individuales que dependen de ello.

Estructura, función, organización y funcionalidad, constituyen un sistema de categorías cuyo manejo es necesario para evaluar el nivel de integración de la familia y, con ello, su estado de salud mental. Se complementa con el sistema de categorías propias del nivel de integración psicodinámica, el cual estudiaremos más adelante.

7.4 CATEGORÍAS RELACIONADAS CON LA ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

- Límites de la familia
- Límites generacionales
- Permeabilidad familiar
- Territorios
- Alianzas
- Coaliciones
- Jerarquía
- Autoridad
- Significancia
- Cohesividad
- Involucración
- Problemas
- Soluciones
- Reglas
- Mitos
- Metas
- Roles
- Distribución de roles
- Relaciones
- Autonomía
- Sistemas integradores de la personalidad externa
- Componentes de la personalidad
- Comunicación
- Formas de comunicación
- Funcionalidad comunicativa
- Relaciones
- Formas de control
- Armonía
- Paternaje
- Maternaje
- Maritalidad
- Pautas
- División de tareas
- Toma de decisión
- Aprovisionamiento
- Recuperatividad
- Enculturación
- Pertenencia
- Pertinencia
- Cooperación
- Producción familiar
- Mecanismos de afrontamiento
- Receptividad ante la ayuda
- Red de apoyo familiar

Existe una relación interna muy estrecha en este sistema de categorías. Sin una adecuada estructura se hace imposible el buen funcionamiento familiar. Por otra parte, la organización funcional va determinando cambios en la estructura a tono con la funcionalidad del sistema para satisfacer sus necesidades. La estructura será, pues, resultado de las funciones que la naturaleza y la sociedad han ido asignando a la familia a lo largo de milenios.

En particular, cada familia será de un modo u otro en dependencia indirecta y mediata de cómo vaya desempeñando sus funciones,

las que serán satisfechas en la medida en que la organización estructural y funcional de la familia lo permitan. Se dice que hay integridad estructural y funcional cuando dicha organización propicia su funcionalidad.

7.5 PSICODINAMIA FAMILIAR

Se entiende por tal la interacción emocional entre los miembros del grupo familiar, resultante del proceso de compatibilización de intereses e intersatisfacción de necesidades materiales y espirituales, ocurrido en su seno. En ella determinan los componentes afectivos que están detrás de esos intereses y necesidades, latentes en las interacciones psicológicas y que, muchas veces, permanecen en un plano no consciente, en ocasiones contrapuestos al discurso familiar.

Se expresa en acciones como el *acting out*, actitudes, tendencias, vínculos afectivos y estados de ánimo desarrollados históricamente, a consecuencia de los cuales surgen pautas de comportamiento y reacción, secuencias de interacción y comunicación, que confieren sentido al acontecer familiar y permiten aprehender, cuando es el caso, el significado de fenómenos sintomáticos, emergentes, que les vienen relacionados. Producto de la interacción psicodinámica surge la atmósfera de armonía o conflictualidad que caracteriza al grupo familiar en un momento y circunstancias dados y el bienestar, tensión o malestar que en su seno se experimenta.

En este concepto queda incluido cómo y por qué se mueve y reacciona la familia, cuáles son las motivaciones esenciales (conscientes o no) de su comportamiento y cuáles los resortes que, desde el ángulo interno, tienden a mantener su equilibrio activo o a modificarla hasta su transformación y eventual escisión o destrucción. La conjugación de actitudes que contribuyen a conformar el clima o atmósfera familiar y los modos en que operan los mecanismos de defensa y de afrontamiento a situaciones críticas forman parte de la dinámica de la familia.

7.6 CATEGORÍAS DE LA PSICODINAMIA FAMILIAR

Conformar esta lista es un reto doctrinario. Considerando la técnica psicoanalítica en su sentido más amplio, de utilización profesional de los procesos psicológicos conscientes e inconscientes que intervienen en la enfermedad mental y la psicoterapia, es posible afirmar que cada escuela psicoanalítica tiene su propio sistema de categorías. No me considero psicoanalista en el sentido convencional del término, porque no acepto la primacía del inconsciente, el determinismo intrapsíquico del comportamiento y de los síntomas, ni me adscribo a un marco de referencia doctrinario preconcebido que opere en circuito cerrado, como buena parte de las escuelas que conozco.

Considero la conducta humana, en salud y enfermedad, como reflejo activo e indirecto de la actividad social del hombre, mediado por su condición biológica y por las circunstancias concretas de su existencia. Pero analizo la psiquis y lo hago interpretando la actividad psíquica inconsciente como lo social internalizado a nivel no consciente, puesto a disposición de los mecanismos de análisis, procesamiento, almacenamiento y utilización de la información para la orientación y el control automatizados del comportamiento y la toma de decisión; mecanismos que, operando fundamentalmente en las estructuras límbicas y con un sustrato tanto psicológico como neurofisiológico, tienen que ver con la predicción –consciente o inconsciente– de la probabilidad de satisfacer las necesidades en cada situación; tomando en cuenta los datos que van llegando a través de la aferentación de retorno de las decisiones en proceso de ejecución y, de acuerdo con la valoración no necesariamente consciente de los intereses implícitos en dicha decisión.

Esto no es letra muerta. En el campo de la psicoterapia, nos permite analizar, a semejanza de los psicoanalistas, los fenómenos inconscientes que operan en el psiquismo, pero con un sentido diferente: no serán fenómenos antropomórficos con vida propia que le dictan al sujeto lo que tiene que hacer en correspondencia con el código preestablecido por la teoría psicoanalítica, sino configuraciones intrapsíquicas no conscientes con significado específico, de trasfondo

esencialmente social, cuya clave no radica en el marco referencial del terapeuta sino en la simbología individual resultante del drama humano concreto del sujeto, que le confiere su sentido.

La interpretación no es, para mí, un acto de fe. Es una hipótesis elaborada en común con el paciente o la familia, de acuerdo con el sentido y significado aprehendidos a través de la investigación concienzuda de su vida, sus motivos, experiencias, necesidades, intereses y actitudes, llevada a cabo en la situación terapéutica.

El efecto hacia la curación y el cambio de lectura de su drama y de su proyecto de vida por el propio sujeto, en un paso adelante hacia su madurez y la desaparición de sus síntomas, constituyen el criterio de verdad para dicha interpretación y su valor para el cambio de conducta y autocognición, considerados a través de su eficacia. Entonces, no presentaré aquí nuevas categorías para otro marco de referencia cerrado en sí mismo, listo para aplicarse en una diferente lectura de las «causas» inconscientes del comportamiento, individual o familiarmente considerado. Incluiré, en cambio, categorías conocidas, abiertas al debate, formuladas a su tiempo por diferentes autores de enfoque psicodinámico y que, a mi juicio, expresan fenómenos que operan, en determinadas circunstancias, en los procesos de interacción psicológica que ocurren en la familia, los que pueden desarrollarse tanto al nivel consciente como inconsciente, según el caso. En algunos de ellos me permito una versión libre, intentando desembarazarlos de algún lastre doctrinario. Su utilización en el análisis de una familia no constituye tarea obligada: puede ser un instrumento técnico, útil solamente si el sentido de la situación interpersonal concreta que se enfrenta en el proceso de terapia, evidencia que está operando un fenómeno dinámico significativo y que es conveniente trabajar con él en la evaluación o el tratamiento; siempre con criterio de hipótesis que necesita ser demostrada en la práctica.

Ya volveremos sobre esto cuando desarrollemos la sección de Psicoterapia. Pero es importante, a mi juicio, el introducir esta digresión para informar oportunamente al lector que, al abordar procesos psicodinámicos desde una concepción no psicoanalítica, no estamos incurriendo en inconsecuencia sino abriéndonos a la posibilidad de asimilar lo mejor del aporte psicoanalítico acerca de los procesos grupales que pueden actuar en la familia, sin violentar el método científico. A continuación paso a detallar las categorías que propongo tener en cuenta en la dinámica familiar.

7.6.1 DINÁMICA DE LA EMERGENCIA

Llamada también fenómeno del «chivo expiatorio» o de la «cabeza de turco», ha sido descrita y explicada de diferentes maneras. Inicialmente se consideró como el desplazamiento hacia uno de los miembros —el cual se satura de angustia, culpabilidad o síntomas— de la carga problemática de toda la familia, la que de este modo se libra de ella, de forma tal que, si este mejora, el resto comienza a sentirse mal o a expresar, a su vez, trastornos.

El energetismo mecanicista de este intercambio, que obvia los componentes biosociales del estar o no estar enfermo, no resiste el análisis científico. Pero todos los clínicos hemos constatado en la práctica cómo unas personas proyectan y critican en otros, los problemas que no reconocen en sí mismos. Esto opera también en el grupo familiar, donde puede haber consenso inconsciente sobre a quién achacar las culpas. Esta persona, agredida y estresada de este modo, puede llegar a enfermar. Eso es otra cosa.

Por lo pronto, nos llega a través de *Bauleo* una definición, tomada de *Pichón-Riviere*, que considera *emergente* a todo síntoma, persona, conducta, intervención o acontecimiento que permite dar sentido a una situación. Las angustias o tensiones latentes en el grupo las expresa uno de sus miembros con un gesto, un planteamiento, una acción en un momento determinado, que representan una forma simbólica y no necesariamente consciente de comunicar algo que está pasando en la vida emocional del grupo y que no se sabe o no se puede comunicar de otro modo.

Alguien expresa, por ejemplo: «¡Acábalo de decir!». O bien: «¡Tú quieres con tu llantico controlar a todo el mundo!». O la mamá de un alcohólico rompe a llorar descontroladamente cuando la nuera le comunica que si su esposo no acepta el ingreso para someterse a cura de deshabitación, ella se divorciará. Esta especie de «carambola emocional», pone al descubierto la dinámica interna que retroalimenta la conducta alcohólica en esta familia, con más claridad que cualquier argumentación.

He ahí la dinámica de la emergencia, tal y como la aceptamos. Una interpretación oportuna debe representar un fenómeno emergente utilizado técnicamente por el terapeuta para intervenir, aprovechando resortes psicodinámicos, en la lectura que hace la familia sobre sí misma.

7.6.2 DINÁMICA DE LA EVITACIÓN

La fuga o evasión es una respuesta incondicionada ante el peligro que puede ser asumida por los seres vivos cuando, al medir sus fuerzas frente a éste, valoran intuitivamente su situación como desventajosa –predicción probabilística no consciente de acuerdo con experiencias previas del individuo o de la especie. El hombre y la familia no son ajenos a este patrón filogenético que, además, pueden condicionar y reforzar una y otra vez en su largo aprendizaje vital si sus experiencias concretas son favorables a ello.

«No hay peor ciego que el que no quiere ver». La familia puede evitar percatarse de aquello que le angustiaría reconocer, «metiendo la cabeza en el agujero como el avestruz», o asumiendo comportamientos escapistas ante la vida y sus diversos problemas. Es tan universal este procedimiento de evitar inconscientemente lo que se considera inconveniente, que suele ser utilizado normalmente. Su hipertrofia o utilización iterativa presenta un interés especial, por su fuerte carga neurótica, y ha de manejarse en dinámica familiar, toda vez que la presión emocional para evitar o posponer decisiones o enfrentar los problemas por parte de la familia, puede ser un fuerte obstáculo al cambio terapéutico.

7.6.3 DINÁMICA DEL APOYO

Apoyarse y cooperar ante las dificultades es un mecanismo sano. Buscar ayuda cuando se la necesita es una conducta asertiva y eficaz. No obstante, a veces, el buscar apoyo si se cuenta con recursos suficientes y el asumirlo como patrón cuando procede resolver los problemas por sí mismos, puede reflejar vínculos de dependencia, dentro o fuera de la familia, que ya no son sanos. Cómo operan estos procesos afectivos y actitudinales hacia dentro y hacia fuera de la relación familiar constituye la dinámica del apoyo objeto de nuestra atención.

7.6.4 DINÁMICA DEL LIDERAZGO

En todo grupo humano se dan procesos emocionales, intelectuales y de eficacia conductual que tienen que ver con el carisma, el

talento, la inteligencia emocional y la asertividad, los cuales van ubicando espontáneamente a las personas en dicho grupo, por dinámica de afinidades e intereses fundamentalmente, alrededor de algunos de sus miembros y en correspondencia con la tarea o situación de que se trate —son las dimensiones absoluta y relativa del liderazgo. En una familia, ello da significancia, autoridad moral y ascendencia personal a sus distintos componentes en un rango y escala variables de acuerdo con las distintas etapas y roles del ciclo evolutivo familiar y con las demandas vitales implícitas.

7.6.5 DINÁMICA DE LA TRANSFERENCIA

Como es conocido, *Freud* dio a los procesos de transferencia y contratransferencia una significación especial en la doctrina psicoanalítica. No es a esa transferencia a la que me refiero. Todos tendemos a identificar a una persona con otras previamente conocidas y, de acuerdo con ello, nos inclinamos favorable o desfavorablemente hacia esta, en un proceso de valoración inconsciente que tiene mucho de emocional y de reflejo; porque se parecen físicamente, en el carácter, porque los conocimos en circunstancias gratas o infastas, o porque se comportaron con nosotros «como un padre», «como un hijo», etc. La familia, fuente del Edipo freudiano, no es ajena a triangulaciones y figuraciones transferenciales de diverso tipo. Cuántas veces hemos escuchado en la vida que una hermana mayor ha sido «como una segunda madre» para alguien, o que determinado amigo «ha sido como un hermano», o que una persona que conocimos es «igualitico a tío Pepe», etc. No se trata de simple parecido sino de identificaciones subliminales, de verdaderos equívocos en la percepción de la identidad por desplazamientos catatímicos de significado que llevan consigo cargas afectivas y procesos actitudinales que se reflejan en conductas, valoraciones, afinidades, rechazos y otras respuestas por el estilo.

7.6.6 DINÁMICA DEL PODER

Pocos cuestionan que, en toda familia, como en todo grupo humano «alguien debe llevar la voz cantante». Muchos chistes se han

hecho al respecto. Esto nos lleva a la necesidad de evaluar cómo operan estos mecanismos de poder. Si son racionales y equilibrados. Si son justos y mesurados, etc.

Ya desde principios de siglo, *Adler* alertaba sobre el afán neurótico de poder oculto tras los sentimientos de inferioridad de las personas. Esto puede aceptarse o no de acuerdo con el caso concreto, pero la variable debe ser considerada. Vemos a veces a un pequeñín tener más poder que su madre autoritaria, negándose a comer o «hacer la caca». O a un histérico que controla a sus parientes con la amenaza latente de sus crisis. O un adolescente que con su conducta rebelde mide fuerzas en el hogar con un padrastro que no acepta.

No soy adleriano, pero quien tenga una actitud realista, no debe asustarse ante el hecho incontrastable: en los grupos humanos se dan relaciones de poder. *Jay Haley* hace esta categoría centro de su teoría sobre el control de la comunicación y el *one up/ one down*.

7.6.7 DINÁMICA DE LA SEXUALIDAD

Si antes de los dos años un crío es ya varón o hembra, psicológicamente hablando, no puede subvalorarse la dinámica del sexo en la vida familiar: juegos y educación sexuales, actitud de los padres ante la propia sexualidad y proyecciones que se le asocian, posibilidad de libidinización de ciertos vínculos, nivel de satisfacción erótica en la diada u holón parental, tormenta puberal y asunción del rol sexual, celos hacia el cónyuge o la pareja de los hijos, fidelidad e infidelidad, todo ello cobra interés en la dinámica familiar, que no suele espontáneamente hacer temática de sus posibles problemas.

Las actitudes asociadas a la sexualidad constituyen un organizador conductual de primer orden en la psicodinamia familiar, conforme nos adelantara *Freud*, aunque no sean el demiurgo del devenir humano.

7.6.8 DINÁMICA DE LA HOSTILIDAD

Karen Horney nos legó una obra rica en razones y ejemplos sobre el particular. Se olvidó del cerebro en sus teorías y confirió un carác-

ter antropomórfico a las tendencias neuróticas en el interior de la psiquis, sin que logremos imaginar en qué lugar del cerebro se desarrollan las batallas campales que, en su seno, consumen a «la personalidad neurótica de nuestro tiempo». Pero su genio creador y su finísima capacidad de observación le permitieron –creo que como nadie– dejar en claro la importancia de la hostilidad y de su eventual represión, en los conflictos, sufrimientos y neurosis humanas.

La llamada medicina psicosomática está llena de alusiones al papel de la agresividad en la hipertensión arterial, la migraña y la enfermedad coronaria, para solo poner unos ejemplos. Y la hostilidad que más nos daña parece ser la que se vincula y late en el seno familiar.

El hombre y la mujer pueden salir airosos de conflagraciones sociales y contingencias de la vida laboral, pero sucumben con facilidad ante las batallas del hogar, muchas veces silentes, que socavan las relaciones de pareja y la necesaria comunicación entre padres e hijos, erosionando internamente, como un cáncer, la funcionalidad de la familia. Evaluar esta posibilidad en la familia concreta es tener los pies sobre la tierra. Podemos ser maltratados, por acción u omisión, por nuestros seres queridos; la hostilidad resultante, reprimida por factores culturales, puede «volverse sobre sí mismo» como el que golpea la propia mano al no poder pegar al rival mucho más fuerte que lo merece. Vivimos en un mundo donde prevalece la violencia. *Horney* alertó sobre su alto costo psicológico.

7.6.9 DINÁMICA DE LA APROBACIÓN-DESAPROBACIÓN

Mucho insistió *Sullivan* en que la relación interpersonal con nuestros padres, responsables en buena medida de nuestra personalidad y de la imagen que tenemos de nosotros mismos, condiciona nuestras respuestas a un patrón de aprobación-desaprobación de nuestro actuar por parte de ellos que, internalizado y modulado por relaciones interpersonales posteriores, determinan las actitudes y, según él, las formas de aprehender la realidad, percibir el *yo* como bueno o malo y reaccionar comunicándonos o defendiéndonos en nuestros sucesivos intercambios.

No es el caso entrar en el análisis crítico de los aportes sullivanianos, en mi criterio el punto más alto de la psicoterapia nor-

teamericana. Me limito a destacar lo importante que resulta para todos en la familia el contar con la aprobación de su actuar por parte de sus seres más significativos; y cuánto ruido en el sistema, ante decisiones trascendentes, introduce la desaprobación cuando proviene de los hijos, del cónyuge o de los progenitores. O los conflictos con la familia extensa, la del cónyuge incluida, cuando no se aprueban relaciones o elecciones.

Tomar en cuenta estos procesos, que a menudo acontecen subliminalmente y, en ocasiones, en franca contradicción con el discurso, resulta de gran valor en la terapia.

7.6.10 DINÁMICA DE LA CULPA

La primera familia bíblica, la de Eva, Adán, Caín y Abel, está signada por el estigma de la culpa. Tentación y violencia simbolizan la esencia de nuestra intimidad psicológica, proyectada en el más significativo panteón cultural del Occidente. También los aztecas y otras culturas autóctonas americanas, ofrendaron a sus dioses vidas humanas. Eran víctimas propiciatorias con las cuales les contentaban periódicamente, ganándose sus favores. Constituía un gran honor morir así, para lo cual la sociedad, y sus propias familias, preparaban meticulosamente a los escogidos, verdaderos chivos expiatorios de la comunidad. La depresión psicógena tiene en la dinámica de los sentimientos de culpa, junto a la agresividad reprimida y revertida contra sí mismo, una de sus causas más universalmente aceptadas. En la familia del suicida suelen estar la culpa y su dinámica, como la dinámica de la violencia, omnipresentes. En el duelo, nos culpamos por no evitar o propiciar la muerte; y reprochamos al difunto su abandono, por la soledad y el dolor en que nos deja. Culpa y violencia, nuevamente juntas.

7.6.11 DINÁMICA DE LA DEMANDA DE AFECTO

El afecto es interpersonal por definición. Y la familia es crisol y objeto principal de los afectos. Cómo se mueven las emociones por debajo de las palabras y los hechos y cómo logramos convertir en

temática la dinámica afectiva, constituyen tareas básicas de la terapia familiar. Hay demandas neuróticas de afecto que mueven figuras familiares. Existen necesidades muy justas de caricias y ternura que puede que sus seres queridos no estén atendiendo en forma apropiada. ¿Cómo opera en esta familia la dinámica del dar y recibir los afectos proporcionalmente, en cantidad y calidad? ¿Están a tono las expresiones emocionales con la etapa del ciclo vital y la madurez que se debe esperar del individuo y la familia? ¿Cómo influyen en los comportamientos y síntomas?

7.6.12 DINÁMICA DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN

Necesitamos atención real a nuestras necesidades por parte de quienes tienen compromisos con ello y atención a nuestra persona, como ente que cuenta en el intercambio grupal social. Sin embargo, muchos son los sujetos ávidos de protagonismo y diversos los trastornos que concitan morbosamente la atención de los demás. En las familias con personas hipocondríacas, por ejemplo, en ocasiones cobra más importancia quien más trastornos ostenta y, con ello, satisface sus demandas neuróticas de atención. Pasar inadvertido puede ser una defensa contra las consecuencias de la envidia ajena pero, también, puede ser factor amenazante cuando de ello inferimos el poco interés que tienen en nosotros aquellos que nos son más significativos.

7.6.13 DINÁMICA DE LA INFERIORIDAD Y DEL GANAR-PERDER

Ser menos o más que los demás puede ser motivo de movilización de emociones negativas cuando existen relaciones interpersonales de tipo competitivo. Percibirse «perdedor» en una sociedad como la occidental en la que ser «triunfador» es *leit motiv* en la vida. Ser o tener más que otros, alimentar fantasías de superioridad, no es privativo del intercambio con el mundo exterior, con la macrosociedad. También en la familia estos procesos dinámicos operan entre hermanos, esposos, familias de origen. Por ello las corrientes internas que tien-

den a inferiorizar o aupar a unos miembros en detrimento de otros, o con respecto a su preparación general para la vida, resultan fenómenos dinámicos negativos que pueden acaecer dentro de ella.

Cuando un niño con un déficit físico, o un enfermo crónico, por ejemplo, dan muestras de susceptibilidad o negación de su condición de tales, debemos evaluar con cuidado –en ellos y en sus familiares– las tendencias hacia la cristalización de las vivencias de inferioridad y las consiguientes reacciones interpersonales defensivas que estos suelen desencadenar, lo que nos permitirá influir en los procesos que las condicionan y refuerzan.

7.6.14 DINÁMICA DE LA SOLEDAD

El hombre es un ser social para quien su amenaza mayor es, quizás, la vivencia interior de soledad. Tanto es así que no es capaz de sobrevivir si se le priva totalmente del estímulo social. En la cámara de silencio llega a enloquecer. Nos sentimos solos al no tener un familiar interesado en nosotros cuando lo necesitamos, al no sentirnos queridos ni comprendidos, al percibirnos abandonados a nuestra suerte, faltos de solidaridad. Aun estando sin compañía física, como el náufrago o el viajero solitario, no nos sentimos solos si sabemos que hay quienes nos esperan y se preocupan por nosotros. El recuerdo de una madre, un esposo, un hijo o un hermano queridos, reconfortan el alma. La decepción acerca de ellos puede lacerarnos profundamente.

Evaluar el nivel de soledad y aislamiento presente en una familia es un ejercicio elemental para nosotros, porque el malestar subjetivo y los síntomas que apreciamos pueden ser un grito de auxilio, en busca de un rescate de la soledad.

7.6.15 DINÁMICA DE LA ACEPTACIÓN-RECHAZO

Ser aceptado o rechazado por el grupo familiar tiene que ver con los sentimientos de pertenencia y seguridad personal, con la autoidentidad y el estado afectivo y moral de las personas. En una familia es difícil que el rechazo se exprese en palabras, sin embargo, su lectura puede hacerse en las emociones y en los hechos; a través de ellos

es que puede comprenderse su dinámica. En cambio, la aceptación se siente y expresa en el amor y permea de intimidad y calidez el clima familiar, al tiempo que suele reflejarse en las palabras.

El rechazo y el desprecio, fuentes de resentimiento, desconfianza y rencor, generan alianzas y coaliciones, fomentando actitudes que alejan a las personas de las demás o las colocan directa o indirectamente frente a ellas.

7.6.16 DINÁMICA DEL DESAMPARO

Soledad, rechazo y desamparo, son elementos singulares de una dinámica común. Se puede dar amparo sin afecto, pero no se puede dar verdadero afecto sin amparo. Sentirse protegido en el dolor y en la desgracia es un beneficio que corresponde a la vida familiar. ¿En qué medida puede contarse con ello? Una mujer puede permanecer atada a un hombre que no ama por no tener otro sitio adonde ir, o medios suficientes para el sustento de sus hijos; y este hombre puede chantajearla emocionalmente por ello. Esto resulta hartamente frecuente en la psicopatología del subdesarrollo y la injusticia social, y cuando está presente, ¿puede pensarse, acaso, en funcionalidad familiar?

Cuando el niño ingresa a la escuela, o el adolescente se lanza al mundo para encontrar su propio espacio en la vida, el sentirse seguro de sí muchas veces depende de la tranquilidad interior que experimente acerca de que «la retaguardia» está cubierta y de que no faltarán la protección y la solidaridad de los suyos cuando lo requiera. La predicción inconsciente de que, en situaciones críticas, aquellos a quienes tenemos que acudir probablemente nos fallarán, determina sentimientos de angustia e inseguridad, con las consecuencias defensivas y psicopatológicas que de ello pueden derivarse.

7.6.17 DINÁMICA DE LA EMANCIPACIÓN-DEPENDENCIA

Erich Fromm, al desarrollar su concepto de «miedo a la libertad», reflexionó ampliamente sobre el tema. Sus conclusiones son muy categóricas y, cuando son extrapoladas a la gran sociedad, desconocen los organizadores socioeconómicos de la psicología de las masas,

psicologizando las causas de los fenómenos sociales, tras lo cual pueden ocultarse la rapiña geopolítica y los intereses del mercado. En cambio, en el contexto psicológico familiar, pone en el orden del día los conflictos de emancipación del adolescente con respecto a sus padres y del neurótico con sus demandantes figuras parentales.

Considero que no siempre es así, pero no dejo de reconocer que, muchas veces, el precio que se exige por la individuación e independencia de los hijos es demasiado alto para la estabilidad emocional de estos, ni que se socializa mal quien no es primero capaz de incorporar el carácter social a través del medio familiar.

Dependencia e independencia constituyen un par dialéctico, cuya dinámica contradictoria opera y debe encontrar adecuada solución en cada familia. El modo y medida en que lo logre, tendrá mucho que ver con la salud mental y la funcionalidad familiar.

7.6.18 DINÁMICA DE LA ASERTIVIDAD

Propiciar personalidades firmes y seguras es una de las misiones de la familia. El clima de espontaneidad, respeto, confianza, aceptación y creatividad que sepa imprimirse a las relaciones intrafamiliares tendrá mucho que ver con los resultados: hijos fuertes, preparados para la vida, capaces de expresar y pugnar por la satisfacción de sus necesidades, amistosos, francos, abiertos; o personas pusilánimes, inseguras, susceptibles, desconfiadas, tímidas. Cómo operan en el grupo los procesos emocionales para propiciar uno u otro tipo de actitudes, constituye la dimensión interna de este aspecto. Cómo se proyecta actitudinalmente la familia en su conjunto hacia el medio social para hacer frente a sus necesidades y cumplir sus roles en la comunidad, es su vertiente externa. Hay «estirpes» firmes, como la de los *Maceo*, capaces de conquistar la libertad a filo de machete; y estirpes huidizas, como de esclavos sumisos, que rompen a temblar a la sola voz del amo. La familia no es ajena a esos moldes sociales.

7.6.19 DINÁMICA DE LA CONFIANZA-DESCONFIANZA

Erik Erikson nos hizo ver en qué medida el hogar condiciona el patrón de la confianza en sí mismo en los seres que en él se desarro-

llan. El niño al que se trata con autenticidad, sin engaños, se le satisfacen sus necesidades afectivas y se hace todo el esfuerzo posible por cubrir las materiales, confiará en los demás y se abrirá hacia ellos. Por el contrario, el engaño, la inautenticidad, la inconsistencia afectiva, la insatisfacción espiritual y material, condicionarán desconfianza básica ante el mundo. Estos procesos dinámicos de la autenticidad y el calor afectivo con aceptación incondicional, son importantes para entender muchas cosas que pasan. El que siente que se le acepta, confía. El que intuye o constata falsedad, rechazo o miseria moral, tiende a confiar en muy poca gente y a proyectar en la vida un recelo que se remonta al nexo primario con sus padres y adultos significativos. Así, su necesidad de vínculo se deposita probablemente en no-personas (enfermedades, animales, cosas), alejándose de los demás.

7.6.20 DINÁMICA DE LA INICIATIVA-CREATIVIDAD

El modo en que la familia estimula o frena la iniciativa y la creatividad en su seno, tendrá que ver con el carácter, el bienestar y la realización personal de sus integrantes. Aquí se ponen en juego procesos sutiles, no conscientes, que favorecen la espontaneidad y originalidad o que, por el contrario, tienden al convencionalismo, la rigidez y el temor a la equivocación, la imperfección o el ridículo. Por cuidarla en exceso, matamos la gallina de los huevos de oro. El placer de escudriñar en lo desconocido, el afán de saber cuando «quizás aún no es tiempo», el romper para volver a armar; el gusto por las aventuras, quizás peligrosas; el atrevimiento, la tozudez por tratar de resolver los problemas sin ayuda, constituyen ejemplos de conductas no siempre bien manejadas en nuestra cultura. Los hijos pagan su precio. Puede haber tensiones, se coarta la iniciativa y después las personas se angustian ante la ambigüedad y las situaciones nuevas que requieren soluciones originales. Las inhibiciones, acá, pueden conllevar frustración, manipulación, hostilidad, rebeldía, compulsividad, desinterés, *tedium vitae*. Es por eso también que interesa esta dinámica, que opera, a veces subliminalmente, en el medio familiar. Los regaños y las burlas o censuras continuas a las diferencias y a las búsquedas creativas, mantienen en el tiempo su acción inhibitoria y re-

presentan mecanismos de freno al desarrollo personal, que provienen del medio familiar.

7.6.21 DINÁMICA DE LA DIFERENCIACIÓN- -INDIFERENCIACIÓN

En el grupo familiar se mueven fuerzas centrípetas y centrífugas –en sentido figurado– refiriéndonos a tendencias a la homogeneidad de reacción, comportamiento y visión de la vida entre sus miembros, *versus* heterogeneidad, individualidad, originalidad y autonomía en lo referente a dicho comportamiento, visión y manera de reaccionar.

Como en todo grupo estable, hay una cultura propia familiar que todos comparten, producen y asimilan a su modo, a manera de esquema conceptual referencial operativo (ECRO) o código común con el cual operan en sus intercambios. Este esquema está lleno de valencias emocionales, por cuanto es, en buena parte, un código de valores. El triángulo primario es importante en esa codificación. Pero cada integrante refleja diferencias, por cuanto integra el esquema referencial común desde el ángulo de sus propias experiencias, necesidades e intereses; de sus vivencias, motivos y valores propios, a los que no son ajenos organizadores internos y externos. Surge así la dinámica contradictoria de las motivaciones y valoraciones, de las identificaciones y transferencias que subyacen en el grupo familiar, en una lucha entre simbiosis y originalidad que está presente siempre en el acontecer familiar. Se trata de una familia y, al propio tiempo, son ellos mismos. En la medida en que son lo uno y lo otro opera adecuadamente la dinámica. Si son lo uno sin lo otro, estamos en presencia de posible disfuncionalidad por indiferenciación, o por excesiva diferenciación. Lo primero, anula al yo. Lo segundo, lo hipertrofia a expensas de un *nosotros*, consustancial a un ser que no puede vivir en salud sin la comunión con los demás, pero que tiene que existir siendo necesariamente *él*.

7.6.22 DINÁMICA DE LA IDENTIFICACIÓN

En el proceso de encontrar su propia identidad, los miembros del grupo familiar, por procesos inconscientes que ya estudiamos,

introyectan las figuras parentales, asimilando sus cualidades y las de los grupos de origen. De este modo, las características de una familia mantienen rasgos comunes, de generación en generación. Bloqueos o sobrecargas afectivas de estos procesos identificatorios entorpecen su normal desarrollo y son factores de disfuncionalidad, así como causales para deudas y tributos generacionales. Cuando los nietos «pagan» por deudas morales contraídas neuróticamente por los padres para con los abuelos, o cuando sus miembros, por razones diversas, buscan fuera de ella patrones de identificación que interfieren las corrientes naturales que se producen en su seno, estamos en presencia de problemas con la dinámica de la identificación.

7.6.23 DINÁMICA DE LA SEGURIDAD-INSEGURIDAD

Mucho se ha escrito en Psiquiatría acerca de los sentimientos de inseguridad, de su relación con la ansiedad y los mecanismos de defensa, del papel de la seguridad en una buena comunicación; de la familia como fuente básica de la seguridad personal, entre otros temas afines. *Sullivan* fue el gran teórico del papel de la dinámica seguridad-inseguridad en la entrevista psiquiátrica. A él remito a mis lectores.

Insistiré, refiriéndome a la familia, en que el clima de seguridad que puede darse en ella es factor determinante para el desarrollo de personalidades sanas y relaciones armónicas en su seno. Por el contrario, el ambiente de inseguridad es fuente de tensiones, angustias, estrés, mecanismos de defensa, disfuncionalidad, neurosis. Por ser subjetiva, la inseguridad se expresa fundamentalmente en la relación emocional y se refleja en todas las esferas de la vida en común. Las relaciones interpersonales desarrolladas bajo este estado tienen un tono defensivo; la conducta no es asertiva, podrá haber desconfianza, miedo al ataque o a la pérdida; se buscarán alianzas, proliferarán la angustia y los mecanismos neuróticos; la inseguridad proyectiva tenderá a culpar a otros de la propia insuficiencia. Es por ello que, en los métodos psicoterapéuticos que empleamos, como se verá en la última sección, conferimos a este tópico un importante papel, relacionado como está con los mecanismos del estrés y las actitudes.

7.6.24 DINÁMICA DE LA AUTOESTIMA

La persona, en el proceso de conformación de su identidad integra su imagen corporal a través del condicionamiento de sus vivencias propioceptivas e interoceptivas con las experiencias que le acontecen en el tiempo, teniendo en dichas vivencias el denominador común que las diferencia del mundo exterior. De igual modo la imagen del yo se va conformando como reflejo de las percepciones sucesivas que vamos teniendo acerca de la valoración que las personas que nos son afectivamente significativas hacen de nosotros, a lo largo del desarrollo de nuestra personalidad. Así, cuando en la familia devaluamos a un niño diciéndole que «no sabe hacer nada», «no sirve para nada» y cosas por el estilo, el niño va integrando su autoimagen como la de una persona que no sabe hacer nada ni sirve para nada. Tenderá a ser alguien con una baja autoestima, derrotista y pusilánime, «bueno para nada».

En la conformación de la autoimagen interviene no solo lo que se dice de la persona sino también, la consideración práctica que tengamos de ella, el afecto y la atención que le brindemos, así como su participación real en las decisiones y acontecimientos del núcleo familiar.

Cuando la autoestima es baja, cualquier cosa hierde al sujeto, quien tenderá a la susceptibilidad, la tristeza y los «complejos» de minusvalía y discriminación dentro y fuera del seno familiar; si está sobredimensionada, otro tanto ocurrirá, tendiéndose a la irritabilidad, la querulancia y a la inculpación a otros ante la probabilidad, percibida como amenaza, de hacerse evidente cualquier insuficiencia capaz de lesionar la autoestima. Las familias que inducen una adecuada autovaloración entre sus miembros favorecen un clima de madurez y de aceptación recíproca, reflejo natural de la aceptación propia.

7.6.25 DINÁMICA DE LA ENAJENACIÓN

Entre las tendencias escapistas a que aludimos en 7.6.2 pudiéramos muy bien incluir este aspecto. Solo que, por su importancia, se justifica un tratamiento diferenciado en este acápite. En la lógica de la alienación, las tensiones excesivas y los conflictos pueden llevar al

sujeto a la pérdida total del control. Las familias pueden también, por iguales razones, salirse de control y comportarse desintegradamente. Por otra parte, partiendo de que enajenado es aquel que no sabe por qué hace lo que hace, desconociendo el fin último de sus actos que, por demás, suelen importarle poco, la familia cae en enajenación cuando es inconsecuente con sus propios fines, cuando se desentiende dramática o subrepticamente de sus responsabilidades. En ella, los distintos miembros viven de espaldas a los demás, evadiendo compromisos y deberes, operando tendencias emocionales escapistas proclives al alcohol, el sexo evasivo, la droga y la violencia. Los componentes centrífugos de la dinámica familiar prevalecen y, si no se desintegra el grupo, como pudiera suceder, es porque los intereses recíprocos no son incompatibles. He aquí la gran paradoja. Si estas familias lograran «engancharse» por vínculos de afecto, pudieran operarse cambios. Si se mantienen funcionando es porque están presentes lazos emocionales, que no siempre son de signo positivo. Pasiones amorosas o sexuales enfermizas, necesidades neuróticas, actitudes posesivas, vínculos de dependencia, sadomasoquismo, celos, pueden estar retroalimentando lazos que, aunque en disfuncionalidad, mantienen operando al sistema. Uno percibe, con el sensor de la propia personalidad, la atmósfera de desajuste y morbosidad que se respira al adentrarse en la intimidad de estas familias.

7.6.26 DINÁMICA DE LA COMUNICACIÓN Y SU CONTROL

Remito a *Jay Haley*, los terapeutas estratégicos y las técnicas de la comunicación, para el estudio profundo de un tema tan complejo. No porque sea difícil de comprender, sino porque rompe con buena parte de los parámetros comunicacionales de la terapia que se han venido utilizando. Las llamadas escuelas estratégica y sistémica de terapia familiar, con un denominador común de empleo de técnicas comunicacionales, como es el caso de la intervención paradójica, constituyen una alternativa contemporánea a las llamadas psicoterapias analíticas, interpersonales o de situación. Pero no trataremos de eso. Se trata de evaluar por el terapeuta cómo comunica entre sí la familia y cómo a través de esa comunicación se intenta y logra manipular

la conducta de los demás. Con el «estar arriba» (*one up*), o «estar abajo» (*one down*), se puede luchar por el control de la comunicación. El «llevar la voz cantante» se puede convertir en el *leit motiv* de la conducta y la comunicación es un medio para lograrlo.

Sabemos que una buena comunicación descansa en un mensaje claro, directo, sincero, verídico, oportuno y adecuado; y que la mala comunicación puede ser ambigua, indirecta, insincera, falsa, inoportuna e inadecuada. En tal situación habitualmente opera la defensa, signada por la inseguridad y la lucha desventajosa por el control de la relación o por evadir el control de esta por el otro. Pero estos procesos comunicativos no son solamente cognoscitivos, cual el texto del mensaje. Se comunica también instrumental y emocionalmente, y este código dinámico tiene que ser percibido por el terapeuta a partir de los mensajes extraverbales (gestuales, conductuales, etc.) que nos llegan de los distintos familiares: una sonrisa, un puchero, una mirada de rabia o desprecio en una situación dada, dicen más sobre lo que pasa en la familia, que un discurso de mil palabras. Leer directamente de los sentimientos y emociones en juego en la intervención familiar, nos permite aprehender el sentido de lo que está ocurriendo, interpretar su código y el papel de cada cual en la danza de la familia, así como los modos respectivos de influir en el control de la dinámica grupal.

7.6.27 DINÁMICA DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA

La forma en que estos mecanismos operan en una familia concreta tendrá que ver con el sentido de su dinámica. ¿La clave? La historia particular de la familia, los problemas que afronta y la percepción que tiene de ellos; la situación en que se enmarca la crisis con las necesidades, intereses, motivaciones y valores que están en juego y el modo de ser de sus integrantes. Dinámicamente hablando, el sentido que apreciamos de los mecanismos defensivos radica en su protección del *status quo*, en su intencionalidad evasiva de la concientización de la amenaza y la experimentación de la angustia, en su tendencia a la estabilización del sistema, aun en condiciones de disfuncionalidad.

Cuando una familia culpa a la escuela por los trastornos de conducta que presenta un hijo, dando credibilidad apriorística a las que-

jas de este sobre sus maestros, posiblemente está utilizando una proyección, distorsionando la percepción de los hechos y, al mismo tiempo –al apoyar en el fondo al hijo para que mantenga sus desatinos–, evadiendo la responsabilidad en el asunto y, lo que es peor, garantizando con ello que las cosas sigan tal cual están.

De cierta forma, esta conducta hipotética del hijo está operando como emergente o chivo expiatorio para que la familia tenga a quien culpar por sus problemas. Al cumplir su rol, el hijo-paciente «salva» a sus padres de la necesidad de enfrentar sus propios conflictos y responsabilidades, por lo que, de manera también inconsciente, suele gratificársele. En el hipotético caso aludido, apoyándole en su medición de fuerzas con sus maestros (padres desplazados), con lo cual éste obtiene cierta satisfacción simbólica de la necesidad de desafiar a sus propios padres.

7.6.28 DINÁMICA DE LOS MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO. CONFLICTO AMENAZA-NECESIDAD

En el epígrafe 1.6 estudiamos los mecanismos de enfrentamiento y en el 1.5.2 consignamos elementos de la dinámica amenaza-necesidad. Ahora procede verlos globalmente, en movimiento, tal cual operan en la familia cuando se enfrenta una crisis, porque forman parte de los procesos intrapsíquicos que se deben evaluar en la terapia.

Al ver amenazada una necesidad esencial a su integridad psicodinámica, la familia toma cierto nivel de conciencia del peligro y moviliza consciente o inconscientemente recursos para afrontarlo. Para ello, apelará a recursos presentes dentro y fuera de su seno, pondrá en juego sus experiencias previas, su madurez y sus más ventajosas actitudes adaptativas. Conjurada la amenaza o satisfecha la necesidad, retornará al estado de balance y, con tal reforzamiento, un nuevo aprendizaje habrá fortalecido su capacidad para enfrentar las dificultades.

Ante el fracaso de los mecanismos habituales de afrontamiento, o la predicción de ello, acrecentada la amenaza o insatisfecha la necesidad, se acentuará la crisis. Los mecanismos inconscientes de defensa en esta nueva hoja de espiral del problema, con un clima más inseguro, acentuarán su actividad; se propiciarán los síntomas por

desbalance y la dinámica traducirá, con mayor probabilidad, desconcierto o desesperación. La familia renueva entonces la búsqueda de recursos de ayuda dentro o fuera –terapia incluida–, intenta nuevos modos de enfrentamiento hasta que, quizás, un salto de calidad en la actuación o conductas novedosas propicien un nivel de solución. Producto de la complejización del proceso, puede llegarse a resolver el problema, adaptarse a convivir con la insatisfacción, claudicar la salud de alguno de sus miembros, y/o desestructurarse la familia de modo que transite a un nivel de disfuncionalidad. Cómo opera con todo esto dinámicamente la familia concreta, enfrentada a situaciones críticas, es una interrogante que la técnica de investigación-acción psicoterapéutica ha de despejar.

7.7 OTRAS CATEGORÍAS ASOCIADAS

En el contexto del trabajo psicoterapéutico con familias, según determinados aportes provenientes de este, ponemos en conocimiento del lector algunos conceptos convenientes para operar en el análisis psicodinámico familiar, los cuales tienen un interés práctico.

7.7.1 CLIMA FAMILIAR

En momentos anteriores he hablado de esta atmósfera afectiva. Su percepción es una experiencia vivencial que se siente con la propia personalidad. Expresiones de afecto, sentimientos de bienestar, emociones congruentes, conducta armónica, comunicación funcional, reglas y formas de control flexibles, paternaje y maternaje adecuados, satisfacción de necesidades, salud: clima familiar positivo. Falta de cariño, afecto ambivalente u hostil, sentimientos de malestar, emociones negativas, incongruentes o reprimidas, conducta disarmónica, comunicación disfuncional, reglas y formas de control inapropiados, paternaje y maternaje inadecuados, insatisfacción de necesidades, ausencia de salud: clima familiar negativo. Entre ambos extremos, toda una gama de variantes que el terapeuta ha de evaluar, guiándose fundamentalmente por el nivel de comunicación emocional que sea capaz de percibir en el intercambio familiar.

7.7.2 CONJUGACIÓN ACTITUDINAL FAMILIAR (ACTITUD FAMILIAR)

Conglomerado de actitudes que el conjunto familiar presenta ante la vida interna y externa de la familia, que caracterizan al grupo y condicionan su funcionamiento básico y su clima. La forma típica de percibir el mundo, reaccionar emocionalmente ante él y comportarse como grupo social no constituye una mera sumatoria de actitudes individuales: es la resultante, cualitativamente diferenciada –que incluye la cultura grupal, el patrón afectivo y las normas de conducta familiares– expresada a su manera en el comportamiento complementario de cada uno de sus integrantes y en la predisposición colectiva a reaccionar en forma unitaria ante las distintas demandas de la vida.

7.7.3 FIGURACIONES FAMILIARES

La familia, producto de su movimiento interno, puede desarrollar formaciones dinámicas interpersonales o figuras funcionales que vienen determinadas por lazos afectivos o fenómenos proyectivos que toman sentido de acuerdo con esta dinámica. Así pueden considerarse las «triangulaciones» o relaciones múltiples de tres que, en su estructuración virtual, interactúan emocional y conductualmente con tantos otros triángulos como puedan matemáticamente integrarse en la familia, incluyendo en ellos a los miembros del triángulo tomado como referencia. De este modo, la triangulación padre-madre-hijo A interactúa con padre-madre-hijo B, con padre-hijo A-hijo B y madre-hijo A-hijo B, todo lo cual constituye un caleidoscopio de vínculos emocionales intercambiantes que vienen a conformar la *gestalt* dinámico-relacional de la familia, en un momento dado. Veamos un ejemplo.

El hijo A, en su relación con ambos padres se cela de la que estos sostienen con B; en cambio, en la relación con su hermano respecto a su padre hay matices distintos a lo que experimenta con aquel respecto a su madre. La competencia puede ser dura y elevada la hostilidad por las preferencias maternas, mientras, con respecto al padre, puede haber cierta armonía porque este se percibe un tanto más

equilibrado en su actitud hacia ambos, cuando no está presente la figura materna a la hora de las decisiones que le competen. El resultado final pasa por tomar en cuenta estas configuraciones para entender lo que ocurre en la familia, cuando esta reacciona ante un estímulo perturbador. Todo ello es posible por la capacidad del hombre para operar con símbolos abstractos, cargados de afecto y valores subjetivos, así como de elaborar redes asociativas, las cuales gozan de un relativo nivel de autonomía.

El fenómeno edípico es un ejemplo de figuración. Las alianzas, diadas, pugnas territoriales, coaliciones, conflictos generacionales o de género, son figuras familiares también. Ellas no existen estáticas sino que son expresión de corrientes emocionales y actitudinales que subyacen en el ambiente familiar y por tanto, están sujetas al movimiento e influencias dinámicas del más diverso tipo.

7.7.4 DEUDAS GENERACIONALES

Por este mecanismo, descrito por *Ivan Nagy* como parte de su «teoría del libro de cuentas familiar», una generación puede sentirse compulsada emocionalmente con la anterior a dar cumplimiento a una misión que aquella comenzó o fue incapaz de cumplir, de manera que, de algún modo sutil, involucra en esta dinámica «continuada» o «restauradora» a la tercera generación. Así, compromisos emocionales inconscientes que han sido asimilados, provenientes de la familia dominante de origen, pueden repercutir en el sistema familiar actual e involucrar a terceros en comportamientos que les son en esencia ajenos, pero a los que se sienten compulsados por presiones emocionales de tipo irracional. Tal «pago de deudas» puede ser efectuado a expensas de la funcionalidad del sistema y estar relacionado con diversas conductas sintomáticas.

Nagy elaboró su modelo terapéutico familiar de acuerdo con ello. No lo comparto, pero consigno la dinámica ya que nos explica cómo sin considerar la familia ampliada, en sus tres generaciones, a veces no acabamos de comprender qué está pasando.

7.8 INTEGRIDAD ECOLÓGICA DE LA FAMILIA

La familia no es un sistema cerrado en sí mismo, sino un organismo enclavado entre el protosistema personal y el metasistema social, los cuales entrelaza a su modo y de los que recibe influencias mientras interactúa con ellos. Si la familia no está en relación simbiótica con su ambiente se acentuarán las contradicciones en su seno, al punto de caer en disfuncionalidad.

Los cambios en el entorno físico, social o cultural, repercuten indirectamente en el sistema familiar y, en ocasiones, de modo directo. Los conflictos sociales se reflejan en los hogares a veces dramáticamente. Las crisis económicas y los desastres naturales, también. Las condiciones de hábitat, empleo, alimentación, escolarización, estado sanitario, clima político, medios de subsistencia, costumbres, sistemas de creencias, instituciones sociales, por mencionar algunos factores, interactúan con las personas y las familias en una forma que, no por imperceptible en ocasiones, deja de tener enorme valor para la estabilidad y el desarrollo familiar.

Los aspectos biológicos y los sociales de su medio interno y externo son tan importantes para la salud familiar como los psicológicos que han venido atendiendo clásicamente los terapeutas familiares. Si no, recordemos las crisis por desmoralización que pueden afrontar las familias ante la deshonra pública de un progenitor sorprendido en delito, la drogadicción de un hijo descarriado, la prostitución de una adolescente. Cuántas familias no vemos desajustadas ante fenómenos sociales como la emigración. El hambre, la desnutrición y la enfermedad, flagelos biológicos de un tercer mundo neocolonizado, inciden dramáticamente en la vida familiar de poblaciones enteras. La convivencia en las favelas y las villas-miseria que circunvalan las grandes ciudades en Latinoamérica, condicionan su ambiente hogareño. La marginalidad ha devenido equivalente de la disfuncionalidad e insalubridad en la familia. Estos casos extremos hacen indiscutible el vínculo, pero la relación ecológica con el ambiente existe siempre, por la misma condición social y forma de existencia biológica de la persona y su grupo familiar. No tomar en cuenta la dimensión ecológica del problema es querer analizar en forma estática su movimiento; es ver parcialmente un fenómeno aprehensible solo con visión holística, lo que en la práctica, lleva al error de enredarse en estrategias tera-

péuticas exclusivamente psicológicas, focalizadas al interior de la familia y sus interacciones, subvalorando la esencia humana, atrapada en el conjunto de sus relaciones sociales. Incluso, a olvidar el terreno biológico en que transcurre toda enfermedad (categoría que tomamos de la Biología y que a veces, de tanto obviar por presupuesto y sabido, terminamos por olvidar). Es por eso que, consecuentes con los aportes de *Auerswald*, *Aponte*, *Caplan* y muchos otros, asumiendo un enfoque dialéctico de la problemática de la familia y su terapia, incluimos la integridad ecológica como un componente de nuestra concepción sobre la funcionalidad y le conferimos su debido lugar, de acuerdo con el rol que le corresponde.

7.9 INTEGRIDAD SEMÁNTICA DE LA FAMILIA

Las estructuras de comunicación y los procesos de representación, creación y organización de la modelación del mundo que operan en la familia, y que se expresan en la existencia de un lenguaje familiar semánticamente bien o mal elaborado, cumplen un importante papel en la funcionalidad y, por ende, en la salud mental del grupo familiar. A partir de los modelos del mundo presentes en la familia, y de su grado de correspondencia entre ellas y con su realidad existencial, así será la percepción de sus experiencias y la congruencia de las respuestas asumidas ante ellas.

Los procesos que operan en la modelación mental y su lenguaje, responsables de enriquecer o empobrecer las diversas representaciones de la realidad, pueden resumirse en los procesos de *eliminación*, *distorsión* y *generalización*, los que se necesita conocer para comprender los errores de representación mental y algunos de los trastornos de la comunicación presentes en la cultura grupal de las familias.

Las estructuras de superficie del lenguaje (lenguaje propiamente dicho) al corresponderse semánticamente, en sus aspectos formales, con las estructuras profundas de la modelación del mundo desarrolladas por los sujetos, y estas, con la esencia de la realidad que reflejan, se manifiestan como formas del lenguaje «semánticamente bien elaboradas», propias de una comunicación funcional. En cambio, la no correspondencia esencial entre las estructuras superficiales y profundas del lenguaje, con la realidad presente tras la representación

del mundo, conforman las diversas modalidades del «lenguaje semánticamente mal elaborado», consustanciales a la disfuncionalidad comunicacional. Es obvio que sin integridad semántica, no habrá adecuada comunicación y, sin esta, a la postre, puede aparecer un enrarecimiento del clima familiar.

En puridad, los aspectos formales de los procesos de elaboración semántica constituyen una categoría de la estructura familiar, que ya estudiamos en 7.2; pero, por su particular importancia para comprender muchos fenómenos sintomáticos presentes en la interacción familiar y, sobre todo, para poder actuar psicoterapéuticamente sobre ellos mediante procederes de PNL, se justifica su consideración diferenciada.

7.10 DEFECTOS EN LA ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO, INTEGRACIÓN ECOLÓGICA, SEMÁNTICA Y DINÁMICA

La relación interna entre estos cinco elementos se expresa en la funcionalidad familiar. Los defectos en cualquiera de ellos repercutirán de algún modo en los demás y sobre el conjunto. La *estructura* viene a ser como la anatomía familiar; el funcionamiento, su fisiología; la *dinámica*, como el desenvolvimiento de su emocionalidad; la *semántica*, su lenguaje; la *integración ecológica*, su relación con el medio interno y el mundo exterior. El conjunto general, en adecuada síntesis integrativa constituye la fuente para aprehender los procesos y las significaciones conscientes e inconscientes del acontecer familiar.

Las familias pueden ser dañadas en su estructura por ruptura parental o del hogar, sismos o desavenencias que la resquebrajen, límites incompetentes, falla o quiebra de su nuclearidad, déficit o perturbación en los modelos, desventaja social, inadecuados patrones de comunicación, distorsión de roles, autoridad y jerarquía mal definidas, insuficientes sistemas de apoyo, inapropiados procesos decisorios, falta o inadecuación en los mecanismos de control, reglas arbitrarias, procesos de refuerzo dañinos, malos hábitos de vida y entrenamiento e inoperantes mecanismos de afrontamiento. De este modo, es difícil que puedan cumplir con sus funciones, adaptarse

saludablemente al ambiente o evitar la proliferación en su seno de los más disímiles trastornos. La falla en las funciones maritales, nutricias, relacionales, educativas, defensivas, comunicativas, emancipativas, económicas o recuperativas de la familia, por inapropiada organización funcional creará tensiones, desajustes, disfuncionalidad, riesgo sanitario. La estructura, a la postre, resultará dañada.

La perturbación psicodinámica familiar será fuente de conflictos, amenaza, estrés, crisis y posible claudicación de la familia en su estabilidad, clima interno y capacidad de preparar a sus integrantes para una vida sana en comunidad. Estructura y funciones se verán afectadas. Así, una falla o quiebra en la nuclearidad familiar, por ejemplo, donde el centro de gravedad para la autoridad, toma de decisiones y significancia emocional radica fuera del núcleo familiar, tal vez en casa de los suegros, podrá ser fuente de conflictos para la pareja, de inseguridad para los hijos; causa de insuficiencia en los modelos de identificación, de inasertividad del núcleo en el enfrentamiento a las crisis, de pasivo-dependencia o pasivo-agresividad en las personalidades, de ineptitud, en fin, para operar como unidad autónoma, saludablemente, en respuesta a las siempre crecientes demandas de la vida.

Un conflicto dinámico de culpabilidad, tras el suicidio de un adolescente que no fue oportunamente comprendido, es capaz de mantener al grupo familiar viviendo permanentemente en duelo y explicar la neurosis de una hermana educada en ese clima, el alcoholismo o la disfunción sexual de un padre o el suicidio expiatorio de la diada parental que no supo, o no pudo, sobreponerse a su culpa.

Por otra parte, vimos en el epígrafe 7.8 cómo la marginalidad, el desempleo, las carencias biológicas y materiales o los conflictos sociales, repercuten en la funcionalidad familiar.

Infinitos son los ejemplos que pudieran ilustrar los argumentos expuestos. Considero suficiente lo hasta aquí señalado. Todo ello es un antecedente necesario al estudio de las técnicas psicoterapéuticas, centradas fundamentalmente en el manejo de las crisis de las familias, que desarrollaré en la siguiente sección.

SECCIÓN TERCERA: PSICOTERAPIA

Capítulo 8

PSICOTERAPIA. GENERALIDADES

8.1 CONCEPTO

Desde sus más tempranos orígenes el hombre encontró la forma de ayudar a semejantes en desgracia. Lejanos estaban los tiempos en que, con conocimiento de causa, pudieran desarrollarse métodos científicos para atender y curar la enfermedad. Pero el padecimiento existía y era preciso aliviar el sufrimiento. La solidaridad, el afecto, la compasión vinieron, junto a brebajes y ritos, en ayuda del desvalido. No sabiendo «curar», la magia del pensamiento creó la sugestión: la del que se curaba por la fe en el otro y la del que realmente creía que curaba al semejante con esos procedimientos. Y la solidaridad en el dolor creó el apoyo y el consuelo, el compartir una «cura» en la que ambos confiaban, porque la cultura en ciernes necesitaba que así lo creyeran. Por eso sacerdotes, brujos, chamanes, hechiceros de la tribu, ejercieron a su tiempo enorme influencia social. Ellos fueron el origen más remoto de la profesión médica, y en sus ritos ceremoniales y maniobras mágicas para alejar los males del cuerpo y del espíritu—casi universalmente identificados entonces con la enfermedad— encontramos los orígenes de la psicoterapia. Pociones y unturas solían acompañar a rezos y exorcismos. Pero el solo hecho de que se aceptasen, implicaba la influencia de un hombre sobre otro.

Los primeros psicoterapeutas representaron a los dioses en la Tierra o fueron sus intermediarios e, indiscutiblemente, sirvieron a la sociedad, de lo cual es prueba el que jamás cultura alguna prescindió de ellos.

Pasaron milenios, la medicina y la psicología devinieron ciencias; los mitos de antaño se tornaron procedimientos técnicos puestos al servicio de la salud humana, a un nivel superior de integración. Cuando el

hombre alcanzó conciencia teórica sobre cómo y por qué podía curar mediante su influencia personal sobre los otros, emergió la psicoterapia como método científico particular, integrado al universo de la medicina.

Sin desconocer precursores ni el valor de su aplicación empírica desde muchos siglos atrás, correspondió indiscutiblemente a *Sigmund Freud* la paternidad histórica de la psicoterapia moderna —esa que se estudia en textos científicos pero que sólo se aprende con un maestro, al lado del enfermo. Tras él, toda una revolución en la atención médica e innumerables autores insignes, que le han sucedido. No voy a relatar la historia de la psicoterapia, ni a caer en la tentación de reseñar o criticar escuelas a través de cuyos laberintos tantos han quedado prendidos a sus dogmas. Se impone, pues, tomar de cada escuela aquello verdadero, sus momentos eficaces, sus legítimos aportes científicos.

¿Qué puede asustarnos aprender de *Freud* aunque no compartamos su teoría de la libido, o de *Wilhelm Reich* porque rechazamos su organoterapia? ¿Es que *Sullivan*, *Rogers*, *Horney* o *Fromm* pierden su talla porque subvaloraron la base material del cerebro humano?

¿O podemos escamotearle a *Pavlov* su genio fundador, al lado de *Freud*, solo porque experimentó básicamente con animales y no profundizó en las complejidades sociales y psicológicas involucradas en las neurosis humanas? Escritas hay miles de páginas que combaten a cada uno de estos autores, pero la psicoterapia no fuera lo que es sin ellos y otros como ellos. Cada uno de estos paradigmas nos dejó un legado, no importa desde qué lugar nos sentemos a juzgarlos de acuerdo con nuestros criterios personales.

Hago esta digresión cuando pretendo sumergirme en mi objeto de análisis, la psicoterapia, a sabiendas de que penetro en un campo minado. Poco se discute ya en el mundo acerca de las características de la célula hepática o sobre el tratamiento de la fiebre reumática: no hay conflictos conceptuales al respecto en las capitales del saber humano. ¿Ocurre acaso lo mismo con la psicoterapia?

Psicoanalistas, existencialistas, conductistas, rogerianos, gestaltistas, teóricos de la comunicación, entre muchos otros, defienden su territorio conceptual, llegando a veces hasta extremos sectarios. Sin embargo, pocos se atreven a negar que, unas más

y otras menos, todas las escuelas tienen su margen de éxitos –también sus fracasos. Insisto en que no defiendo un «collage» de técnicas adosadas en forma acrítica. Propugno la confección de trajes a la medida: se ha de disponer de un surtido de recursos y modelos, tener habilidad profesional y, sobre todo, tomar en cuenta las características y necesidades del usuario ¿no es cierto?

Con esta amplitud de horizontes, al definir qué entiendo por psicoterapia he de ir a la esencia, y lo esencial de la psicoterapia es la acción intencionada y competente de ayudar a otras personas con problemas de salud mediante el contacto personal, la influencia psicológica y la comunicación con ellos, con la finalidad de aliviarlos, curarlos, enriquecerlos como personalidades o, simplemente, de solidarizarse profesionalmente con ellos en su dolor.

¿Qué es la psicoterapia? Es un conjunto de métodos terapéuticos de tipo psicológico para personas enfermas o en riesgo de estarlo, el cual –a través de distintos recursos de la comunicación interpersonal– busca el alivio o la recuperación de una dolencia o el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, las familias y los grupos. Corresponde su aplicación al equipo de salud, adecuadamente capacitado y entrenado para ello.

Su técnica, de acuerdo con los recursos que emplee, es variable en dependencia de los objetivos que se pretendan: control de síntomas; apoyo emocional con ajuste al medio ambiente; modificaciones en el comportamiento, las actitudes, las motivaciones, la estabilidad emocional o la personalidad, que propicien un cambio duradero; enriquecimiento de los recursos comunicacionales y relacionales que hagan posible una superior funcionalidad interpersonal; mayor conocimiento y dominio de sí mismos y de las propias decisiones, etc. Puede ser individual, en pareja, en grupos, con la familia o aplicada a través del medio ambiente institucional. Precisemos algunos aspectos esenciales del concepto que ofrecemos.

CONJUNTO DE MÉTODOS TERAPÉUTICOS

La psicoterapia se encuadra en un contexto médico. Es una forma de tratamiento que se aplica a personas enfermas o en riesgo de

estarlo y, por tanto, se diferencia de la pedagogía, el consejo psicológico u otras técnicas de cuyos recursos se nutre, precisamente porque se desenvuelve en relación con el binomio salud-enfermedad. No olvidemos que para que podamos decir que hay enfermedad debe existir algún tipo de perturbación biológica –sea esta por daño o por disfunción, debida a una afección somática o al mal funcionamiento de la actividad nerviosa superior reguladora, de los substratos bioquímicos, bioeléctricos o biodinámicos– que requiera del concurso de métodos terapéuticos para su alivio o corrección.

Ha sido demostrado que la palabra, la movilización emocional y otros recursos de la comunicación interpersonal, son capaces de influir sobre la actividad cerebral y por medio de esta, sobre la fisiología –en salud y enfermedad– actuando a través del sistema nervioso central y las vías neurovegetativas, neurohumorales, neuroinmunológicas y neuroendocrinas, incidiendo en cualesquiera de los aparatos y sistemas del organismo, en la fisiopatología de muy diversas enfermedades psíquicas y somáticas y, por ende, en su prevención y recuperación.

Conceptualmente, no podemos aceptar que se hace psicoterapia cuando se aconseja a un amigo. ¿Dónde está la enfermedad, cuál es la corrección fisiopatológica efectuada? Para que exista «terapia» debe existir «trastorno» que corregir o, al menos, que impedir. Por eso el proceso salud-enfermedad mental corresponde al campo de la medicina, con sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales implícitos, con independencia de que su marco de abordaje trascienda los límites estrechos del sector salud y de la medicina como profesión.

Es un conjunto de métodos, porque no puede hablarse de una única psicoterapia o de un solo procedimiento que se utilice, aunque fuere en un paciente individual. Es precisamente la sinergización de procedimientos y recursos técnicos aplicados en el marco de estrategias de intervención diversas y flexibles, lo que da fuerza de impacto a la terapia psicológica. Por eso la concebimos como un conjunto coherente de métodos científicamente seleccionados para una intervención psicoterapéutica *ad hoc*, y no como fórmula ritual aplicada rígidamente, con idéntica metódica, a sujetos diferentes en circunstancias y con problemáticas también diversas. Pecado original este de sucesivas panaceas psicoterapéuticas, cuya «pureza» se ha defendido cual si se tratase de recalcitrantes sectas religiosas.

RECURSOS DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

La comunicación jamás transcurre en una sola dirección. Siempre es social, porque requiere de un código consensualizado y, al menos, de dos personas que codifiquen y decodifiquen el mensaje que transcurre por canales y en un contexto humanos, que le confieren sentido. La comunicación ha sido establecida solo cuando el otro, de algún modo, hace conocer que recibió el mensaje.

Es imposible no comunicar, aun cuando se trate del silencio o de la mal llamada «incomunicación», que no es otra cosa que el comunicar que no se comunica. Es, pues, interpersonal y no solo se expresa con palabras; las manifestaciones gráficas y las distintas señales que emitimos en forma de gestos, modales, inflexiones de la voz, sonidos guturales, etc., son también comunicación. A veces decimos no con la palabra y sí con la mirada. Con un silencio podemos expresar muchas cosas. Hemos de conocer los distintos factores de la comunicación verbal y extraverbal y emplearlos técnicamente en la terapia.

Sullivan describió al psicoterapeuta como un «observador participante con control de su rol» quien ha de ser, en realidad, un experto en comunicación que domina sus reglas con el fin de influir favorablemente en el estado emocional, la conducta y la adecuada comprensión de los pacientes sobre sus propios problemas. Interesa lo que dice el paciente, cómo, cuándo y a quién lo dice, qué no dice el enfermo, cuál es su nivel de ansiedad, de inseguridad; en qué forma comunica y se defiende de acuerdo con ello. E interesa conocer también cómo se defiende y comunica el propio terapeuta, de qué manera conoce y utiliza el poderoso instrumento de su propia personalidad y sus recursos humanos, además de las técnicas específicas, en el proceso de la terapia.

Muchas modalidades terapéuticas y el ejercicio mismo de la entrevista, toman en cuenta las leyes de la comunicación y la influencia de esta sobre el segundo y primer sistema de señales a que aludiera *Pavlov*. Es por eso que, en acápite posterior, dedicaremos atención al papel de la comunicación en la psicoterapia.

EL ALIVIO DE SÍNTOMAS, LA RECUPERACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Hay enfermedades que podemos curar, otras no. En esos casos, al menos, debemos aliviar las dolencias. En ambas modalidades la psicoterapia juega su rol. Muchos trastornos emocionales solo pueden curarse con psicoterapia como tratamiento principal. En casi todas las enfermedades psiquiátricas y somáticas, los recursos psicoterapéuticos son un valioso auxiliar en el arsenal del médico para lograr, junto a la máxima cooperación del paciente, el alivio de los síntomas y su mejoría subjetiva, apoyado en la confianza y seguridad que le inspira el trato técnica y humanamente apto del terapeuta.

Pero el apoyo emocional y la sugestión, entre otros recursos, no solamente alivian los síntomas. La corrección que la influencia de los recursos de la comunicación, técnicamente bien empleados, ejerce sobre los mecanismos fisiopatológicos involucrados en las neurosis, los llamados trastornos somatomorfos e innumerables problemas de la práctica asistencial, «cura» enfermedades. Así queda demostrado fácilmente, por ejemplo, en el tratamiento de las verrugas vulgares, como también de la fobia o las disfunciones sexuales psicógenas.

Se pueden emplear técnicas de relajación, hipnosis, terapias comportamentales, intervenciones paradójales o técnicas de *insight*. Ello depende de diversos factores referentes al paciente, su enfermedad, el terapeuta y el contexto. Lo importante a este nivel es que cualquier intervención psicoterapéutica tiene que lidiar con los síntomas, actuar sobre los mecanismos que los posibilitan o retroalimentan, tomar en cuenta el proceso salud-enfermedad o trabajar sobre las actitudes, modos y estilos de vida que a mediano y largo plazos, tienen que ver con el estado de salud de las personas, grupos y familias objeto de terapia y que son consustanciales a su calidad de vida.

APLICACIÓN POR EL EQUIPO DE SALUD. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

Por ser una modalidad terapéutica, con implicaciones médico-legales incluidas, su ejercicio es una responsabilidad social del

equipo de salud y, por tanto, correspondiente al campo de la medicina.

Por otra parte, el amplio y multifacético campo de la salud y la enfermedad mental no puede ser abarcado por un profesional aislado. La medicina moderna requiere de equipos interdisciplinarios, con índices de capacitación y entrenamiento adecuados al nivel y universo de su trabajo. La psicoterapia no es ajena a este proceso ni a las tendencias hacia la integración de las diversas disciplinas.

Bajo correcto entrenamiento y supervisión, los médicos, psicólogos, enfermeros y restantes miembros del equipo de salud pueden y deben ejercer distintas actividades psicoterapéuticas, individuales y grupales, basándose siempre en la siguiente premisa: todo tratamiento ha de fundamentarse en un previo diagnóstico clínico y este, cual acto médico-legal, tiene implicaciones sobre la vida o el destino del enfermo, quien ha depositado su confianza en los servicios de salud para el cuidado de su integridad personal.

De ahí que tanto en la terapia individual como en la de grupo y familia, no debemos obviar el correlato biológico, como tampoco el psicosocial, de toda enfermedad y que el equipo requiere trabajar en estrecha coordinación, de modo que las acciones individuales respondan a una indicación y a una estrategia de intervención enmarcadas dentro de los objetivos terapéuticos, consensualizados y asumidos para cada caso concreto, bajo el liderazgo y responsabilidad del terapeuta principal.

A nadie se le ocurriría dejarse operar por una persona que no haya estudiado cirugía ni practicado en un salón de operaciones. De seguro que no, porque pudiera costarle la vida. Ahora bien, la psicoterapia «opera» sobre la vida íntima de las personas, sus conflictos, intereses y objetivos vitales. Aquí la iatrogenia puede ser tan fatal como en el ejemplo del quirófano y sus lamentables efectos, perdurar de por vida. Antes de aplicar psicoterapia, como en el caso de cualquier otro tratamiento, hay que estudiar sus técnicas, entrenarse, saber hasta dónde uno puede llegar con lo que sabe o le corresponde, de acuerdo con los recursos de que dispone y del lugar de la organización de salud en que trabaja.

No hace psicoterapia quien cree hacerla sino los que se preparan adecuadamente para su ejercicio. Este es un proceso complejo, que requiere tiempo y dedicación, el cual no puede acometerse superfi-

cial o irresponsablemente. Muchas escuelas preconizan —y no sin razón— el análisis didáctico. Los que no lo aceptan, reconocen al menos la necesidad de poseer un nivel suficiente de salud mental y capacidad de introspección por parte del candidato, de un estudio profundo de las teorías y técnicas psicoterapéuticas, así como de un entrenamiento bajo estricta supervisión en cámara de Gessell o mediante técnicas de video y autoscopia, bajo la guía de un preceptor de reconocida competencia y durante un tiempo suficiente, a lo largo de su formación. Los miembros auxiliares, a su vez, deben ser objeto de control y de un entrenamiento suficiente para el trabajo en equipo, con rigurosa evaluación de actitudes y aptitudes. Obviar estos trámites imprescindibles es dar espacio a la iatrogenia, al intrusismo y a la desacreditación de su rigor científico como instrumento mayor al servicio de la medicina.

RECURSOS VARIABLES EN DEPENDENCIA DE LOS OBJETIVOS

Hemos señalado anteriormente, más de una vez, el carácter *ad hoc* de las estrategias de intervención psicoterapéutica. Tras conocer en primera instancia la problemática, áreas dañadas, potencialidades, diagnóstico y recursos a nuestro alcance, se precisan los objetivos y se asume la decisión de intervenir —de acuerdo con ellos— con determinada estrategia, cuyo alcance podrá ser mayor o menor según las necesidades y características de cada caso concreto. Esa es, en forma sintética, la ruta crítica que preconizamos.

Solo quiero precisar que existen muchas variedades de psicoterapia y que son diversos los objetivos que pueden pretenderse con ella. Con fines exclusivamente didácticos, establecemos dos niveles para la agrupación de dichos objetivos y los recursos que se utilizarán:

- Aquellos que pretenden el alivio o eliminación de síntomas, promoviendo el apoyo emocional con adaptación al medio ambiente y el manejo operativo, de acuerdo con el sentido común, de los factores que están favoreciendo el trastorno.
- Aquellos que pretenden, junto al alivio o eliminación de los síntomas, lograr cambios significativos en el comportamiento, las acti-

tudes o la personalidad, propiciando mediante intervenciones de alcance estratégico, transformaciones perdurables y un ajuste más duradero.

El carácter de la afección de base, el tipo de síntomas, la personalidad, las características y conflictualidad del paciente, las condiciones de trabajo y la calificación de los terapeutas, entre muchos otros factores, determinan el tipo de psicoterapia que se debe utilizar y la profundidad de los objetivos que se persigan.

8.2 MECANISMOS DE LA PSICOTERAPIA

Las vías a través de las cuales puede actuar son variadas: emoción, razonamiento, sugestión, imitación, diseño y refuerzo conductual, concientización, condicionamiento, inspiración, reentrenamiento, programación neurolingüística y otras. Cada técnica suele hacer uso de una combinación de ellas, mediante la utilización de diversos recursos.

Cuando hablamos de mecanismos de la terapia estamos implicando las vías y también los recursos mediante los cuales actúan. Me refiero esencialmente a procesos más o menos complejos, que traen como resultado impacto en quienes son objeto de ellos. Han sido mencionados varios, los cuales inciden de distinta manera sobre ambos sistemas de señales. Veamos algunos de los mecanismos más connotados.

TOMA DE CONCIENCIA EN SITUACIÓN

Obtener *insight*. Volver consciente lo que se desconocía o permanecía inconsciente. Aprender el sentido y significado de algo que íntimamente nos concierne. El psicoanálisis o análisis del inconsciente es expresión concreta de la utilización sistemática de este mecanismo por parte de la terapia analítica. Las también llamadas terapias de significación y terapias de situación, descansan en esta clase de procesos.

MOVILIZACIÓN DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

Remover la ansiedad para evidenciar defensas y mecanismos de afrontamiento; provocar catarsis y experiencia emocional correctiva, ventilar sentimientos; presionar emocionalmente, hacer que la persona perciba intensamente lo que está pasando en su mundo emocional y manifieste lo que está sintiendo, es permitir que la experiencia afectiva del sujeto, perturbada en los neuróticos, pase a integrar el conjunto de aspectos de la personalidad en proceso de cambio y maduración, posibilitando su adecuación a las necesidades del equilibrio interior. Además, esta movilización emocional favorece que emerjan a la conciencia recuerdos y conflictos que entonces pueden ser manejados, al igual que las actitudes. Su asociación al *insight* constituye el núcleo central del cambio en las terapias de corte analítico.

REENTRENAMIENTO DE LA FUNCIÓN DE RELACIÓN

Por medio de la resocialización, el intercambio comunicacional, la interacción, el desarrollo de la asertividad, así como del diseño, ejercicio y modificación de roles, la persona con dificultades en sus relaciones humanas tiene oportunidad de confrontar y modificar estas con un *sparring partner*, que es «observador participante con control de su rol» —especialista en relaciones interpersonales—, entrenándose en la situación privilegiada de la terapia para, luego, poder contender con otros en condiciones más favorables, en la vida cotidiana. Es evidente el carácter terapéutico de este mecanismo cuando se quiere actuar sobre la actividad relacional perturbada.

CAMBIO DE ACTITUDES

El análisis de actitudes permite fortalecer las que favorecen el desarrollo de las potencialidades y trabajar hasta modificar aquellas

inadecuadas, creadoras de desajustes y desadaptación. El identificar aristas problemáticas del carácter y limarlas o reencauzarlas hacia derroteros positivos, apoyándose para ello en la movilización emocional, el *insight* y el refuerzo, constituye un importante factor de ajuste y equilibrio personal. Las terapias breves y de crisis suelen apelar a este mecanismo, al igual que las distintas modalidades de terapia de actitudes que se mencionan en este texto.

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Al trabajar los síntomas y desajustes de la conducta con técnicas comportamentales, modelando, presionando comportamientos, reforzando aprendizajes positivos y proporcionando el contracondicionamiento o la extinción de aprendizajes inconvenientes o patológicos, se favorece la adaptación, eliminan síntomas, fortalece la personalidad (*assertive training*), se retroalimentan los cambios y premian los progresos, haciendo un uso racional, cuasi-experimental, de los aportes científicos llegados de las distintas escuelas del aprendizaje. La presencia del condicionamiento, el refuerzo, la inhibición recíproca, la extinción y la reorientación cognitiva, constituyen elementos consustanciales a este mecanismo de acción.

DISMINUCIÓN DEL SUFRIMIENTO

El apoyo emocional, la tranquilización, la relajación, la simpatía y la comprensión permiten el reajuste emocional, el alivio o eliminación de la ansiedad y de otros síntomas, lo que expresa su capacidad para disminuir el sufrimiento, común a los más diversos trastornos.

PERSUASIÓN

El convencimiento, por vías racionales, para modificar equívocos que están incidiendo negativamente en la conducta y provocando o facilitando determinados síntomas, es un mecanismo utilizado desde siempre en la profesión médica para contender con la enfermedad, ya

que a través de este se logra disminuir la angustia por desinformación e inseguridad y propiciar la colaboración activa del paciente en la dirección que se pretende. Actúa sobre el segundo sistema de señales a través del cual, por el alcance de la palabra, es capaz de incidir también sobre las distintas instancias de la unidad psicofísica, como demostrara *Bíckov*.

IDENTIFICACIÓN E IMITACIÓN

Cual el niño con sus figuras parentales, así, en el contexto de la psicoterapia, el paciente aprende por imitación. El ejemplo grupal, la identificación con el terapeuta, con algún miembro o experiencia positiva en un grupo terapéutico, la introyección de cualidades del objeto temido o amado, son recursos psicológicos que se utilizan en diversas técnicas con el propósito de alcanzar determinado objetivo psicoterapéutico y en el que este tipo de aprendizaje constituye la vía. La inspiración, al identificar al sujeto con un patrón conductual, valor moral o motivo que da sentido al esfuerzo o comportamiento que estimula, es una variante de gran utilidad.

SUGESTIÓN

La influencia activa y consciente de la personalidad, la voluntad y la mente de un hombre sobre otro, sin que tenga que mediar el razonamiento, a través de procederes hipnóticos o de matiz semejante, provocando la inhibición de influencias y funciones de la psiquis del segundo en favor de la monopolización de la atención y actividad de esta por sugerencias provenientes de su interlocutor, logra, en grado mayor o menor, incidir en su funcionamiento mental u orgánico, sus síntomas o sus acciones, las cuales pasan a incorporarse como decisiones propias sin que medie en ello un acto estrictamente voluntario. Sin adquirir propiamente un carácter hipnótico, en muchos recursos psicoterapéuticos está presente la sugestión subliminal acompañando a otros mecanismos de acción, que aparecen como fundamentales. El efecto placebo de la indicación médica *per se*, fuere

esta a través de la prescripción de fármacos o mediante el uso de sus artes de comunicación, descansa en este mecanismo.

GENERALIZACIÓN

Mecanismo terapéutico propio de las técnicas grupales, que facilita el alivio emocional y la desmitificación de diversas fantasías subconscientes al comprobar que otras personas experimentan lo mismo o tienen problemas similares a los suyos, que creían exclusivos, con la consiguiente disminución de la vergüenza o sentimientos afines que le son consustanciales a tales fantasías.

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA (PNL)

Tras los estudios de *Bandler* y *Grinder* acerca de las formas de los procesos psíquicos como contrapartida al estudio de los contenidos, común a la mayoría de las escuelas, se ha brindado una atención especial a las diferentes formas experienciales en el comunicar, implícitas en la modelación del mundo por parte del cerebro humano a través de la conformación de un «lenguaje semánticamente bien o mal elaborado», expresión formal de adecuados o inadecuados procesos de modelación mental. El corregir y enriquecer los procesos semánticos relacionados con la problemática de los pacientes, las familias y los grupos, para lograr un lenguaje semánticamente congruente y, por tanto, comunicacionalmente eficiente, constituye un mecanismo terapéutico paralelo y complementario a cualesquiera de los anteriormente expresados, útil para cualquier técnica de terapia.

8.3 CLASIFICACIÓN

Cada escuela ha desarrollado su propia clasificación de la psicoterapia. Reseñarlas aquí sería acometer la construcción de una nueva torre de Babel. Sin pretender originalidad, pero en aras del mejor entendimiento, seré coherente con el concepto emitido y me limitaré

a tomar en consideración los cuatro ejes para clasificación más sencillos posibles en este caso:

- La presumible duración del tratamiento.
- La profundidad de los objetivos.
- El tipo de sujeto beneficiario.
- Las características que la identifican (el mecanismo fundamental de la terapia, la escuela a que se adscribe, o el autor que permite individualizarla).

De acuerdo con el enunciado anterior clasificaremos como «breve» la psicoterapia de objetivos limitados y de corta duración; como «profunda» aquella de objetivos de más largo alcance —reeducativos, reconstructivos— abarcadores de distintas facetas del psiquismo y la personalidad, cuya duración se prolonga en el tiempo. A su vez, de acuerdo con el sujeto de terapia, podrá ser individual, de parejas, grupal, familiar o institucional (socioterapia).

En cuanto a las características que la identifican, será psicoanalítica, comportamental, de relaciones interpersonales, de actitudes o modificación de predisposiciones, sugestiva, centrada en el cliente, neurolingüística, integrativa, estratégica, sistémica, existencial, ecológica, inspirativa, racional, narrativa, gestáltica, transaccional, estructuralista, etc.

Como puede verse, los ejes no son mutuamente excluyentes, sino complementarios y abiertos al constante enriquecimiento. Será el tiempo quien sedimente el conocimiento y permita una clasificación basada en el consenso universal, propósito no imaginable en el momento presente. Por eso propongo una agrupación multiaxial sin dogmas, que cualquier escuela bien pudiera suscribir.

Si, por ejemplo, el desarrollo de las técnicas de intervención rápida permite obtener objetivos profundos a corto plazo, pudiésemos entonces hablar de «terapia (individual, grupal, familiar) breve, profunda, de tal escuela o tal autor» y seríamos consecuentes con nuestro modo de clasificar.

Ante la imposibilidad e improcedencia de desarrollar en este libro todas las formas de psicoterapia que cuentan hoy día con técnicas individualizadas, trabajaremos específicamente la técnica de actitudes en sus modalidades individuales (breve y profunda), grupal y

familiar, con el enfoque de crisis y de familia que constituye su línea directriz.

8.4 RECURSOS, ESTRATEGIAS Y MÉTODOS EN PSICOTERAPIA

Cualquier método que se pretenda emplear se compone de un conjunto de recursos o instrumentos técnicos que, de acuerdo con una estrategia y sistemática específicas, intenta alcanzar determinados objetivos en el paciente. De ahí que recursos y técnicas o modelos psicoterapéuticos, guarden una relación interna semejante a la de las partes con el todo. En este caso el todo, integra recursos, estrategias y una específica sistemática en su utilización.

Definimos la técnica, sistema o *método psicoterapéutico* como el conjunto sistematizado de recursos y procederes psicológicos que, apelando a mecanismos terapéuticos específicos, se emplean con el interés de alcanzar los objetivos planteados, a partir de estrategias definidas que los integran en esa dirección.

Por *recursos técnicos* entendemos aquellas maniobras psicológicas concretas capaces de producir impacto en la psiquis del paciente, en aras de facilitar la obtención de un determinado objetivo terapéutico. Hay recursos predominantemente cognitivos, emocionales o conductuales; y otros, complejos, que actúan simultánea e incisivamente sobre diversos procesos y formaciones psicológicas. Son instrumentos de una técnica que actúa a través de la acción combinada de múltiples recursos, ya que estos, por sí solos no suelen alcanzar cambios de significación. Forman parte habitualmente de diferentes técnicas.

Se considera *estrategia de terapia* la selección consciente de un conjunto coherente y ordenado de recursos, procederes y mecanismos terapéuticos para manejar problemas identificados en el paciente, el grupo o la familia y alcanzar mediante ello objetivos determinados, enmarcándose en el contexto de una técnica o método psicoterapéutico particular. En una adecuada estrategia de terapia, los recursos van siendo utilizados, en buena medida, de acuerdo a las necesidades específicas de cada sujeto en tratamiento, a conjuntos

concretos de objetivos, y a la direccionalidad y lógica interna de cada método o sistema de terapia.

8.5 RECURSOS TÉCNICOS DISPONIBLES EN PSICOTERAPIA

Como vimos en el epígrafe anterior, son múltiples los recursos que se utilizan en una estrategia de terapia determinada. Cada uno de ellos, en su origen, fue el aporte de una escuela o autor específico que lo hizo parte de su método. Sin embargo, con el desarrollo histórico de la psicoterapia, los nuevos métodos fueron nutriéndose de recursos tomados de técnicas anteriores. Así, nos parece necesario disponer de un inventario de recursos de los más diversos orígenes, toda vez que al concretar una estrategia de intervención *ad hoc* para un paciente, un grupo o una familia específica, puede ser de especial utilidad recurrir a cualquiera de ellos. Por esto presentamos a continuación una selección de recursos técnicos utilizados con mayor o menor frecuencia en diversas modalidades de terapia.

Abreacción. Variedad de catarsis o apertura emocional mediante la cual el sujeto libera, en *raptus* afectivo-motor, contenidos psíquicos no verbales que mantenía fuertemente reprimidos, por haber lesionado su autoestima en su oportunidad, y que hubiesen dañado su precaria seguridad en caso de haberlos integrado a su experiencia como vivencia propia –o que no pudieron integrar su imagen psíquica verbal, por su carácter supramaximal. Generalmente se expresa mediante descargas conductuales simbólicas, con gran contenido afectivo y escasa verbalización. El terapeuta propicia estos estados en la situación terapéutica, como forma de reintegrar –y poder interpretar– las asociaciones ideo-afectivo-motoras disociadas tras experiencias traumáticas a su tiempo desintegradoras.

Acompañar. Para entrar en comunicación con el paciente, el terapeuta refleja los mensajes de este, respondiendo en los mismos canales sensoriales y de acuerdo con la consideración de los sistemas representacionales que utiliza el paciente, en consonancia con las claves que muestra y los predicados que verbaliza. Por ejemplo, con un paciente *visual* (que ha usado predicados que permitan clasificarlo

como tal) empleo en mi comunicación enunciados de referencia visual: «Veo que usted», «mire», «fíjese en», «observe que»; o lo ayudaría a visualizar su problema, quizás a plasmarlo en papel. En el caso de un paciente *auditivo*: «Si escucho bien», «óigame»; apelaría a las letras de una canción, refranes, a las inflexiones y el tono de la voz, a la terapia musical. Ante personas *kinestésicas*: «Siento que», «hay que estar tranquilo», «actuar con suavidad», «me doy cuenta del peso que sientes sobre tus espaldas»; utilizaría la relajación, el lenguaje corporal, la movilización emocional, el contacto piel con piel y otros procederes que apelen a las sensaciones corporales y la vivencia emocional.

Aconsejar. El consejo se utiliza en psicoterapia solo cuando el paciente está tan desvalido, o su espontánea decisión amenaza ser tan catastrófica, que la no intervención del terapeuta pudiese resultar iatrogenia por omisión. En todo caso, el terapeuta deberá contar con suficiente seguridad en lo atinado de su sugerencia, de modo que no quede margen razonable a la imprudencia o el perjuicio. Consejo es orientación, pero, se corre el riesgo de que se le interprete como prescripción facultativa.

Acotación. Observación hecha al paciente de soslayo, para que tome nota mental sobre algo que ha dicho o que ha sucedido y sobre lo cual posiblemente se volverá en ocasión posterior. Sirve para que el sujeto, a veces de forma subliminal, vaya incorporando progresivamente información que pudiera resultar significativa, para ser usada en el momento oportuno y de acuerdo con las conveniencias de la terapia.

Actuación. A diferencia de la dramatización, es aquí el terapeuta el que «actúa» o representa conscientemente determinado papel en su intercambio interpersonal con el paciente, con la finalidad de transmitir un mensaje específico. Por ejemplo, puede escenificar con un coterapeuta, en forma aparentemente espontánea, una presunta diferencia de opinión acerca de algo que está sucediendo en la sesión, como forma de modelar ante un matrimonio en discordia que se puede discrepar civilizadamente de otra persona, respetando el derecho ajeno y manteniendo la cordialidad.

Alianza terapéutica. Consiste en la utilización de la cooperación de las partes sanas de la personalidad del paciente y la participación

de su compromiso y su voluntad, para la obtención de los objetivos psicoterapéuticos mutuamente concertados.

Amplificación de incongruencias. Ante incongruencias entre el mensaje verbal y el extraverbal que emite el paciente, el terapeuta puede provocar la toma de conciencia de ello mediante la exageración de una respuesta extraverbal similar en consonancia con la del paciente, de modo que se haga patente para este lo absurdo y contradictorio de la situación con respecto a lo que está verbalizando.

Análisis de actos fallidos. Como ocurre con los pensamientos marginales, los actos fallidos pueden reflejar de modo simbólico material reprimido o, al menos, subconsciente, y ser tomados como objeto de análisis cuando ello es conveniente al curso y sentido de la terapia.

Análisis biográfico. Como su nombre indica, pedir al paciente que relate su vida, verbalmente o por escrito, facilita la autocognición, demuestra interés por parte del terapeuta y permite a este importantes puntos de referencia para el análisis, que se focaliza en la búsqueda de significaciones vitales. Mediante la valoración biográfica se trata que el paciente comprenda su dificultad presente, vinculándola con determinadas experiencias acontecidas en su pasado, por lo que promueve el *insight*.

Análisis de la comunicación y la defensa. En la técnica sullivaniana este recurso cumple un papel fundamental para el desarrollo de la entrevista. Tanto el paciente como el terapeuta comunican y se defienden. El rol del terapeuta es controlar la comunicación, para facilitarla e interpretar las defensas que aparecen cuando surge ansiedad en la relación interpersonal. Mientras el paciente comunica libremente, sin presentar angustia ni defensas, manda el paciente en el desarrollo de la relación y el terapeuta se deja llevar. Cuando aparecen la angustia y la defensa, el terapeuta toma el control de la comunicación y conduce activamente la entrevista, a través de preguntas, interpretaciones y transiciones.

Las defensas se analizan como un modo de superarlas y controlarlas, apareciendo detrás de ellas las actitudes y los conflictos. El terapeuta ha de mantener, también, un estado de alerta con relación a sus propias defensas, pues de aparecer estas perdería el control de la relación y se afectaría su propia capacidad de análisis e intercambio. Ha de ser un observador participante espontáneo y franco, auténtico al comunicar, debiendo controlar adecuadamente su rol de terapeu-

ta. El análisis de conjunto con el paciente, de sus dificultades en la comunicación, y de las defensas que le son típicas por su función de relación perturbada, constituye un eje central del tipo de proceder en que se enmarca este recurso.

Análisis de la resistencia. A diferencia del psicoanálisis, que ve la resistencia como una fuerza proveniente de una instancia antropomórfica que se opone sagazmente a que salgan los impulsos del *ello* y establece una verdadera batalla entre catexis y contracatexis, gobernadas desde no se sabe donde, vemos como una realidad clínica, objetivamente comprobable, que los pacientes –en medida mayor o menor– ofrecen una «resistencia» a la aceptación de las evidencias que los responsabilizan con el origen de sus problemas o con las consecuencias de sus actitudes, entre otros ejemplos. De ahí la sabiduría que encierra aquel refrán popular que expresa: «No hay peor ciego que el que no quiere ver».

Sería dogmático que negáramos la existencia de una oposición, habitualmente no consciente, a percibir o valorar lo que por alguna razón oculta resulta altamente escabroso para uno mismo. Hacerlo equivaldría a «botar al niño al arrojar el agua usada del recipiente en el cual se aseó». Puede discreparse en cuanto a las razones o los mecanismos, pero el fenómeno clínico descrito inicialmente por *Freud* está ahí, y los terapeutas nos vemos obligados reiteradamente a contender con él en nuestro esfuerzo por ayudar a los pacientes a conocer lo que ocurre dentro de ellos mismos.

En lo personal, considero la resistencia como expresión de que lo reprimido o inatendido está en disonancia con la actitud, que se opone automáticamente –como todo sistema– a lo que pueda sacarle de su curso, por lo que anula la información fuera de programa, debido a la carga afectiva inhibitoria memorizada que conlleva esa significación, que le resulta amenazante. El sistema límbico, la sustancia reticular y la corteza cerebral, constituyen el escenario natural de estos mecanismos en los que la memoria, la afectividad y los procesos automatizados del pensar y tomar conciencia cumplen su papel regulador.

Clínicamente, los pacientes oponen los mecanismos de defensa, ya estudiados en el primer capítulo, como formas condicionadas de evitar el enfrentamiento a los conflictos traumáticos, cuando la

realidad o la fantasía los aboca a ellos. Entonces aparece la ansiedad como señal anticipatoria y el estrés como estrategia defensiva del sujeto ante la percepción subliminal de una amenaza. (El lector conoce mi opinión acerca del papel de las actitudes, las necesidades insatisfechas, las amenazas, los conflictos, los mecanismos de afrontamiento y de defensa ante el estrés y las enfermedades por claudicación ante este, conforme fundamentáramos oportunamente.)

Por expresarse la resistencia en mecanismos de defensa para no tomar conciencia de lo inconveniente al yo, el enfrentamiento terapéutico a ellos nos lleva a interpretar casuísticamente dichos mecanismos, cuando hacen su irrupción en la situación terapéutica, con las mismas premisas técnicas con que abordamos cualquier otra interpretación: alto clima emocional, oportunidad, maduración del proceso de terapia como para acometer la tarea, alta probabilidad de obtener impacto y lograr el *insight*. Obtenida la concientización del mecanismo de defensa, se debe seguir arremetiendo, aprovechando la baja de la guardia, trabajando bajo fuerte carga afectiva el conflicto que está detrás. Son estas, oportunidades privilegiadas que nos permiten incidir sobre los procesos funcionales que están detrás de la actividad psicológica inconsciente. Y modificar esta propia actividad.

Análisis de los sueños. Desde la más remota antigüedad, en todas las culturas, el hombre ha tratado de descifrar el simbolismo de sus sueños. Desde *Freud*, la Psiquiatría rescata para la ciencia el estudio del ensueño, buscando tras él un código que permita acceder a su significado. La búsqueda de una simbología universal para los contenidos oníricos parece un esfuerzo en la dirección equivocada: todo sueño es esencialmente subjetivo y, por tanto, individual. Pero si el símbolo, por subjetivo, resulta estrictamente personal, los mecanismos, el código para su lectura de conjunto con el interesado, sí son patrimonio accesible a la técnica psicoterapéutica. Como torre de Babel, toda escuela lo aborda con su propio lenguaje. *Freud* los considera como realización imaginaria del deseo, desarrollando toda una serie de procedimientos para su interpretación. Cae en el error de considerar símbolos universales, en consecuencia con su cosmogonía: todo objeto largo y puntiagudo es un pene; un túnel oscuro, una vagina; toda persecución, un acoso sexual.

Posteriormente, otros autores han ido desarrollando su propia óptica para el análisis. Así, los sueños se interpretan como expresión

de un conflicto, como mecanismo de defensa del dormir, como búsqueda de una solución, como reflejo de un estímulo que concitó la excitación del sistema nervioso durante la vigilia, como expresión de una actitud, etc. Cual un *test* de *Rorschach*, las configuraciones oníricas constituyen un acicate a la proyección, y como tal, el trabajo de interpretación depende más de lo que aportan el paciente y su historia y del contexto en que se produce e interpreta el sueño, que de significados preconcebidos en posesión del terapeuta, quien acude a ellos en dependencia de las contingencias de la terapia y de las significaciones particulares aprehendidas de la problemática de su paciente.

Análisis de la transferencia. Siguiendo la línea de los recursos psicoanalíticos, la transferencia, que expresa la transposición al terapeuta de los sentimientos incestuosos u hostiles del paciente hacia sus figuras parentales, es tomada como fuente de análisis e interpretación cuando éstos aparecen en el curso de la terapia, de modo que el paciente —proyectando y experimentándolos en la relación transferencial que actualiza tales sentimientos— está en condición privilegiada para contender con ellos y superarlos. En esto es ayudado por el terapeuta, entrenado para lidiar con tales sentimientos, así como con sus propios sentimientos contratransferenciales, lo cual constituye un momento trascendente en la cura psicoanalítica.

Los que no aplicamos esta técnica y discrepamos de muchos de sus conceptos, podemos enfocar el asunto de otro modo. Realmente —es mi opinión personal— en la relación terapéutica pueden ser proyectados, transferidos, sentimientos condicionados por relaciones significativas anteriores —no solo parentales— que favorezcan o dificulten la relación médico-paciente, pero que pueden apartarla del tipo de vínculo *sui generis* que las hace específicamente terapéuticas: un *rappport* respetuoso y empático, ajeno a fantasías neuróticas, enmarcado en una relación simétrica de ayuda (cuando de terapia profunda se trata) en el que el terapeuta ha de ser el mejor soporte de la realidad y de las relaciones interpersonales sanas. Tales nexos transferenciales considero deben ser desestimulados y evitados en lo posible. De surgir fantasías de este tipo, ha de manejárselas como en el caso de la discriminación presente-pasado, interpretándolas con delicadeza cuando proceda, cuidando de no herir o perder al paciente, pero haciéndole tomar conciencia de las características de la relación objetiva presente y asumiendo medidas para que no se reproduzcan posteriormente. A esto último le llamamos *establecer distancia*.

Anclaje. La capacidad humana de establecer condicionamientos a discreción y el conocimiento de la organización funcional de la actividad cerebral y de los procesos sensoriales asociados a la comunicación, posibilitan al terapeuta entrenado en PNL, una vez establecidas las claves de acceso, la utilización de este recurso.

Consiste en seleccionar un estímulo sensorial (visual, auditivo, kinestésico o mixto) y condicionarlo de forma inconsciente a una experiencia afectivo-motivacional que se provoca por el terapeuta en el sujeto, de modo que, logrado tal anclaje, en el futuro este condicionamiento, de carácter definitivamente favorable –o negativo, en caso de que se quiera obtener un componente aversivo– pueda dar acceso a esa experiencia acudiendo al estímulo sensorial «anclado». Esto se utiliza para contrarrestar síntomas o modificar el comportamiento en la dirección deseada. Según la PNL, el anclaje va directo al hemisferio cerebral no dominante y, con él, se obtiene acceso a los procesos mnésticos y afectivos relacionados con su actividad, sin pasar por la conciencia crítica, «jugando una mala pasada» al hemisferio cerebral dominante, racional por excelencia.

Apoyo emocional. Solidaridad, aliento, estímulo. Decir al paciente con nuestra actitud: «Estoy aquí contigo para ayudarte, puedes contar conmigo... confía en mí. No estás solo... hay que sobreponerse a los problemas...». El apoyo forma parte de una buena relación médico-paciente. Prácticamente todas las técnicas o modelos de terapia hacen uso de este, de seguro el más universal de los recursos en psicoterapia.

Aprobar. La aprobación o recompensa por parte del terapeuta es un importantísimo refuerzo conductual, cuando se ha establecido previamente una sólida relación médico-paciente. Un gesto, una sonrisa, una frase de agrado o elogio, una palmada en el hombro o una felicitación acompañada de un efusivo apretón de manos en el contexto apropiado, constituyen valiosos recursos que se utilizan de forma contingente a la respuesta que se quiere reforzar.

Aprovechamiento de potencialidades. Vinculado a la exteriorización de intereses y al manejo ambiental, este recurso consistente en promover la debida canalización y desarrollo de las capacidades del paciente, por tender al crecimiento personal y a la afirmación y maduración de la personalidad, resulta de obligada consideración. Para Rogers, toda persona trae consigo el germen de su propio

desarrollo y la cura psicoterapéutica radica, entre otros recursos, en liberar las potencialidades entorpecidas por factores u obstáculos experienciales o, simplemente, necesitadas de oportunidad para su cabal expresión. Las necesidades humanas de realización y trascendencia les están relacionadas.

Asociaciones libres. Recurso psicoanalítico por excelencia en el que se le pide al paciente deje fluir libremente sus pensamientos, tratando de no someterlos a crítica, invitándole a que exprese todo lo que le viene a la mente, tal como le viene, limitándose el terapeuta, oculto a su vista detrás del *chaise-longe* y en forma completamente pasiva, a estimularle de vez en cuando con alguna pregunta, una observación o la repetición de una muletilla, para facilitar sus asociaciones, vencer una resistencia o favorecer la profundización en el análisis de un material de interés. A criterio de *Freud* y su escuela, por esta vía se llega en forma privilegiada a la exploración del inconsciente.

Biblioterapia. Empleo terapéutico de la lectura.

Cambio de historia personal. Cuando el paciente es víctima de una experiencia de su pasado que no supo o no pudo manejar adecuadamente, el terapeuta busca acceso a sus procesos sensoriales a través de la PNL y construye con él una memoria alternativa, en la cual puede encontrar opciones de solución –tres al menos– para esa experiencia. Ello se incorpora al recuerdo a través de la sugestión y la utilización del anclaje, como si la experiencia imaginaria hubiese sido real, de modo que ahora el paciente dispone de variantes alternativas de respuesta de acuerdo con su «historia reformada», sin que las vivencias sensoriales asociadas al sentimiento de fracaso bloqueen la asertividad «actual» de su comportamiento, el cual deviene más seguro y con margen superior de libertad, al poseer un repertorio de respuestas «eficaces». El viejo aprendizaje no se borra; se construye otro en paralelo. Lo que, según la PNL, ahora el paciente dispone de opciones para elegir, en situación actual de seguridad.

Catarsis. Descarga emocional más o menos súbita que se provoca en el paciente y mediante la cual éste logra expresar recuerdos o problemas de fuerte carga afectiva, cuyo contenido resulta escabroso para el sujeto y que procuraba ocultar a los demás o mantenía inconsciente.

Clarificación. La precisión en el diálogo terapéutico de lo esencial del tema analizado favorece la concientización, razón por la cual el terapeuta puntualiza e insiste en aquello que, bajo ningún concepto debe ser pasado por alto.

Clarificación de patrones inadaptativos. Es una modalidad que focaliza en la comprensión de los aspectos esenciales del comportamiento que están provocando las dificultades del paciente.

Claves de acceso. La programación neurolingüística confiere capital importancia a la identificación y utilización de las claves individuales que permiten acceder a los procesos inconscientes, sin pasar por el control voluntario del sujeto. La experiencia sensorial de cada cual y el modo en que se la representa psíquicamente mediante procesos predominantemente visuales, auditivos o kinestésicos, de acuerdo con su peculiar estructura neurolingüística, son accesibles al observador entrenado mediante claves corporales extraverbales que pueden ser codificadas y decodificadas (movimientos oculares, contracciones musculares, cambios de color y temperatura de la piel, en el ritmo respiratorio, posición de la cabeza, etc.) y que son, por demás, comunes a la especie y subsidiarias de reconocimiento y traducción. Saberlos reconocer e incorporarles como claves de identificación de estos procesos, accesibles a su propia experiencia sensorial en la comunicación, para su utilización en la terapia, constituye la «vía regia al inconsciente» para este tipo de terapéutica, interesada más en los procesos formales que en los contenidos psíquicos.

Al operar con los procesos mentales del paciente se puede influir rápida y eficazmente en su comportamiento, por la vía de los condicionamientos inconscientes. Enseñándole a controlar estos procesos y, actuando sobre ellos, a modificar su propio comportamiento en interés de la recuperación y el desarrollo, se cumple el objetivo principal de este tipo de terapia.

Comunicación extraverbal controlada. Conocedor de que no sólo se comunica con la palabra, el terapeuta emplea conscientemente –incorporada a su experiencia sensorial– su capacidad de comunicación extraverbal, para transmitir información al paciente por la vía de su primer sistema de señales, menos sometido a la censura y más dirigido a la percepción subliminal que el lenguaje verbal (segundo sistema de señales).

Confrontación. Enfrentar al paciente con la realidad a través de evidencias, opiniones, situaciones o acciones que contradicen sus plan-

teamientos o la postura que cree asumir ante algo significativo, lo cual facilita la toma de conciencia.

Connotación positiva. Todo comportamiento, aun todo síntoma, suele llevar dentro de sí aspectos positivos (defensa, búsqueda de solución, ganancias, exceso de celo, etc.). Incluso en el concepto de crisis están implícitos el peligro y la oportunidad. Por ello, en diversas psicoterapias —en especial las sistémicas y estratégicas— se destaca ese momento positivo de la conducta errática.

Autores como *Virginia Satir*, desplegaron una particular sagacidad para resaltar lo positivo presente en el comportamiento y en las manifestaciones sintomáticas de los pacientes y de las familias más disfuncionales. Esto propicia la alianza terapéutica y condiciona al sujeto y a la familia para que recursos tales como la prescripción sintomática y la paradoja puedan actuar favorablemente. Una adversidad es una oportunidad privilegiada para crecerse ante ella. La enfermedad de un hijo, ocasión para demostrar los afectos, o para resaltar la expresión de renunciamiento por parte de éste al quebrantar su salud en aras del bienestar colectivo. Resaltarlo mediante paradojas es connotar positivamente. Reenmarcar una situación de modo que parezca lógico este tipo de intervención, es un desafío a la creatividad del terapeuta.

Contraparadoja. Paradoja terapéutica que se aplica a la situación paradójica que sustenta la conducta sintomática. La identificación de las paradojas existentes en la comunicación para su manejo ulterior, bien interpretándolas o manipulándolas mediante contraparadojas, deviene un proceder de rutina en las modalidades breve y familiar de la terapia sistémica. Así, *Mara Selvini Palazzoli* en su *Paradoja y contraparadoja*, hace galas de su creatividad a la hora de enseñarnos cómo utilizar este recurso.

Cuando la conducta patológica del paciente o la familia es expresión de una paradoja establecida por el sistema familiar, la intervención terapéutica solo será viable, según ella, respondiendo con una paradoja terapéutica que, en este caso, resulta una *contraparadoja*. Si producto de las particularidades del contexto interactivo familiar uno de sus miembros, devenido paciente, se enmarca paradójicamente en situación permanente de oposicionismo, el terapeuta prohíbe a la familia la oposición al negativismo y ordena al paciente seguir siendo negativista, con lo cual este queda atrapado en una

contraparadoja terapéutica. Mediante ella, si cumple el mandato, rompe su oposicionismo y si se niega, no tiene otra alternativa que romper con su oposicionismo. Ante esto y, tras un nuevo manejo familiar no imperativo, la conducta sintomática pierde su sentido.

Contrato de contingencias. Se promueve y concierta el compromiso, entre partes en conflicto, de modificar un comportamiento desagradable al otro, a cambio de una modificación semejante por la contraparte. Estos acuerdos o transacciones son terapéuticos en la medida en que contribuyen a superar conductas desadaptativas.

Contrato terapéutico. Esclarecer qué corresponde al paciente, al grupo o la familia y qué al equipo terapéutico; cuáles son los términos de la relación, los objetivos y la probable duración del tratamiento; su frecuencia y características, así como el establecimiento de los correspondientes compromisos es esencial, defensorio de la modalidad terapéutica que se va a utilizar. La precisión de estos términos entre el terapeuta y los interesados debe quedar formalizada en un convenio verbal, en los primeros tiempos de la terapia.

Control del tiempo de procesamiento (downtime). En PNL, asumiendo lenguaje computacional para nominar este recurso, el terapeuta debe tomar en cuenta el tiempo que necesita su interlocutor para procesar e integrar a su experiencia sensorial la información que se transmite. No tomar en cuenta su *tempo* psíquico (*downtime*) es desperdiciar recursos técnicos: muy rápido, se pierde información; muy despacio, la atención se distrae.

Coterapia. La participación de un terapeuta auxiliar con el cual se trabaje en estrecha identificación potencializa las posibilidades de profundizar en los componentes comunicacionales y dinámicos de la terapia. El coterapeuta apoya, funge como *alter ego*, permite dramatizar y actuar, confrontar, hacer modelado y refuerzo, intercambiar opiniones, entre otras ventajas. La falta de identificación entre ambos, el desconocimiento de la técnica, o la improvisación son peligrosos y pudieran dar al traste con los objetivos propuestos.

Creación de alternativas. Sea a partir de la experiencia presente, elucidando realidades, actitudes y posibilidades mientras se lleva al paciente a esclarecer y definir las opciones que tiene por delante, así como a ejercitar creatividad e iniciativa, avizorando nuevas alternativas de acuerdo con todo ello; sea acudiendo por PNL a «cambiar la historia personal» y a condicionar opciones que no lo fueron a su

tiempo, el recurso de facilitar que el paciente elabore alternativas de comportamiento que enriquezcan sus perspectivas de adaptación y desarrollo, constituye un proceder conveniente en distintos modelos de terapia.

Cuestionamiento. Consiste en crear sistemáticamente dudas en el paciente, el grupo o la familia acerca de mitos, reglas o creencias que forman parte del marco conceptual que apoya la conducta sintomática. Al poner en entredicho la vigencia de sus significaciones, se puede poner en crisis el sistema de referencias del sujeto, lo que posibilitaría ir creando las bases para una reorientación cognitiva.

Cura de reposo. En situaciones críticas de extrema hipersensibilidad e irritabilidad, el descanso en el hogar, en sanatorios o centros recreativos en montañas, bosques o playas tranquilas, está indicado, junto a otras medidas reparadoras del distrés.

Definición de metas. Precisar las metas de la terapia constituye uno de los componentes básicos de la psicoterapia breve. Por otra parte, desde Adler, la definición y el análisis de las metas vitales en relación con el estilo y plan de vida del individuo y sus potencialidades reales, ha representado un proceder común en las terapias profundas de corte analítico.

Derivar preguntas. Ante una pregunta del paciente, el terapeuta «devuelve la pelota» pidiendo al sujeto que exprese su propio criterio al respecto. En terapia familiar y grupal puede hacerlo igual o derivar la pregunta a otros miembros.

Desaprobación. A diferencia de la aprobación, refuerzo positivo por excelencia, la desaprobación o castigo constituye un recurso que se debe emplear con sumo cuidado. Como un padre con sus hijos, el terapeuta con quien se ha consolidado una buena relación puede emplear –gestual, conductual o verbalmente– mensajes de desaprobación ante una conducta que daña al paciente o el curso de la terapia. Pero tiene que ser consciente de cómo, cuándo y por qué lo hace y controlar el mensaje y los efectos con extremo cuidado. Como norma, es mejor dejar de premiar que castigar.

No obstante, a todos nos ha venido bien, en algún momento de nuestras vidas, una buena reprimenda por parte de alguien que nos aprecia de veras. En sentido figurado, esto es válido también en terapia; lo que, como en la vida real, no puede abusarse de ello. Las terapias aversivas, bien sea utilizando el aprendizaje condicionado

pavloviano o el instrumental, skinneriano, son modalidades de castigo a la conducta indeseada, preconizadas por determinadas escuelas de corte reflexológico.

Descalificación. Calificar algo es definirlo, estimarlo, darle vigencia de acuerdo con sus cualidades. Descalificar es suprimir lo definido, estrictamente hablando, es negar la valoración previa, las cualidades que se le atribuyen. Como recurso técnico es aquella maniobra que permite poner en duda, cuestionar, ridiculizar o anular la vigencia de algo que se valoraba, sentía o hacía de una manera por el paciente y que se quiere desestimar.

Cuando, por ejemplo, un ataque histérico en búsqueda de atención es identificado ante el grupo y manejado como una perreta o un «arrechucho», se está descalificando el síntoma, al modificar su significación. Si se resta importancia a una amenaza de matiz psicopático o se ridiculiza una mala memoria que hace olvidar lo que no conviene, se está utilizando una descalificación.

Desensibilización. El enfrentar gradualmente al paciente con situaciones, pensamientos o recuerdos que teme o le provocan estrés emocional va posibilitando, de ser adecuadamente dosificadas las experiencias, que el sujeto pueda ir desarrollando la capacidad, también progresiva, de tolerarlas e incorporarlas a su experiencia vital. Tal como sucede con el uso de vacunas con dosis crecientes de alérgenos en el caso del tratamiento de la alergia, la desensibilización emocional es un recurso básico en terapia de conducta, particularmente en el caso de las fobias y de ciertos trastornos psicósomáticos.

Desplazamiento del síntoma. Puede hacerse en el tiempo, el espacio o la significación. Con ello se pretende hacerle perder su valor funcional al enajenarle su sentido dentro del sistema que lo hace posible. En el marco de la terapia estratégica y tomando de *Erikson* su manipulación de la conducta del paciente, se negocia con este la modificación del contexto de aparición del síntoma –que cumple un papel en el sistema en el cual está secuencialmente enmarcado– haciendo que aparezca en otro momento, en otra forma o lugar o que adquiriera un significado diferente al que ostenta en el contexto en que hace su aparición. Este recurso parece absurdo si se aísla del resto de los procedimientos estratégico-sistémicos y del marco referencial que les dio origen, donde muestra resultados.

Detención del pensamiento. Puede condicionarse la interrupción brusca de una pulsión o una idea fija mediante el entrenamiento, haciendo uso de la sugestión vigil, con un estímulo inhibitorio incondicionado o previamente condicionado, cual es un susto o la imagen verbal «¡alto!» seguido de un ritual sustitutivo como la formulación de un pensamiento positivo, el conteo de objetos u otra alternativa neutra o favorable. Útil en la terapia conductual de los toxicómanos, la fobia y los trastornos obsesivos.

Diálogo coterapéutico. En una sesión el terapeuta y el coterapeuta pueden comentar entre ellos, en presencia de los pacientes, una observación sobre algo que ha ocurrido, con el propósito expreso de que estos escuchen –como por casualidad– un mensaje que se les quiere hacer llegar de una forma indirecta. Muchas veces este recurso es más efectivo que una observación explícita al respecto por parte de cualquiera de ellos.

Dirección. Con más razón aún que con el consejo, este es un recurso que se debe evitar en lo posible. Equivale a una prescripción facultativa en materia personal, que solo se asume para manejo conductual de síntomas, ante invalidez psicológica o para aspectos muy precisos de implicación económica o medicolegal, prescripción de reposo, peritación laboral, ingreso, etc. En la terapia de psicóticos, con deficientes mentales, ante la conducta suicida, la drogadicción y en algunas modalidades de terapia sexual, este recurso puede alcanzar valor particular. Una variedad de este proceder es la *guía de acción*, prescripción de comportamiento utilizada en terapia comportamental como parte de un proceso de reaprendizaje de conductas.

Discriminación pasado-presente. Es típico de los neuróticos el vivir fijados en el pasado, actuando de acuerdo con contextos anacrónicos, no necesariamente vinculados a la realidad presente. Traer el paciente al análisis de la situación actual de acuerdo con vivencias objetivas contradictorias con las significaciones neuróticas, compulsarlos al aquí y ahora, a responder al presente y no de acuerdo con sus fantasías, es un recurso muy importante. Romper la contaminación entre el pasado y la actualidad es el objetivo central de este proceder.

Diseño y ejecución de roles. Es otra acepción del modelado. Aquí se va esculpiendo el modelo de conducta que se quiere lograr, buscando la colaboración del paciente y sus allegados y entrenándolo progresivamente en el ejercicio de aquellos roles que se quiere incorporar o

modificar. Previamente se busca la reorientación cognitiva y, obtenido el deseo del paciente de cambiar su actitud y desarrollar una nueva conducta, se trabaja el ideal teórico de lo que se desea, desarrollando luego conductualmente los pasos necesarios para lograrlo.

Dramatización. A partir del psicodrama de Moreno, la escenificación de la problemática de los pacientes en forma más o menos espontánea, bajo la guía del terapeuta que opera como director de escena, ha sido un recurso muy usado en psicoterapia. Utilizando la proyección, el paciente dramatiza libremente, pudiendo representar su propio papel o el de otros miembros de su familia o del grupo terapéutico; luego se discute con el paciente y el grupo lo acaecido, trabajando sobre su significado. Cuando la técnica se aplica en toda su extensión y complejidad se trata de variantes del psicodrama. Cuando el terapeuta solicita del paciente o de un miembro del grupo terapéutico o de la familia, que escenifique algo que ocurrió o que caracteriza la conducta de alguien, para ejemplificar lo que quiere debatir, en el contexto de otros procederes, se trata del recurso de la dramatización, en la cual puede participar el propio terapeuta u otro miembro del equipo, con la finalidad de poner en evidencia la actitud o aspecto que se desea. El *modelaje* o ejemplificación de comportamientos que conviene imitar es una de sus modalidades.

Empatía. Ponerse en el lugar del paciente e intentar ver las cosas como este las ve. Aceptarlo incondicionalmente. No juzgarlo. Crear una atmósfera de respeto y consideración proclive a la confianza.

Enganche. Una sesión terapéutica no debe concluir sin que el terapeuta experimente emocionalmente la seguridad, a un nivel aceptable, de que el paciente, el grupo o la familia están suficientemente motivados como para acudir a la próxima cita. Implica el compromiso intelectual y afectivo, de continuar el trabajo conjunto con el terapeuta para superar sus problemas.

Ensayo de meta-alternativas. Identificadas las respuestas no adaptativas del paciente y valoradas las alternativas comportamentales que tiene como opciones ante sí, se le estimula a ensayar en la práctica aquellas conductas que resulten favorables a su mejor adaptación, las cuales constituyen meta-alternativas.

Ergoterapia. Empleo del trabajo con fines terapéuticos. No confundir con la *laborterapia*, que es un término genérico que integra los distintos recursos que descansan en la actividad creativa y el empleo útil y organizado del tiempo por parte del paciente –ergoterapia incluida.

Esclarecimiento. Por este recurso, luego de ventilar con el paciente las distintas alternativas de solución de un problema, las aristas favorables y desfavorables que pudiera tener una u otra opción de acuerdo con los propios puntos de vista del paciente o la familia, el terapeuta deja en claro que la responsabilidad por la decisión que se va a asumir, corresponde por entero al sujeto, estimulándole a la toma de partido, en condiciones ya de responder, con conocimiento de causa, por su libre elección. Este proceder apunta a la asertividad y la madurez y desestimula las tendencias a la dependencia.

Escultura familiar. Con el objetivo de externalizar la percepción que interiormente tienen los miembros del grupo familiar acerca de la organización estructural y dinámica del núcleo, las relaciones en su seno y la actitud que caracteriza a cada cual ante el problema analizado, se pide a cada uno de ellos se represente mentalmente su familia y ubique a los distintos personajes en la postura que le parezca tienen en el grupo con respecto al conjunto, y que queden quietos en esa posición –a manera de una escultura– cuando queden satisfechos. Esto provoca intensas interacciones, que son analizadas posteriormente.

Establecer distancia. Cuando el vínculo transferencial o la contratransferencia parece rebasar los límites idóneos o cuando se percibe demasiado «fría» la relación, el terapeuta debe «ajustar» la distancia emocional con el paciente mediante maniobras que le acerquen o alejen de su intimidad, ubicándola en el rango terapéutico que corresponde: aproximar o distanciar las sesiones, ser más o menos afectivo en su trato, no dar acceso al paciente al conocimiento de su vida privada, realizar los señalamientos que proceda, etc. Esto implica autoanalizar la propia contratransferencia, como pauta técnica.

Encuentro. Las técnicas existenciales han propugnado modalidades de relación terapéutica cargadas de su concepción del mundo, en las cuales se pretende dar una modalidad de relación íntima entre los sujetos consistente en vivir-en-el-mundo-con-el-otro, o sea, tratar de aceptarlo tal cual es, desde dentro, sin juzgarlo, con fuerte carga afectiva y una especie de comunicación espiritual en el vínculo que se establece, que no pretende conocer o explicar sino vivenciar y compartir emocionalmente la existencia del otro –a juicio de esta escuela, la única forma de entender.

Se han desarrollado los llamados «grupos de encuentro» en los que diversas personas –pacientes o no– comparten su intimidad y

sus experiencias vivenciales en una atmósfera de absoluto acriticismo, desinhibición y mutua aceptación. El análisis existencial considera el encuentro como su más trascendente proceder terapéutico. También ha sido llamado *intercambio de experiencia vivencial* y valorado como una «ósmosis bienhechora» entre terapeuta y paciente (Ricardo González).

Exhortación. Apelación de trasfondo inspirativo-sugestivo que conmina a la acción en una dirección determinada.

Experiencia emocional correctiva. Consiste en hacer experimentar emocionalmente al paciente las consecuencias negativas de sus actos. Hay que lograr que, al darse cuenta de las posibles causas de su problema, el paciente se movilice emocionalmente al tomar conciencia de su responsabilidad personal al respecto, de modo que esto pueda activar en él un nivel de motivación y compromiso suficientes como para, a partir de allí, cambiar su comportamiento.

Unas veces el terapeuta aprovecha alguna experiencia que golpea al paciente y que viene a colación con algo previamente discutido. Otras, provoca la situación misma o lleva a la abreacción. En ocasiones, luego de analizar un problema en la sesión psicoterapéutica, la propia vida brinda la oportunidad para que el paciente se enfrente por sí mismo, fuera de la consulta, con la evidencia de lo ya discutido y con lo inapropiado de su actuar anterior, respecto a dicho problema. Cuando esto es propiciado técnicamente por el terapeuta, el sujeto «escarmienta con su propia cabeza» y puede ocurrir la vivencia emocional que integra la experiencia y corrige el comportamiento, modificando la actitud.

Exploración causal. Buscar en el diálogo interpersonal los eventuales conflictos y condicionantes originales de las dificultades presentes, a través de una cuidadosa anamnesis, es un recurso habitual en diversas modalidades de terapia.

Exteriorización de intereses. Conocer, despertar y desarrollar adecuadamente, en todo su valor afectivo y motivacional los intereses del sujeto, pone a su disposición un factor inspirador y restaurador, de gran utilidad en la terapia.

Externalización. Recurso procedente de la llamada *terapia narrativa*, que consiste en propiciar que el paciente imagine y describa el problema que lo aqueja, el síntoma que tiene, su conflicto, como algo que está físicamente fuera de él, que le es ajeno, de forma que se

pueda distanciar emocionalmente y cosificarlo o concretizarlo como si fuera algo material, lo que le permite criticarlo, manipularlo, culparlo por sus desgracias, sin que esto le haga sentir mal por ser responsabilidad suya. Por ejemplo, el imaginar una fobia como una excrecencia fea y viscosa que le dificulta la vida y que él puede manipular y encerrar, puede ser una forma de iniciar una desensibilización imaginaria.

Externización. En terapia de grupo se utiliza el término para referirse a «llevar fuera de la sesión lo aprendido en ella». Sería una especie de *acting out* de lo aprendido en grupo. Mientras lo trabajado en terapia no se materializa en cambios en la conducta extrasesión, el aprendizaje terapéutico no se ha consumado en la práctica. De ahí la importancia de estimular en los pacientes el convertir en acción lo que se analiza en la dinámica psicoterapéutica.

Fantasías terapéuticas. Al igual que en los sueños, en las fantasías hipnoides y en las vigiles se satisfacen simbólicamente deseos y se proyectan, a su modo, conflictos y temores de la vida inconsciente. El analizar las fantasías espontáneas, el estimularlas terapéuticamente para analizarlas posteriormente o para obtener de ellas sublimación, alivio a las tensiones, o el desarrollo de aptitudes imaginativas que, en proporciones adecuadas, son elemento necesario al pensamiento creador y al balance de la personalidad, constituyen recursos que se pueden utilizar en determinadas ocasiones. Técnicas como la semivigilia dirigida de *Desoille*, descansan en este proceder. También modalidades de externalización en terapia narrativa y en las llamadas técnicas de visualización, usuales en gestaltterapia.

Focalización sensorial. Concentración selectiva de la atención del sujeto en la percepción de los más diversos matices sensoriales de un estímulo determinado, de forma que pueda llegar a la conciencia toda la riqueza estimuladora de las sensaciones y las emociones positivas que les están asociadas. Este recurso se utiliza en la terapia de las disfunciones sexuales como momento introductorio en casi todas las técnicas desarrolladas para su intervención conductual. También se emplea en las técnicas gestálticas de visualización, a través de estímulos imaginarios.

Hacer cortocircuito. El terapeuta resalta una incongruencia invirtiendo los mensajes verbales y extraverbales con respecto a lo comunicado por el paciente. Así, puede ironizar al mostrarse jocoso mientras

hace una afirmación socarrona de contenido verbal depresivo que cuestione implícitamente y descalifique el mensaje previo del paciente: «¡Qué fatalidad!».

Humor. Hacer uso del humor en psicoterapia no quiere decir ser gracioso o tratar de serlo, lo cual puede resultar artificial e inapropiado. Es «caer bien» y eso no es resultado de chistes o banalidades sino de amabilidad, espontaneidad, buenas formas, buen ánimo y capacidad de transmitir auténticamente una visión optimista de la vida, siendo agradable.

El uso apropiado de los diversos recursos del humor, con tino y discreción, cuando ello es auténtico y viene a capítulo, favorece la comunicación y el *rappport*. Por otra parte, el enseñar al paciente a bromear y asumir con humor sus dificultades, entrenarlo en disfrutar las expresiones artísticas y espontáneas del humor, es dotarlo de un recurso sano con el cual contender con sus limitaciones y las asperezas de la vida. El chiste, ya lo explicaba *Freud*, en ocasiones, refleja en forma irónica el lenguaje del inconsciente, por lo que puede resultar de interés tomar nota de los que utiliza espontáneamente el paciente, y analizarlos eventualmente en la terapia.

Identificación de paradojas. *Bateson* dio luz acerca del papel de las paradojas en los trastornos de la comunicación y en la terapia. Existe una paradoja en la comunicación cuando, por una parte, los progenitores de un adolescente le dicen que puede elegir libremente pareja, profesión, domicilio u otra opción significativa a sus intereses mientras que, por la otra, le hacen sentir que, si no complace el deseo de sus padres al respecto, sería considerado un mal hijo, un ingrato, y que ellos podrían enfermar o, incluso, perder sus vidas producto de su decisión. El manejo de las paradojas y las contraparadojas representa la piedra angular de la terapia de enfoque sistémico.

Ilusión de alternativas. Ocurre cuando damos a elegir a un paciente —en apariencia «libremente»— entre un grupo determinado de opciones, excluyendo sugestivamente entonces la libertad de optar por otras, en este caso perniciosas, que hábilmente se escamotean. Es un recurso de las terapias estratégicas que procura el control de la comunicación con fines terapéuticos.

Implsión. En la línea de recursos de terapia conductual que aprovechan las características propias del comportamiento emocional y de sus leyes, la implsión consiste en someter al sujeto fóbico a una

situación extrema en la que no pueda evadir al objeto temido, pero que no esté en posibilidad objetiva de hacerle daño.

Se hará de modo tal que el paciente experimente el grado máximo posible de ansiedad durante un tiempo controlado y, al no ser reforzado el miedo por sucesos imprevistos o desconocidos –mito habitual asociado a la ideación fóbica– la angustia se va extinguiendo por su propio agotamiento fisiológico. Tras ello, el sujeto emerge vencedor de su temor, adecuadamente apoyado y reforzado por su terapeuta, quien le acompaña y asegura en su experiencia.

Inhibición recíproca (contracondicionamiento). Hay aprendizajes capaces de inhibir o neutralizar aprendizajes previos de signo contrario, favoreciendo su extinción. Tal es el caso del contracondicionamiento por relajación, capaz de inhibir la ansiedad condicionada a la tensión muscular y labilidad vasomotora, determinadas por experiencias distresantes ocurridas previamente en situaciones equivalentes. *Wolpe* desarrolló una técnica para la terapia reflejo-condicionada de la fobia, de gran eficacia y difusión, que asocia la desensibilización y la relajación muscular.

Insight. Producto de la interpretación, la catarsis, la experiencia emocional correctiva, la confrontación u otros procederes en el curso de las terapias analíticas o de situación, el paciente es inducido a profundizar dentro de sí mismo y tomar conciencia del conflicto que lo afecta, ampliando de este modo su capacidad de acción e iluminando su discernimiento sobre las vivencias emocionales y experiencias íntimas relacionadas con su problema. Puede haber interpretación sin *insight* e *insight* sin interpretación, aunque guardan una estrecha relación interna: la toma de conciencia. Es más un mecanismo que un recurso, pero por estar incluido clásicamente entre estos, lo consignamos aquí, en este caso como «provocación de *insight*».

Inspiración. Consiste en facilitar asideros emocionales o espirituales a sujetos deprimidos o en situación de crisis, de modo que los ayuden a encontrar motivaciones o a seguir ejemplos que los estimulen a enfrentar sus problemas. El percibir cómo otros han sabido encontrar soluciones, su compromiso con seres queridos, su lealtad a un ideal, el reconocimiento de valores propios no suficientemente considerados, entre otros posibles elementos activadores, pueden constituir una guía y una fuente de acicate inestimable en estos casos.

Instrucción. Resulta de trasladar al paciente información necesaria acerca de aspectos que de algún modo le están relacionados, con la finalidad de obtener su colaboración y favorecer con ello la asunción de conductas convenientes a su interés y evolución o a la superación de equívocos que pueden resultarle perjudiciales.

Interacción guiada. Tras identificar las dificultades de comunicación en una familia y las conductas que les están asociadas, el terapeuta va modelando los intercambios entre ellos de modo que éstos puedan modificarse en sentido positivo, de acuerdo con pautas de comunicación técnicamente orientadas.

Intermediación. Consiste en interceder entre los miembros de un grupo o una familia, de modo que los unos atiendan y entiendan los planteamientos, intereses y necesidades de los otros, a cambio de una reciprocidad de la cual el terapeuta resulta garante en cierta forma. En terapia individual, se puede aplicar haciéndole ver al paciente el punto de vista de otra persona y entrevistándose por separado con la contraparte significativa.

Interpretación. Recurso básico del psicoanálisis utilizado en la mayor parte de las terapias profundas, mediante el cual, cuando el paciente está «maduro» para ello y, aprovechando el momento propicio, se procede a movilizarle emocionalmente, ventilando explícitamente de modo directo y dando luz sobre un conflicto inconsciente, de modo que el interesado pueda tomar conciencia de un aspecto reprimido de su vida psicológica que resulta significativo a su problema.

Interpretación de necesidad insatisfecha. Muchas veces al interpretar sentimientos, junto al malestar, la tristeza o la disforia, aparece la explicación, el motivo íntimo de ese estado de ánimo: «nadie me hace caso», «no me consideran», «me siento solo», «me ocupo de los demás y nadie se ocupa de mí», «me culpan de todo», etc. Conociendo las necesidades humanas y su papel como motivadoras de la conducta y movilizadoras de los afectos y de las actitudes, comprendemos fácilmente la importancia de sacarlas a la luz cuando están ocultas tras conductas, sentimientos o actitudes del sujeto, de modo que, ventilándolas, el paciente o la familia pueden tomar conciencia de que su insatisfacción o, más probablemente, la forma inadecuada en que han estado tratando baldíamente de satisfacerlas, está detrás de muchas de sus dificultades. En hacerlo explícito radica la esencia del asunto.

Interpretación de sentimientos. El terapeuta va «traduciendo» al lenguaje de las emociones lo que el paciente dice o hace directamente en la sesión, es decir, va inquiriendo sistemáticamente y señalando lo que el sujeto siente tras lo que va expresando o haciendo, con lo que va enriqueciendo progresivamente su nivel de percepción acerca de sus emociones, y va develando la dinámica afectiva, oculta tras la temática que se analiza (hacer temática la dinámica).

Interpretación y modificación de actitudes. Cual la interpretación psicoanalítica, la de actitudes requiere que el paciente esté «maduro» para ello y que el momento sea oportuno para enfrentarlo a las evidencias de que una actitud que asume está creándole problemas; que sus dificultades son, en buena parte, responsabilidad suya, por la posición que mantiene ante ellas. Sin movilización afectiva y conciencia del problema, no hay cambio de actitud. Pero se requiere, a su vez, que el sujeto tome conciencia en ese momento de que su actitud inadecuada es la clave del asunto, y que asuma con fuerza la decisión de cambiar las cosas en relación consigo mismo, que «se llame a capítulo» y haga un esfuerzo consciente para modificar su óptica y su tendencia a reaccionar ante ese tipo de problemas.

Como puede apreciarse, no es más que una modalidad de interpretación, focalizada en la actitud, asociada a una presión emocional y a un compromiso volitivo, que debe apoyarse con otros recursos propios de la terapia de actitudes.

Juego de roles. Consiste en la escenificación –con la participación de los pacientes– de aquellos papeles en que se desea entrenar al sujeto, con vistas a su ulterior clarificación. La creatividad del terapeuta puede hacer de este un recurso de gran utilidad en diversas formas de terapia, tanto individuales como de grupo y de familia. Es más ágil y sencillo que el psicodrama, que es toda una técnica y, por tanto, un conjunto de recursos entre los cuales, como forma peculiar de dramatización, puede estar incluido el proceder que nos ocupa, el cual es una variedad de modelaje mediante la actuación.

Juramento. Como su nombre indica, se trata de un juramento que se repite ritualmente y que compromete moralmente al paciente a asumir determinada conducta ante un grupo significativo para él. La conducta que se asume o a la cual se renuncia, forma parte o representa la esencia del problema. Este recurso, tomado de *Alcohólicos Anónimos*, es utilizado en diversas técnicas de terapia cognitiva.

Lenguaje figurado. El empleo de metáforas, parábolas, juegos de palabras, insinuaciones, ambigüedades del lenguaje, contrasentidos, no sólo pone a prueba la inteligencia, imaginación y capacidad de asociación e *insight* de las personas sino que, en terapia, permite introducir, además, información sugerente en la búsqueda y valoración del sentido y significado de los problemas en debate. Como en el caso de aforismos y refranes –que son modalidades más relacionadas con la síntesis lógica– la actividad del hemisferio derecho y el mundo de las vivencias, los recuerdos y los afectos, son muy afines a este tipo de lenguaje, para el cual la cotidianidad no tiene condicionadas las mismas barreras de represión o resistencia que para los procesos lógico-formales existentes detrás de nuestro lenguaje común.

Ludoterapia. Empleo del juego, la diversión y el deporte con fines terapéuticos (concepción amplia).

Manejo ambiental. Las técnicas ecológicas, el multiempuje en el manejo de las crisis y el enfoque social de la psiquiatría y la medicina contemporáneas, hacen procedente acudir a la red social de apoyo del paciente en su beneficio, o hacer recomendaciones relacionadas con el trabajo u otros aspectos del medio ambiente humano y material que rodean al enfermo. El *manejo de convivientes* es una modalidad en la que se neutraliza la influencia negativa interpersonal de los familiares sobre el paciente, actuando directamente sobre ellos.

Manipulación. El control y dominio de la comunicación para influir en el cambio terapéutico es un objetivo básico en las llamadas terapias estratégicas y de la comunicación, como es el caso de las técnicas descritas por *Jay Haley*. Manipular es controlar al paciente, su comunicación y su conducta y llevarlo a donde uno quiere sin que él sea capaz de evitarlo, utilizando para ello procedimientos paradójicos de comunicación y manteniendo siempre la posición de *estar arriba* (*one up*), la presión emocional y la iniciativa estratégica. Estar seguro de uno mismo, ser asertivo y osado son cualidades que han de acompañar la aplicación de este proceder, rayano en el chantaje altruista, con interés terapéutico.

Mayéutica. A través de preguntas sistemáticas, el terapeuta va haciendo deducir al paciente la esencia de algo que en apariencia ignora –porque nunca lo ha concientizado así– pero que, en realidad sabe, o a cuyo conocimiento está ya en condiciones de acceder por sí mismo. Es la base del *método socrático*, útil tanto en pedagogía como

en terapia. La esencia de la mayéutica estriba en que la persona sea capaz de hallar por sí la solución a un problema con los elementos que ya poseía dentro de sí mismo, conectando eslabones sueltos o bloqueados, a través del diálogo inquisitivo con su interlocutor –el terapeuta en este caso– sin que se aporte información externa complementaria, dejando en evidencia –dentro de lo posible– lo absurdo de su aparataje defensivo, con una lógica que lo confronte y lo acorrale contra sus vivencias y simbolismos más íntimos.

Meditación. Introspección profunda para reflexionar sobre un tema objeto de la terapia, como tarea o, tras ejercicios de relajación, para desarrollar en el sujeto la capacidad de utilizar al máximo sus recursos intelectuales mediante la hiperconcentración.

Meloterapia. Empleo de la música y la danza con fines terapéuticos (concepción amplia que integra la musicoterapia y el psicoballet).

Metacomentario. El terapeuta expresa en palabras la incongruencia entre lo que el paciente verbaliza y lo que comunica extraverbalmente, de modo que se haga evidente que se está negando por un lado lo que se afirma por el otro, capturando *in fraganti* la contradicción.

Modelado (moldeamiento). Se le han conferido diferentes acepciones al término para identificar recursos que pueden ser reconocidos también con otros nombres. Aquí le consideraremos como esculpido o moldeado del comportamiento. Aprovechando la capacidad humana de aprender por imitación, así como de identificarse e introyectar rasgos de figuras significativas, el terapeuta valora un modelo de rasgos o cualidades que el paciente debe incorporar y diseña estrategias para que pueda asimilarlos. Para ello, utiliza aspectos de su propia personalidad o actuación, de auxiliares terapéuticos, familiares del paciente, maestros, coetáneos de su ambiente, etc., y a través del ejemplo, de juegos, de contacto personal o convivencia por períodos de tiempo con los objetos de identificación –entre otros procederes– posibilita al paciente, el grupo o la familia, que se identifique con ellos, con el interés de que los reproduzca de algún modo. Así, ante una madre que no expresa afecto a su hijo, el terapeuta, como quien no quiere las cosas, sienta a este en sus piernas y se pone a jugar con él, o le pasa cariñosamente la mano por la cabeza, mientras conversa con la madre. También puede integrar al paciente, por ejemplo, a un grupo de juegos, para que incorpore patrones de su sexo, o al *psicoballet* para suavizar sus modales a través de la danza.

Cuando un joven ingresa en una escuela de conducta, se le asigna un reeducador para que intime con él, se gane su afecto y su confianza e intente remodelar los rasgos disociales de su comportamiento, favoreciendo la eventual identificación con una figura positiva.

Observación. Todo conocimiento parte de la observación. En terapia, radica fundamentalmente en apreciar lo extraverbal, lo metacomunicacional, el lenguaje de la conducta y la direccionalidad del contexto y señalarlo al paciente.

Orientación asertiva. Variedad de diseño o modelado de conducta en el que se trabaja con el paciente para desarrollar en su carácter rasgos afirmativos, asertivos (*assertive training*). Se le asignan tareas progresivas que lo vayan desensibilizando de su inhibición o fobia social: saludar, decir que no, entablar conversación con otras personas —particularmente con desconocidos— piropear a una joven, hablar en un grupo, aprender a bailar, dar opiniones empleando reiteradamente la primera persona del singular, etc. El *ensayo asertivo* es un juego de roles en el que se ensayan comportamientos afirmativos identificados como significativos en el *assertive training*.

Paradoja. Consiste en poner al paciente o a la familia en una situación en la que no le sea posible salirse del marco referencial o conductual establecido por el terapeuta, y de las reglas trazadas por este en su control de la comunicación sin cambiar su conducta o las propias reglas del juego del cual los síntomas son expresión. Si se ordena a un sujeto ser espontáneo, o se le prohíbe la prohibición, se están dando órdenes paradójicas. La diferencia con la contraparadoja es que, en la que nos ocupa, el terapeuta crea una paradoja terapéutica para una conducta que no es expresión de una paradoja y, en aquella sí.

El budismo zen enseña a sus discípulos lo siguiente: «Levanta tu cabeza... te golpearé con esta rama. No levantes tu cabeza porque te golpearé con la rama». El iniciado levanta su mano y toma firmemente el brazo del maestro, impidiéndole golpear. Ante esa paradoja es imposible obedecer: la única solución para evitar el castigo es modificar el contexto en que este se hace posible.

Pedir opinión. Como su nombre indica, este recurso estimula la comunicación, el diálogo y la proyección. Compromete al paciente a dar su enfoque acerca de un contenido que el terapeuta, por alguna razón, considera procedente ventilar.

Pensamientos marginales. En su exposición acerca de una temática determinada, el paciente –en ocasiones– «deja caer» una asociación al margen, que aparentemente no viene al caso y a la cual de inmediato resta importancia, continuando su exposición central. Esto no debe pasar inadvertido para el terapeuta, quien deberá tomar nota mental sobre el asunto y hacer volver al paciente sobre ello cuando la ocasión lo aconseje. Cual los actos fallidos y otros fenómenos abordados por Freud en su *Psicopatología de la vida cotidiana*, tales pensamientos marginales suelen tener valor como producto de la actividad psicológica inconsciente, y pueden ser expresión de material reprimido, escapado de la «censura» por asociación involuntaria; de ahí que sean fuente potencial de análisis.

Persuasión. Consiste en el análisis racional con el enfermo de la inoperatividad de sus valoraciones o conductas inadecuadas, las cuales le provocan dificultades. El convencimiento lógico es utilizado cuando el terapeuta sabe que el paciente está en un error y que la clave para la solución de un problema está en la adecuada comprensión de la esencia del asunto. Por un imperativo ético de primer orden, el terapeuta no utilizará la persuasión si no está absolutamente seguro del carácter estrictamente lógico y del fundamento científico irrefutable de lo que por este medio arguye o fundamenta ante el paciente.

Planteo de dilemas. Con vistas a favorecer el esclarecimiento, la concientización y la correcta toma de decisión, se somete al sujeto a encrucijadas (cognoscitivas, emocionales, conductuales) en las que se ve compulsado a la confrontación de intereses y necesidades aparentemente contrapuestas, de acuerdo con lo revelado o insinuado por él mismo, haciéndolo de manera que no pueda evadir fácilmente su compromiso personal de tomar partido en el asunto.

Ponerse uptime (experiencia sensorial directa). Para la terapia neurolingüística, esto significa incorporar a la experiencia sensorial del terapeuta el dominio de las claves y anclajes de la comunicación extraverbal, lo que le permite operar directamente con sus interlocutores y orientarse terapéuticamente sin necesidad de estarse introspeccionando y sometiendo su comunicación a un control consciente permanente. Para esta escuela, constituye un recurso imprescindible. Al decir de Minuchin, el terapeuta está en condiciones de ser tal cuando la técnica estudiada pasa a ser como una prolongación

natural de su propia personalidad, expresándose en sus procesos comunicacionales de una manera espontánea, intuitiva, refleja, flexible y abierta a las características peculiares de cada relación de ayuda, de modo que los recursos técnicos hayan pasado a ser una parte integrante de sus propios recursos humanos.

Preguntas. El arte de preguntar es esencial en psicoterapia. Se cuestiona de modo que no pueda responderse con monosílabos sino que incite a pensar y reflexionar. Hay muchos tipos de preguntas: abiertas, cerradas, de alternativas, condicionadas, de planteo negativo, de confrontación, de relación, de comprobación, de encuadre, de evaluación, etc. *Sullivan* en *La entrevista psiquiátrica*, sienta cátedra al respecto.

Prescripción de síntomas. También conocida como *orientación paradójica* o *intención paradójica*, consiste en «dar más de la misma medicina». Terapeutas conductuales, estratégicos y sistémicos coinciden en la utilización de este recurso, que pone al paciente en una situación paradójica. Se indica la aparición del síntoma, habitualmente modificando su frecuencia, intensidad y oportunidad; así, a un paciente con tics se le pide cuente ante un espejo cuántas veces en un minuto este aparece. Entonces se le pide que, reloj en mano, provoque el tic el triple de veces por minuto que cuando se presentó espontáneamente y que repita esta operación, –por ejemplo– durante 10 minutos a 3 horas fijas por día, durante 10 días, citándole de nuevo al término de dicho período. Sorprendentemente, muchos tics han desaparecido o disminuido significativamente al cabo de este término. El hacer voluntariamente un acto esencialmente involuntario, introduce una modificación externa en su programa neurodinámico inconsciente, insertando, además, elementos conscientes para su control. Como se puede apreciar, resulta una modalidad concreta de paradoja.

Presión individual y de grupo. En ciertas condiciones, excepcionales, el terapeuta puede compulsar al paciente a proyectarse o actuar en determinada dirección, por ejemplo, aceptar un ingreso imprescindible, dar su criterio sobre un dilema familiar trascendente o tomar una decisión impostergable que interesa a otro miembro de la familia. En un grupo o familia se puede presionar colectivamente a determinados miembros a desarrollar conductas que, de otra manera estos no efectuarían. La opinión del grupo puede tener más in-

fluencia sobre el paciente que una orientación individual: un compromiso asumido por un padre en una terapia familiar puede tener más efectividad que ese mismo compromiso en una entrevista en privado con el terapeuta.

Programa conductual. Se establece de acuerdo con los pasos que señalo a continuación:

- Especificar las metas terapéuticas.
- Determinar la línea de base actual.
 - Descripción de la conducta sintomática al inicio.
 - Construcción de jerarquías (*test* comportamental).
- Estructurar la situación lo más favorablemente posible.
- Establecer los reforzadores positivos.
- Crear las condiciones necesarias.
- Moldear el comportamiento deseado.
 - Reforzar las aproximaciones paulatinas a las metas terapéuticas.
 - Aumentar gradualmente el criterio de refuerzo.
 - Presentar el reforzamiento contingente con el comportamiento.
- Posibilitar la generalización de la conducta adquirida.
- Reforzar intermitentemente.
- Conservar registros continuos y objetivos.
- Seguimiento del caso.

Puentear. En PNL, cuando se ha logrado integrar en el recuerdo recursos positivos a la representación de una experiencia desfavorable del pasado, desapareciendo las manifestaciones desagradables que acompañaban a aquella en dicho recuerdo, se procede entonces al *anclaje* de estos nuevos recursos a las *claves* contextuales que dan acceso a los síntomas en la situación presente, lo cual ha sido llamado «acompañamiento al futuro» por *Grinder* y *Bandler*. Entonces la acción benefactora de la experiencia reconstruida se extenderá a las vivencias actuales y futuras del paciente. Se habrán establecido condicionamientos que operan como puentes entre el pasado y el futuro.

Rapport. Clima afectivo cálido y sincero, de mutua aceptación y simpatía, que propicia una buena relación terapéutica, favorece la comunicación y disminuye las defensas. No debe confundirse con la relación transferencial puesto que es expresión del carácter favorable

per se del vínculo establecido y no reflejo iterativo de configuraciones parentales ajenas a la relación.

Reducción al absurdo. El planteamiento o la conducta del paciente que el terapeuta quiere descalificar, se fundamenta en su favor de forma exagerada, con argumentos que ponen en evidencia su incompatibilidad con la lógica o con el contexto; llegado a un extremo, se hace evidente para el paciente que su posición es insostenible, porque en la medida en que se le da la razón, queda descaracterizado. Es la utilización consciente de un mecanismo de defensa homónimo, para obtener un objetivo terapéutico.

Reencuadre. El terapeuta resume lo analizado, reenmarcando la situación dentro de un contexto coherente con el curso y objetivo de la terapia, es decir, soslaya lo periférico y evita que el análisis se vaya por las ramas, con lo que compulsa al paciente a ir al centro de lo que se analiza, reformulando la esencia de lo debatido en forma clara y diáfana, de modo que se favorezca con ello la profundización y encauce del diálogo terapéutico.

En otras ocasiones, reenmarca la temática y el foco de la sesión en una dimensión nueva, reorientando el análisis con óptica distinta a la expuesta, es decir, da otro sentido u objetivo al trabajo terapéutico a partir de allí. También se aplica al promover otro significado a la percepción del evento vital involucrado, o del problema en su conjunto.

Reformular. El terapeuta retoma un planteamiento del sujeto y lo expresa en otras palabras, de modo que el paciente pueda escucharlo en boca de otra persona, dicho de una manera que le permita analizar no solo si es eso lo que quiso decir, sino más que eso, captar ciertos matices más profundos implícitos en lo expuesto. Frecuentemente el terapeuta reformula con lenguaje de sentimientos o de esencias, en forma de interrogantes, para esclarecer o para poner a pensar.

Reforzamiento mediado. Conocido por *token economy* (economía de fichas), por ser ésta la modalidad de terapia conductual que da origen al recurso, consiste en utilizar de forma contingente a la respuesta que queremos promover, un refuerzo cuyas características son peculiares, por cuanto el premio —estímulo en sí mismo— no es sino un instrumento intermediario para la obtención de ciertos estímulos materiales o sociales. Estos han de ser de valor para el sujeto, con

diversas opciones o alternativas de elección, de acuerdo con sus méritos y esfuerzos, lo cual resulta altamente terapéutico. El uso de fichas, vales, tarjetas de crédito, monedas, representan el instrumento del refuerzo: permisos a domicilio, prendas de vestir y artículos de uso personal en una tienda, boletos para espectáculos culturales o deportivos, golosinas, excursiones, extensión de pases, etc.

Refranes y folklore. Por ser portadores de esencias, los refranes, aforismos, proverbios y máximas provenientes del folklore, acceden en forma privilegiada al hemisferio cerebral no dominante, más cercano a los afectos, las vivencias y la síntesis esencial que el «frío» y «lógico» hemisferio dominante. De ahí que su utilización oportuna en el diálogo psicoterapéutico alumbra el entendimiento con esencias útiles a la situación específica que se esté valorando. Por ello es recomendable beber en sus fuentes, a tono con la sabiduría que acumulan la tradición y la cultura de los pueblos.

Regresión hipnótica. Mediante sugestión, el paciente es llevado a revivir recuerdos olvidados de su más temprana infancia –incluso de etapas preverbales del desarrollo personal– tras lo cual se maneja el material recogido con el paciente, dentro o fuera del trance hipnótico. Hay autores que afirman obtener «regresión a vidas pasadas» y utilizan dicho material para la terapia, pero considero esto sale de la jurisdicción científica para caer en el campo de la fe y de las construcciones sugestivas (lo cual pudiera tener efecto terapéutico si se manejase como imaginación y no como acto de fe).

Regresión parcial estructurada. Variedad de regresión hipnótica en la cual, luego de anclar en el paciente sentimientos de seguridad y confianza, se le induce a memorizar en sus diversos detalles la vivencia traumática original. En esta aparecían disociados componentes esenciales de la experiencia que no pudieron ser integrados en el recuerdo y que, utilizando las claves de acceso a los sentimientos señalados de seguridad y autoconfianza, se pueden integrar ahora en la experiencia total. Ello puede eliminar los síntomas fóbicos asociados en una forma muy rápida, sobre todo cuando este recurso es acompañado por un adecuado «puenteado» hacia el futuro.

Relacionar. Establecer o destacar nexos entre contenidos, hechos, situaciones, vivencias, conductas. Establecer asociación entre síntomas y contextos, entre estados de ánimo y contenidos de pensamiento, entre otros, modos de trabajar condicionamientos y proyectar

luz sobre el sentido y significado de diversos fenómenos de interés para la terapia.

Relajación. Vivencia sensorial y emocional de tranquilidad o quietud que se experimenta cuando por autoconcentración o heterosugestión el paciente logra aflojar sus músculos significativamente, obteniendo una sensación de peso, calor y placidez de probado beneficio fisiológico y psicológico para el tratamiento del distrés, la ansiedad y numerosos trastornos psicósomáticos.

Reorientación e integración cognitiva. Partiendo del reconocimiento de la importancia de la subjetividad en la experiencia humana, de las consecuencias emocionales de las creencias irracionales y de la unicidad del fenómeno psicológico, este recurso va encaminado a modificar la valoración y percepción que se tiene de la realidad producto de dichas suposiciones erráticas. Estas creencias y vivencias que no se corresponden con la realidad misma, así como los pensamientos automáticos que les están asociados, son modificados mediante esfuerzos didácticos, cognitivos y conductuales en esa dirección.

Responsabilizar. Por similares motivos que en el caso del esclarecimiento, responsabilizar —por ejemplo— a un adolescente reticente con el devenir de su terapia, o a un miembro de una familia en cura con una conducta que se quiere propiciar, puede tener importancia terapéutica. Consiste en comprometer con tareas, delegar autoridad o solicitar protagonismo en un momento significativo del tratamiento. También, en una transacción en la cual el terapeuta intermedia, este puede dejar definido el compromiso que contrae cada quién, esclareciendo el nivel de responsabilidad que a cada cual corresponde, haciendo ver que el resultado depende precisamente de ellos. Promueve el desarrollo, la independencia, el compromiso y la maduración.

Responsabilizar a las partes. Consiste en hablar directamente a los procesos inconscientes mediante sugestión, y tratar con las «partes» en conflicto del sujeto, cual con alter-egos internos, buscando transacciones y responsabilizando específicamente a estas con aspectos parciales del comportamiento futuro del paciente. Es un recurso coadyuvante en el proceso de reencuadre que propugna la PNL y que, evidentemente, descansa en estados disociados de conciencia.

Respuestas sustitutas. Mediante la indicación de conductas alternativas, se intenta desviar la atención e interrumpir la respuesta

sintomática. Así, ante la avidez por beber se hacen ejercicios, se visitan amigos, se busca distracción u ocupación en actividades sustitutivas que alejen del tóxico.

Resto irresuelto (pars pro toto). Al valorar las dificultades que presenta un paciente o una familia, el terapeuta identificará las esenciales y concentrará su acción sobre ellas, sin pretender abarcarlas a todas. La práctica ha demostrado que, al ser resueltos los problemas básicos, el paciente o la familia están en condiciones de resolver los restantes por sí mismos, siendo frecuente que, por la interconexión interna entre ellos, por el aprendizaje implícito así como por los procesos de generalización, la mayoría desaparezca por sí sola. Este recurso es particularmente válido en terapia breve.

Retiro espiritual. Con fines de meditación, descanso, de «purificación espiritual» de tipo religioso o humano (por ejemplo, meditación trascendental), asociado al aprendizaje de ejercicios yoga, a la participación en *grupos de encuentro* u otro tipo de ejercicios afines, en grupos de autoayuda o experiencias existenciales de matiz similar, se puede estimular en los pacientes el buscar por sí mismos la armonía interior, sobre la base de los recursos que proveen la cultura, la religión, la filosofía y la psicología –de acuerdo con su ideología y las diversas ofertas sociales existentes–, lo cual puede coadyuvar a su recuperación.

Rituales. Para crear hábitos convenientes, para dar oportunidad a la acción, o como expresión de intención paradójica –en terapia familiar sobre todo–, se pueden indicar acciones ceremoniales más o menos complejas, asociadas con la realización de determinadas actividades o en situaciones específicas. Se puede orientar, por ejemplo, que cada miembro de la familia bese en la mejilla a los restantes miembros del núcleo presentes cada vez que entre o salga del hogar; o que se sienten juntos cada tarde a comer y hagan 15 minutos de sobremesa, conversando amigablemente sobre tópicos del día.

Sensaciones físicas. Tan temprano como desde el nacimiento mismo, el contacto piel con piel y las caricias constituyen comprobado factor de intercambio y desarrollo emocional. La utilización de maniobras como tomar la mano de una paciente viejecita, sentar a un niño en las piernas, dar una palmada afectuosa en el hombro de un adolescente al despedirle, pueden alcanzar importante connotación terapéutica. La *estimulación sensorial* al niño autista, la *focalización*

sensorial en terapia sexual, la *biorretroalimentación* en medicina psicosomática, son ejemplos particulares de la utilización sistemática de este tipo de recursos.

Señalamiento. Observación atinada, en oportunidad adecuada, que focaliza la atención del paciente en una conducta suya o en una situación significativa en que está involucrado, y que puede relacionarse con su problema.

Silencio. Como forma de comunicación el silencio puede tener múltiples significados, los cuales podemos identificar de acuerdo con la actitud y el contexto en que se enmarque. Saber controlar nuestro propio silencio y el del paciente, el equipo o la familia, alcanza un valor importante en la terapia.

En particular, manejar el valor emocional del silencio como fuente de tensión y ansiedad en la sesión puede permitirnos el control de la comunicación y la ruptura o eclosión de las defensas del paciente, para su análisis ulterior. En un silencio tenso, habitualmente, el que lo rompe cede el control a su interlocutor. Bien manejado, en el momento apropiado, un silencio prolongado permite el crecimiento en marea montante de la angustia neurótica, llegando en ocasiones a romper defensas y favorecer la catarsis. Mientras más inseguro el sujeto, más incómodo y presionado se suele sentir en situaciones tensionantes de silencio.

Silla vacía. Recurso propio de la llamada *terapia de duelo* mediante el cual el terapeuta, utilizando un asiento vacío, pone al paciente deprimido a conversar con la persona fallecida o ausente, supuestamente sentada en dicha silla, de la cual escuchará –por su propia boca, de la del terapeuta o de la de un familiar allegado que se sienta en ella en representación del ausente– lo que esta persona tiene que decirle, habitualmente en relación con sus sentimientos de culpa, las actitudes asumidas o las formulaciones inspirativas que las circunstancias demandan. El diálogo imaginario, en el cual el terapeuta puede fungir como intermediario, permite ventilar sentimientos de gran carga afectiva y, por su elevado poder sugestivo y su efecto catártico, puede alcanzar un importante efecto terapéutico.

Subrayado. Consiste en remarcar algo que se ha dicho o ha sucedido, para dar fe de su importancia y facilitar que el paciente pueda focalizar su atención sobre ello y profundizar en el particular, si es procedente.

Sugestión. Empleo profesional de la influencia activa de la personalidad, la voluntad y las formulaciones verbales del terapeuta sobre

el estado emocional y el contenido psíquico del paciente, quien asume subliminalmente dicha influencia como voluntad propia, en forma pasiva y sin someterla a la crítica consciente. A través de ella se eliminan y modifican síntomas o se incide en el estado de ánimo, las valoraciones, el comportamiento y las eventuales decisiones del paciente.

Modalidades terapéuticas como la *hipnosis*, la *programación neurolingüística*, la *sugestión vigil*, el *narcoanálisis* y la *ensoñación vigil*, utilizan este recurso como instrumento primordial. La *autosugestión* es una modalidad en la que se enseña al paciente a influir sugestivamente sobre sí mismo, a través de la autorreiteración sistemática de determinada formulación mental.

Tareas. Procedente de la terapia conductual, este recurso se ha generalizado y se emplea en los más variados contextos conceptuales. Como su nombre indica, consiste en definir con el sujeto acciones o responsabilidades que debe cumplir entre sesiones, expresadas en conducta concreta y medible, dando al paciente oportunidad de ejercer un rol activo en la cura y posibilitando la retroalimentación, con criterio skinneriano. Es importante la participación consciente del sujeto en la formulación de su tarea. En la terapia grupal y en la familiar, todo el grupo debe laborar en el diseño de estos comportamientos, mientras que el terapeuta tiene un rol de coordinador y reformulador de la tarea orientada.

Técnicas de diversión. El empleo del tiempo libre en actividades recreativas, culturales, deportivas, de intercambio amistoso, lúdicas, filantrópicas, etc., representa un importante recurso psicoterapéutico. La risa cumple una función restauradora no sólo sobre la psiquis; está comprobado su efecto benéfico sobre el metabolismo, las defensas biológicas, la sexualidad y el estrés. En su acepción más amplia, consiste en mantener al paciente concentrado en otras actividades que le distraigan de su preocupación principal, tal vez insoluble o de la que se requiere descansar.

Tema del día. Muy útil en las terapias grupales, este recurso se emplea en todas las terapias de *insight*, las evocativas, racionales, etc. Consiste, como su nombre indica, en focalizar la sesión en el análisis de un tema determinado, el cual sirve de punto de partida para la aplicación de otros recursos en consonancia con la técnica que se esté aplicando. Puede tratarse, en terapia grupal, del análisis del «caso del día», la ventilación de un asunto que el terapeuta considera pro-

cedente, el debate acerca de un tema que se expuso previamente, entre otras muchas posibilidades. Cuando se utiliza este recurso, se trata en lo posible de mantener durante la sesión el análisis dentro del marco de este contenido, con la finalidad de aprovechar sus potencialidades al máximo posible, en interés de la terapia.

Técnica de repetición. Tomado de la llamada *terapia de sector*, consiste en repetir, por parte del terapeuta, la última palabra, la última frase o las muletillas que utiliza el paciente, para facilitar el flujo de sus asociaciones mentales y, por ende, de su comunicación. El paciente no suele percatarse de que, con ello, el terapeuta lo va conduciendo en la ventilación de un tema, induciéndole a comunicar.

Trance. Estado modificado o particular de la conciencia que se induce mediante sugestión profunda para provocar cambios en el paciente, quien, al modificársele su modelo habitual del mundo, se abre ante diferentes posibilidades. Al trance se llega logrando acceso a parámetros de la experiencia de los cuales la persona es inconsciente. En él, la crítica consciente queda inhibida y el terapeuta comunica directamente con la actividad psíquica inconsciente o «conciencia modificada», que discurre bajo su influencia.

Transacción. Aunque se han otorgado otras acepciones al término, llamamos así cuando el terapeuta promueve que el paciente modifique algo de su conducta, puntos de vista o sentimientos a cambio de expectativas sobre la modificación del comportamiento de otros, de una intermediación que se compromete a realizar con un tercero, o de gratificaciones sustitutivas que le hace comprender a este pueden responder de modo semejante a sus necesidades. En terapia familiar o de pareja, un miembro cede en un comportamiento o punto de vista a cambio de que otro, u otros operen una modificación equivalente a su favor. Este recurso no tiene nada que ver con la llamada *terapia transaccional* de *Eric Berne*, que descansa en conceptos y procederes diferentes al expuesto.

Transición. En la conducción de la entrevista el terapeuta obtiene información guiando dentro de ciertos límites la temática que aborda el paciente, facilitando la exposición, encauzando el tema o cambiándolo de acuerdo con las conveniencias de la terapia. Consiste en mantener el control de lo que se va tratando, pasando sutilmente de un aspecto a otro dentro de un mismo tema, o provocando el cambio a otro que se le relaciona o que nada tiene que ver con aquel. Las

transiciones pueden ser *suaves, moderadas o bruscas*, de acuerdo con la forma en que encaucen (imperceptiblemente, de modo claro pero sin brusquedad o de manera abrupta y contrastante) la información que se va obteniendo.

Transpolación. Consiste en sacar de su contexto un tema, una conclusión, una acción, una actitud o una situación, y aplicarla a otro con el que se quiere contrastar, o a cuyo radio de acción se pretende extender —por la relación interna que guardan—, en interés de la terapia. Pretende aprovechar la capacidad de generalización del paciente en su propio beneficio.

Universalización. Al comprobar el paciente que otras personas tienen problemas o sentimientos similares al suyo, por un mecanismo de generalización, suele sentir alivio a sus tensiones y la tendencia a compartir con estos su pena e intercambiar con ellos acerca de su situación. Esto es aprovechado por el terapeuta como un recurso inductivo, habitual en técnicas grupales, propiciando tal tipo de experiencias beneficiosas a la catarsis, el análisis y la socialización.

Validación consensual. Hacer que el sujeto perciba cómo lo ven. Validar sus opiniones con el consenso interpersonal. Conocerse a sí mismo y la congruencia de su percepción del mundo, a través del *feedback* que representa para él la percepción de los demás. Este es un recurso imprescindible en la terapia de actitudes, sea esta individual, grupal o familiar.

Ventilación. Análisis de un problema de valor para el paciente que permite, de una parte, el desahogo emocional y, de otra, el esclarecimiento de un tema significativo, por su contenido, para el curso de la psicoterapia.

Videotareas. Se filma la sesión y se editan partes de ella para discutir las directamente con el paciente en una sesión posterior. También se le puede prestar la cinta para que vuelva sobre ella en su hogar y pueda verla a solas, luego de discutido algún asunto que conviene objetivar de ese modo (útil cuando hay evidencias que el paciente no quiere reconocer). Favorece la experiencia emocional correctiva. Se emplea para discutir con los interesados sesiones de grupo o de familia.

Visualización. A través de una inducción hipnótica se lleva al paciente a imaginar vívidamente, con participación progresiva de sus cinco sentidos, escenas creativas llenas de fantasía —apoyándose prefe-

riblemente en recuerdos positivos del sujeto—, las cuales le son presentadas secuencialmente. Estas imágenes sensoriales inducidas influyen, en virtud de la correlación psicofísica, sobre sus reacciones fisiológicas favoreciendo la expansión sensorial, la relajación, la activación de facultades latentes y, con ello, la corrección de ciertas vivencias, estados o conductas sintomáticas.

Working through. Término psicoanalítico que describe el proceso psicoterapéutico intersesiones, consistente en que lo analizado y procesado en la entrevista sigue «trabajando» inconscientemente en el sujeto, prospectivamente —en el sueño y durante la vigilia—, de modo que aprendizaje y concientizaciones pueden hacerse patentes de forma espontánea en el medio ambiente del sujeto, a la vez que este «trabaja por cuenta propia en relación con lo tratado» va preparando al paciente para análisis posteriores. Pudiera compararse al *downtime* en el procesamiento de la información, de acuerdo con la jerga de la computación. Se comporta más como un mecanismo de la terapia que como un recurso técnico, en el sentido estricto de la palabra. El terapeuta puede también orientar el trabajar conscientemente entre sesiones determinados asuntos, a modo de «tareas por cuenta propia».

8.6 COMUNICACIÓN Y PSICOTERAPIA

De acuerdo con *Shannon*, la comunicación es un proceso mediante el cual un elemento llamado *emisor* logra transmitir a través de un *canal* un tercer elemento, el *mensaje*, a un *receptor*, de acuerdo con un *código* preestablecido, común a emisor y receptor, que da significado al mensaje y posibilita la *codificación* y *decodificación* de la información. La comunicación queda establecida cuando el emisor recibe la *retroalimentación* del receptor de que ha sido recibido el mensaje. Tiene lugar en un *contexto* que la posibilita y de donde proceden los *ruidos* que la interfieren.

Información es toda *señal* sobre fondo aleatorio. Las señales son *datos* portadores de un *significado* determinado por el código.

Estos elementos que escuetamente consigno son esenciales para la comprensión del concepto. La psicoterapia se ha venido enriqueciendo con el desarrollo de la *teoría de la información* y los *enfoques cibernéticos*. El estudio de su aplicación a las técnicas de terapia

concentra el mayor interés de los científicos y los terapeutas en las últimas décadas. Ya desde *Pavlov*, al hablarse de primer y segundo sistemas de señales, venía abordándose la temática. En estas páginas, daremos una breve información sobre algunos aspectos que nos parecen de interés.

8.6.1 FORMAS DE COMUNICACIÓN HUMANA

Verbal

- Intencional
- No intencional

Extraverbal

- Químico-olorosa
- Táctil
- Térmica
- Lumínica
- Vibratoria
- Por sonidos no verbales
- Por el tono y la inflexión de la voz
- Por movimientos
 - mímica
 - pantomímica
 - por gesticulaciones
 - por posturas
- Por instrumentos
 - escritura
 - obsequios
 - vestuario
 - ambientación
 - favores
 - expresiones estéticas o artísticas
 - electrónicos (radio, video, internet)
 - agasajos y festividades
- Por silencio

De acuerdo con el *canal preferencial* que se utilice, la comunicación humana puede ser clasificada también en *sensorial*, *verbal (racional)*, *emocional* y *conductual*; la comunicación sintomática es expresión de esta última.

En definitiva, todas ellas usan los canales sensoriales, sin los que resulta imposible su percepción para el cerebro, pero hablamos de comunicación sensorial cuando las formas que expresamos o concientizamos se basan específicamente en las sensaciones directas e inmediatas de los órganos de nuestros sentidos, lo que las diferencian del lenguaje verbal o del lenguaje específico de la emoción o la conducta, que se modelan y representan secundariamente a partir de la experiencia sensorial, como veremos en su oportunidad. El lenguaje verbal o racional se conoce también como digital, y los restantes como lenguaje o comunicación analógicos. Al comunicar se han de tener en cuenta los dos niveles a los cuales se comunica: el nivel del contenido –propio de lo cognitivo o digital del mensaje– y el nivel relacional, referente a lo efectivo, extraverbal o analógico, el cual califica la comunicación.

Los canales sensoriales poseen una riqueza comunicativa extraordinaria en nuestro oficio. La *programación neurolingüística* nos revela su relación con los procesos no conscientes de las personas, su descifrabilidad y la factibilidad de establecer contacto terapéutico interpersonal mediante la experiencia sensorial directa, a través de los canales de entrada y salida de tipo visual, auditivo, kinestésico y olfativo-gustativo, sin necesidad de un control activo continuado por parte de la conciencia. A ello, en parte, nos referimos en el epígrafe de mecanismos (8.2) y en el de recursos técnicos en psicoterapia (8.5).

Las formas extraverbales o analógicas también se conocen como metacomunicación, partiendo de la teoría de los tipos lógicos de *Bertrand Russell* y de los postulados de *Bateson* acerca de que estas formas califican la comunicación y, por tanto, alcanzan preeminencia comunicacional sobre el mensaje verbal que suele acompañarlas (particularmente en contextos de incongruencia).

Es importante resaltar que no debe apreciarse la comunicación humana como un proceso lineal que transcurre entre el emisor y el receptor de un mensaje, como esquematizara en su tiempo *Shannon*. Es un proceso helicoidal y abierto en el cual dos o más sujetos intercambian información y donde cada uno aporta de su propia

subjetividad a la interpretación de la información. De ahí que el esquema mecanicista inicial sujeto-objeto haya sido superado por una relación cibernética sujeto (social)-sujeto (social), dándose la posibilidad de modalidades de comunicación sujeto-sujeto, sujeto-grupo y grupo-grupo, en las cuales la información en curso es continuamente enriquecida y permeada por lo social, reverberando helicoidalmente de uno a otro interlocutor, influida por afectos e intereses –de incuestionable trasfondo social– que le matizan de subjetividad, aunque sin perder su carácter objetivo como reflejo esencial de la realidad. Esto quiere decir que ningún receptor percibe un mensaje exactamente igual a como lo tenía en mente el emisor, y este proceso se hace patente de igual forma con relación a terceros, lo cual en el contexto de la psicoterapia, como en pedagogía, quiere decir que lo «válido» o efectivo de lo que se comunica no es exactamente lo que expresa el terapeuta sino lo que de ello entienden el paciente y el grupo, por lo que si estos malinterpretan un mensaje, el responsable será siempre el terapeuta que lo emitió sin tomar en cuenta las particularidades semánticas de sus interlocutores, ni «chequear» su adecuada comprensión mediante una correcta valoración del *feedback*.

Vienen entonces a capítulo los cinco «axiomas pragmáticos» de *Watzlawick*, que reproducimos a continuación:

1. No es posible la no-comunicación.
2. Cada comunicación implica un aspecto de contenido y un aspecto de relación, condicionando el último al primero.
3. La naturaleza de una relación queda condicionada por la valoración de los procesos comunicativos por parte de los interlocutores.
4. La comunicación humana utiliza modalidades digitales y analógicas. Las digitales poseen una sintaxis lógica compleja y diversa, pero su semántica es insuficiente a nivel de las relaciones. En contrapartida, las analógicas poseen este potencial semántico, pero carecen de la sintaxis lógica necesaria para que las comunicaciones sean claras.
5. Los procesos de comunicación interpersonales son simétricos o complementarios, según la relación entre los interlocutores se base en la igualdad o la diferencia.

Por último, hemos de referirnos al llamado «efecto de Pigmalión»: nuestra expectativa sobre alguien es capaz por sí misma de condicio-

nar su comportamiento. Muchas profecías se autorrealizan porque nuestra actitud influye poderosamente en su materialización. Es por eso que el hijo «mala cabeza» puede tomar el mal camino y el alumno que consideramos «despierto» y al que auguramos éxito profesional obtiene mejores resultados académicos que otros en los que no reconocemos brillantez, aunque un IQ independiente pueda sugerir otra cosa. Así en psicoterapia, cuando un paciente piensa que es fatal y que un suceso desfavorable le va a impedir lograr un propósito, de seguro algo ocurre; y cuando ponemos en el grupo nuestra confianza en el progreso y el crecimiento personal de alguien, ya le estamos aplicando psicoterapia.

Rosenthal, de Harvard, explica el fenómeno de las expectativas positivas que se realizan, atribuyéndolo a los siguientes factores:

- Clima socioemocional más cálido.
- Mayor *feedback* sobre los resultados que se alcanzan.
- Más información y exigencia.
- Más oportunidades para preguntas y respuestas.

Estas expectativas se comunican inconscientemente mediante el lenguaje corporal, la voz y la forma de relación.

En la medida en que el terapeuta obtenga una mayor identificación de los pacientes con él, más eficaz será la comunicación y mayor la influencia de esta sobre un cambio en la actitud de ellos.

Tomar en cuenta los distintos aspectos considerados resulta necesario al psicoterapeuta para cumplir con las exigencias de su responsabilidad profesional como experto comunicador y eficaz suministrador de ayuda.

8.6.2 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN DE ACUERDO CON EL MENSAJE

- | | |
|-------------|---------------|
| · Clara | · Enmascarada |
| · Directa | · Indirecta |
| · Adecuada | · Inadecuada |
| · Verdadera | · Falsa |
| · Sincera | · Deshonesta |

- Inmediata
- Personal
- En vivo
- Mediata
- Intermediada
- Documental

Una comunicación será más funcional cuanto más atributos consignados en la columna de la izquierda contenga.

8.6.3 VARIEDADES DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

- Información
- Explicación
- Convencimiento
- Sugestión
- Metacomunicación
(comunicación sobre la comunicación)
- Imitación
- Coacción
- Señalización
- Telecomunicación

Pueden considerarse subvariedades con identidad propia las siguientes:

- Insinuación
- Cuestionamiento
- Contradicción
- Paradoja

LA ESCUELA CUBANA DE PSICOTERAPIA

9.1 INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo xx se produjeron grandes cambios en Cuba. El ejercicio y la conceptualización de la Medicina y la Psiquiatría no fueron ajenos a las transformaciones sociales y a los debates ideológicos de todo tipo que caracterizan una sociedad en revolución. En la isla, dos sistemas sociales, dos cosmovisiones poderosas chocaron de frente. Tan así fue que el mundo se vio casi al borde de un cataclismo nuclear cuando la «crisis de los misiles», en octubre de 1962. Nunca el planeta estuvo tan cerca del holocausto como en aquella ocasión. No fue casual. La Revolución cubana devino un acontecimiento trascendente dentro y fuera de las fronteras del país, con múltiples lecturas e impacto en las más diversas esferas de la vida.

En el plano de la psicoterapia –tan cercana a las ciencias del hombre– la medicina cubana al triunfo de la Revolución, tenía la hechura de Occidente, con nuestros profesores formados bajo la influencia norteamericana y europea. Sólo 90 millas separan nuestras fronteras de Estados Unidos, país que junto a Francia y España, tuvo siempre gran ascendencia en la formación de nuestros médicos, procedentes, por regla general, de familias pudientes. Llegó entonces el marxismo a nuestras cátedras universitarias; con él, la influencia de la Psicología soviética, los aportes de las investigaciones de *Pavlov* y sus continuadores y una irrupción de lo social en todas las esferas de la vida, lo cual confirió su impronta tanto al debate académico como a la práctica profesional en la Medicina y, muy en particular, en la Psiquiatría y la Psicoterapia.

El profesor *José Angel Bustamante O'Leary*, el más importante de nuestros psiquiatras de este siglo, reconocido como tal durante las

décadas del 50, el 60 y el 70 fue en reiteradas ocasiones y hasta su disolución, presidente del Colegio Médico Nacional. Miembro fundador y presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), desempeñó la vicepresidencia de la Academia de Ciencias de Cuba, la dirección del Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro y coordinó el Programa INTERMOZG para el estudio de las neurosis por parte de las academias de ciencias de los antiguos países socialistas. Formado en el psicoanálisis, primero, luego seguidor de la escuela cultural y discípulo de *Sullivan*, supo integrar creativamente a estas raíces académicas los aportes de los psicólogos y terapeutas marxistas europeos —soviéticos, alemanes y franceses principalmente— así como lo mejor de las corrientes transculturales y de las técnicas psicoterapéuticas de su tiempo, en Occidente.

Hombre de pensamiento abierto, poseedor de una vasta cultura humanística y profesional, dedicó sus energías a formar una generación de psicoterapeutas en la síntesis de lo mejor de ambos mundos, proclamando su rechazo a todo dogma.

En la cátedra psicoterapéutica de su instituto, trabajando con él en su cámara de Gessell, tuvimos el privilegio de entrenarnos *Hiram Castro-López, Guillermo Barrientos, Ricardo González, José Rivas, Silvia Bustamante, Arturo San Román, Enrique Minaberriet, Cristóbal Martínez, Isidoro Sánchez* y quien escribe, entre otros. El sueño de *Bustamante* era institucionalizar un sistema permanente de formación y perfeccionamiento de terapeutas mediante preparación teórico-práctica y control didáctico, de modo que, cristalizando el acervo teórico alrededor de la psicología concreta de *Politzer*, la psicología experimental soviética y la terapia de actitudes cuyo nombre tomara de *Miasischiev*, fuera conformándose la escuela cubana de psicoterapia.

La muerte no le permitió ver su obra terminada, pero sus discípulos, dispersos, continuamos trabajando. Sin dudas correspondió a *Hiram Castro*, precozmente fallecido en su momento más productivo, seguir profundizando en la producción teórica y la investigación psicoterapéutica en nuestro medio, con más entusiasmo y dedicación a la obra escrita que los demás. Su infortunada desaparición física, tras dejarnos sus prolíficos aportes sobre *Psicoterapia sistémica de modificación de predisposiciones*, planteó al resto de nosotros un deber moral. Habría sido injusto para con *Bustamante* e *Hiram* —y pienso que perjudicial para la Psiquiatría cubana— que continuáramos sin

escribir lo que pensamos y hacemos los discípulos de *Bustamante* que permanecemos en activo. Obviamente, con lógicas variantes individuales. Por eso, en lo personal, sentí el compromiso de escribir lo que aprendí y he podido modestamente enriquecer en más de treinta y tres años de práctica psicoterapéutica, con varios miles de pacientes atendidos –privilegio este que hemos tenido los médicos cubanos.

Sé que muchos colegas coincidirán conmigo en que lo aquí planteado, fruto de la síntesis que la obra de *Bustamante* y sus discípulos ha representado, constituye una expresión concreta del pensamiento propiamente cubano en materia de psicoterapia. No es, ni con mucho, la única forma de concebir o hacer psicoterapia en nuestro país, donde no existe una doctrina «oficial». Con el espíritu pluralista y abierto que caracteriza nuestra praxis profesional, técnicas procedentes de múltiples escuelas son aplicadas en distintos servicios a lo largo del país. Pero no son modalidades autóctonas. Exceptúo de esta generalización el serio trabajo de formación de profesionales con una sólida preparación teórica, que un grupo de profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, entre los cuales descuellan *Fernando González Rey* y *Dionisio Zaldívar*, ha venido realizando, tanto en materia de conceptualización sobre las bases científicas de la Psicología, como en su aplicación a la terapia. Los considero en la misma dirección de síntesis creadora definitoria del pensamiento cubano, congruente con una interpretación no dogmática del marxismo, expresión de un profundo trabajo metodológico y científico en la aplicación de los conceptos más avanzados de la Psicología al estudio de la personalidad, sus motivos, actitudes, deformaciones y, consecuentemente, a la terapia. Su claridad conceptual y sus aportes enriquecen nuestro acervo científico. Constituyen uno de los troncos de la escuela cubana a que aludimos.

Profesores de Psiquiatría de la talla de *Armando de Córdova*, *Leopoldo Araújo*, *José Galigarcía*, *Leopoldo García Huerta*, *Humberto Suárez Ramos*, *René Yodú*, *Miguel Valdés Mier*, *Miguel Sorín*, *José López Valdés*, *Claudio Palacios*, *José Pérez Villar*, *Elsa Gutiérrez*, *Alipio Rodríguez Rivera*, *Carlos Acosta Nodal*, *Alberto Galvizu*, *Yodalia Leyva*, *Enrique Collado*, *Reina Rodríguez* y *Oscar Arés* han sido también, junto a los jóvenes valores a los que hicimos referencia, formados alrededor de los aportes de *Bustamante*, exponentes insignes del trabajo creativo independiente e integrador de la escuela cubana de psicoterapia.

9.2 PSICOTERAPIA CONCRETA DE ACTITUDES

Partiendo del papel de las actitudes en la personalidad y en la regulación e inducción de los diversos procesos psicológicos, tanto en salud como en desequilibrio mental, la psicoterapia que preconizamos privilegia la consideración y el manejo de las actitudes como un elemento nuclear en el cambio psicológico. Ya hemos tenido oportunidad en este libro de referirnos a su importancia y funciones, por lo que no vamos a insistir. La focalización en la actitud es la vía más expedita para la aplicación a la terapia de los enfoques de la Psicología Concreta y de los distintos avances de la Psicología Experimental.

Cuando incursionamos en la terapia profunda, nos movemos en el campo de una terapia de significaciones, donde la actitud da la clave para rastrear, tras ella, el sentido de la historia concreta del paciente. Al abordar la terapia breve, las actitudes definen los mecanismos de afrontamiento a los conflictos presentes y su manejo constituye la piedra angular para el cambio. En terapia grupal y familiar, son la base para la comprensión de la dinámica afectiva y motivacional que está detrás de palabras y comportamientos, en tanto que el resorte para el *insight* y la transformación de las secuencias conductuales que dan sentido y alimentan los síntomas.

Por todo ello es que, tras los pasos de *Bustamante*, hemos tratado de dar coherencia y sistematización a la consideración del papel central de las actitudes, y de su manejo, en las distintas formas de la terapia. Por supuesto que ni negamos ni subvaloramos las demás variedades, de las cuales tomamos todo lo que parece atinado a nuestros propósitos y resulta compatible con nuestras técnicas y concepciones. Solo que ofrecemos al lector especializado un cuerpo ordenado de recursos y métodos enlazados internamente por el hilo conductor de la dialéctica de las actitudes en la personalidad y la terapia, que puede ayudarles en sus curas.

9.3 MODALIDADES DE LA PSICOTERAPIA DE ACTITUDES

A lo largo de los años hemos desarrollado las modalidades *breve*, *profunda*, *grupal* y *familiar* de la psicoterapia concreta de actitudes,

contribución del autor al conjunto de métodos y procedimientos integrantes del pensamiento cubano acerca de la psicoterapia a que hacíamos referencia. Para comodidad del lector las expondré sucesivamente en capítulos aparte.

Capítulo 10

PSICOTERAPIA CONCRETA (PROFUNDA) DE ACTITUDES

10.1 CONCEPTO

El nombre de *terapia causal* fue aplicado por *Bustamante* a la terapia profunda de actitudes que desarrolló, de acuerdo con su concepción de que a partir del análisis autobiográfico y la precisión de las áreas de conflicto, en una atmósfera psicoterapéutica empática y de manejo apropiado de la comunicación y la defensa, se llega a la identificación de las actitudes inadecuadas involucradas en los conflictos y, tras ello, a las *causas* de los problemas del paciente. Trabajando terapéuticamente estos últimos mediante el análisis y modificación de las actitudes y las significaciones patológicas que les están asociadas, puede lograrse la corrección de los mecanismos causantes del trastorno presente: puede entonces ver el paciente las cosas de otro modo y actuar de acuerdo con ello, con actitudes distintas. Aunque desarrolló sus propias técnicas, consideró válida la aplicación de los más diversos recursos, siempre que coadyuvaran a la consecución de dicho fin.

No quiero dejarme arrastrar al debate acerca del término causalidad y del cuestionamiento que el enfoque sistémico introduce en la dimensión de linealidad, cuando defiende el concepto de causalidad circular, propio de la teoría de sistemas. Creo que una cosa no niega absolutamente la otra, puesto que las actitudes «actuales» no contradicen antagónicamente, sino que retroalimentan—reforzando y transformando— las causas «antiguas», las que devienen actuales en un nuevo plano del desarrollo en espiral (reivindicando la dialéctica, prefiero el término de causalidad helicoidal o recursiva). Pero creo también que *Bustamante* estaría de acuerdo conmigo en

que no es el término causal, ni las polémicas filosóficas relacionadas con ello, el elemento esencial de la concepción que defendemos.

Evadiendo polémicas estériles, bien podemos comunicarnos hablando de *psicoterapia concreta (profunda) de actitudes*, dejando la valoración del calificativo «causal» para un momento colateral del debate académico. Al menos, en este libro obviaremos su consideración.

La terapia de actitudes es *profunda* cuando acepta el papel de la psicodinamia, su análisis y manejo, en el centro de la terapia y, por lo tanto, la valoración de los componentes inconscientes involucrados en la determinación y actuación de las actitudes en la problemática de los pacientes analizados. Y es *sistémica*, cual defendiera *Hiram Castro*, porque considera en sistema todas las facetas y procesos de la personalidad y su integración ecológica, actuando sobre ellos a su vez con enfoque sistémico, interviniéndolos por distintas «vías de entrada», la fundamental de las cuales es el acceso a la actitud, su elemento regulador por excelencia.

Por otra parte, al tomar partido por la Psicología Concreta como paradigma de la interpretación del acontecer humano individual, estamos aceptando la esencia social del hombre y el reflejo que constituye —a su modo— el drama individual con respecto al drama de la comunidad, el cual confiere significado y direccionalidad a sus valores, motivos, sentimientos y conducta. Pero no mecánicamente, sino de un modo indirecto y muy particular, mediado por el mundo de la subjetividad personal, enmarcado en un universo de vivencias, emociones, causalidades y casualidades, en el que los aprendizajes, condicionados por la probabilidad, responden a tendencias del movimiento social. En el capítulo 4 nos referimos a los organizadores de la conducta humana y su papel relativo. Su consideración casuística para el paciente concreto que tenemos delante, es tarea básica de la técnica que propugnamos.

10.2 CONSIDERACIÓN DE LOS FENÓMENOS PSÍQUICOS INCONSCIENTES EN LA TERAPIA CONCRETA (PROFUNDA) DE ACTITUDES

A diferencia del psicoanálisis, que considera el inconsciente como una tópica o reservorio del psiquismo, aceptamos con *Bassin* y *Uznadzé*

los fenómenos psíquicos inconscientes como un reflejo social internalizado y automatizado, con componentes tanto neurofisiológicos (biológicos) como psicológicos (sociales) en su estructura y operatividad.

Este tipo de actividad psíquica no consciente descansa en estados particulares de funcionamiento del sistema nervioso central, expresándose en hábitos, deseos, tendencias, impulsos («instintos»), motivaciones, sentimientos y significaciones, así como en predisposiciones y actitudes –en parte inconscientes y en parte conscientes– las cuales seleccionan, procesan y regulan la información, convertida en actividad nerviosa. Dichas actitudes inducen y monitorean amplias zonas del comportamiento, influyen en la conformación de los valores, en el estado de ánimo y en la disposición de las personas para percibir, comprender y enfrentar la vida y la convivencia social.

En su momento, estos fenómenos se conforman por aprendizaje en la historia personal, asentados en un tipo definido de temperamento y sistema nervioso; operan y son retroalimentados constantemente de acuerdo con la experiencia existencial concreta, y van actuando como infraestructura y *background* de la actividad consciente, posibilitando el análisis automatizado y el control de la información que entra y sale subrepticamente, sin contar con la conciencia, como ocurre con la información subliminal y la comunicación extraverbal.

Las actitudes influyen en la valoración de la realidad, el flujo y carácter de los recuerdos, el comportamiento emocional y la toma de decisión, proporcionando a la conciencia un grado mayor o menor de libertad para seleccionar variables de un menú de opciones adaptativas, en dependencia de cuán neurótico o no sea el sujeto y por tanto, cuán amplio o reducido sea el diapasón de respuestas afectivas y conductuales congruentes con las necesidades y actitudes presentes, en consecuencia con ello.

La actividad inconsciente está supeditada jerárquicamente a la conciencia y a su carácter reflectivo-social, mediado por la práctica; pero ello no niega su carácter activo, representado por el papel inductor y regulador de las actitudes. Estas, como vimos oportunamente, seleccionan, procesan, ordenan, clasifican, regulan y controlan la información, a la cual confieren determinado sentido en su función de codificar y decodificar los mensajes que conciernen a la personalidad, de acuerdo con el código de significaciones que la experiencia

vivencial concreta del sujeto ha establecido a lo largo de su aprendizaje vital. Es por ello que la actitud tiende al desarrollo de regularidades y móviles en el comportamiento, a modular y monitorear el ajuste de la conducta a las pautas y al sentido trazados por la experiencia, a mantener determinada predisposición ante la percepción y valoración de los fenómenos que acontecen y a la respuesta emocional y conductual ante ellos.

La actividad inconsciente, que tiene un basamento fisiológico por el estado funcional del sistema nervioso del que es resultado, posee un carácter neuropsíquico conformado en sets de actitudes, cuya claridad psicológica puede ser más o menos evidente para el sujeto, de acuerdo con que afloren los procesos al nivel de la conciencia, queden opacos en las penumbras subliminales de la subconciencia, o incluso, no se puedan concientizar por no haber estado nunca representados verbalmente y haber sido, en su oportunidad, percibidos solo a manera de imágenes o emociones incomprensibles a la razón, cual es el ejemplo de muchos traumas infantiles.

Recordemos que en el proceso de neurotización se produce un quebrantamiento patológico de la homeostasis neuropsíquica necesaria para integrar, valorar, reaccionar afectivamente y actuar adaptativamente en la situación psicotraumática, con lo cual se establece un condicionamiento anormal, asociado con la significación inconsciente –gnoseológicamente falsa– que para el sujeto alcanza dicho acontecimiento. Se produce en ese caso, un error de integración a nivel neurofisiológico –falla en el aprendizaje– que tiene como correlato psicológico un error de concienciación, lo que significa una desajustada y rudimentaria valoración y memorización de lo ocurrido. Esta falla en el aprendizaje se expresa también sintomáticamente, por estar condicionada a respuestas emocional, mnésica y conductual anómalas, de acuerdo con la desincronización por distrés que acompañó a la experiencia primaria de neurotización.

Los errores de conciencia, afectividad y conducta (significación amenazante, quebrantamiento emocional y síntomas) representan los tres lados de una configuración que se traduce en una actitud o predisposición automática a repetir igual valoración, respuesta emocional y comportamiento sintomático, memorizados, cada vez que es avizorada una situación con significación análoga, de acuerdo con el código comunicativo aprendido con el cual se opera y encaran

cotidianamente las experiencias vitales. Este código «grabado» en la actitud, permite el procesamiento y regulación inconscientes de la información que el sujeto recibe en relación con sus significaciones vitales, posibilitando el desencadenamiento de respuestas neuróticas cuando, identificada la amenaza, se reproduce la situación de distrés original y, tras ella, la «debacle» sintomatológica, con los mecanismos defensivos que suelen acompañarla. De ahí que la terapia, tomando en consideración el valor de las actitudes en el desarrollo de la personalidad y la psicopatología, conceda un papel fundamental al análisis de aquellas, en sus dimensiones consciente e inconsciente y en su relación con los síntomas, necesidades, estados afectivos, comportamientos y significaciones, lo cual queda integrado en la *hipótesis sistémica*, que consideraremos oportunamente.

10.3 OTRAS CONSIDERACIONES GENERALES DE INTERÉS

Como toda psicoterapia «mayor», la de actitudes requiere de:

- Dominio técnico.
- Entrenamiento.
- Personalidad y actitudes adecuadas del terapeuta.
- Condiciones apropiadas para aplicarla (situación terapéutica).
- Correcta evaluación y selección de los casos y de las estrategias de intervención.
- Motivación y cooperación del paciente.

Independientemente del tipo de psicoterapia que apliquemos, tanto la ideología del paciente como la del terapeuta son variables que intervienen inconscientemente en ella. El paciente expresa su ideología cuando asume una concepción de la vida y un enfoque ante sus problemas e, incluso, cuando escoge al terapeuta. El terapeuta porta ideología cuando —además de su propia concepción de la vida— asume una posición de escuela, integra una percepción personal ante el drama del paciente y concreta una praxis profesional y ética en consecuencia con su cosmovisión.

Entiendo aquí la ideología como una forma sistematizada de valorar la realidad, de acuerdo con influencias afectivas mediadas por intereses y no solo en correspondencia con el reflejo objetivo de esa realidad; y como una forma también sistematizada de sentir los acontecimientos y concebir el mundo en función de las necesidades y móviles que conciernen al sujeto y a su grupo social.

Y como lo afectivo, lo referente a las necesidades y los intereses, está tan vinculado a lo que se mueve detrás de las significaciones patológicas del neurótico, necesariamente su terapia ha de contender con el mundo de las significaciones concretas del paciente y, por tanto, con su ideología particular; es decir, será necesariamente ideológica.

Esta dimensión ideológica de las neurosis —que entraña una lógica y una percepción de la realidad mediatizadas por las vivencias traumáticas y las actitudes inconscientes, condicionadas en el pasado— entorpece la capacidad del sujeto para valorar y actuar de acuerdo con el presente.

Como nos enseñara *Pichón-Riviere*, el neurótico encara la vida con un *esquema conceptual referencial operativo* (ECRO) fijado en sus vínculos y significaciones pasadas y que —añado con *Bustamante*— opera en su dimensión automatizada e inconsciente a través de las actitudes. Sin romper estas, es decir, las actitudes reiterativas patológicas presentes tras la experiencia concreta, y sin modificar el ECRO que confiere sentido y significado a los mecanismos de afrontamiento y defensa y a la emocionalidad del sujeto, considero no puede haber un cambio terapéutico duradero.

Como —según hemos insistido— la actitud y la defensa se ponen en evidencia en situación de estrés, contender con este, ora provocándolo, ora manejándolo en el contexto de la terapia, constituye un elemento técnico esencial para afrontar con los rejugos de la comunicación y la defensa y, por ende, la significación inconsciente y la actitud, meollo de las neurosis. Entonces, la terapia de actitudes enfatiza en desarrollar la capacidad de valorar y actuar de acuerdo con el presente, en propiciar un adecuado manejo del estrés y el análisis pormenorizado y sistemático de las actitudes mórbidas en un clima emocional controlado, por lo cual pueda el paciente encontrarse a sí mismo y ensayar conductas adaptativas.

Al modificar la actitud cambia el código que regula la información de forma inconsciente y, por consiguiente, se modifican la

capacidad de valorar —ahora sin la influencia afectiva perturbadora anterior— y la capacidad de actuar sin la interferencia de tensiones paralizantes.

Por otra parte, no solamente actuamos modificando problemas al nivel psicológico. La psicoterapia produce cambios en la neurofisiología cerebral, a través de la influencia de la comunicación interpersonal sobre la actividad nerviosa superior, tanto en su segundo como en su primer sistema de señales, actuando sobre el funcionamiento general de la corteza cerebral, favoreciendo asociaciones y generalizaciones, provocando la inducción positiva o negativa de determinados procesos nerviosos, estimulando o inhibiendo áreas del sistema límbico, en fin, incidiendo sobre el cerebro humano a partir de la mente.

Como partimos de que toda enfermedad es biopsicosocial, considero que los que trabajan con ella requieren también aplicar un tratamiento biopsicosocial; por eso, la terapia de actitudes no excluye, sino presupone un empuje simultáneo en todas las vertientes.

Por último, como el instrumento fundamental del terapeuta para su trabajo es la influencia bienhechora de su propia personalidad, debemos tomar en cuenta las siguientes variables, dependientes del terapeuta:

- Características de su personalidad.
- Capacidad de simpatía.
- Riqueza y universalidad de su cultura.
- Concepción del mundo.
- Pericia técnica.
- Entrenamiento recibido.
- Experiencia vital y profesional.
- Espontaneidad.
- Autenticidad.
- Conocimiento de sí mismo.
- Aptitud para la empatía.
- Flexibilidad y aceptación incondicional de sus pacientes.
- Asertividad.
- Formación ética.
- Preparación clínica.

10.4 TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA CONCRETA DE ACTITUDES

Esquemáticamente, podemos considerar en ella cuatro «momentos»:

- Evaluación diagnóstico-actitudinal.
- Análisis e intervención dinámico-actitudinal.
- Modificación de actitudes y cambio terapéutico.
- Evaluación de resultados y terminación del tratamiento.

10.4.1 PRIMERA ETAPA: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICO- -ACTITUDINAL

En el estadio inicial de la terapia, con una duración de varias semanas, se pretenden los siguientes propósitos:

- Establecimiento del *rapport* y de la relación empática.
- Dominio de la biografía y del medio ambiental del paciente.
- Conocimiento de sus áreas de conflicto.
- Conocimiento de sus necesidades insatisfechas y problemas.
- Identificación y tanteo de las actitudes más características.
- Precisión del diagnóstico clínico.
- Diagnósticos dinámico, semántico, ecológico, funcional y estructural de la personalidad.
- Diagnóstico sistémico-actitudinal.
- Valoración de la capacidad de introspección del paciente.
- Valoración de su pronóstico en psicoterapia.
- Identificación de los objetivos que se quiere lograr.
- Decisión acerca de las estrategias de intervención.
- Establecimiento del contrato terapéutico.
- Enganche.

LA PRIMERA ENTREVISTA. OBJETIVOS Y DESARROLLO

Sus objetivos básicos son:

- Establecimiento del *rapport*.

- Obtener una información general sobre la problemática personal del paciente.
- Concretar una impresión diagnóstica probable.
- Obtener el «enganche».

Recepción. Desde la entrada del paciente al consultorio, con un saludo educado y cordial (poniéndonos de pie, estrechando su mano y facilitándole el asiento), realizamos nuestra presentación y tratamos de sentar las bases para el establecimiento del *rapport* y la obtención de su cooperación, expresándonos con amabilidad y haciendo uso de una comunicación extraverbal que denote el interés en su persona y una auténtica intención de ayudar. Frases como «¿En qué puedo servirle?», una sonrisa discreta y una mirada directa a los ojos, son un ejemplo, muy simple, de una adecuada forma de comienzo. Tratamos de que el paciente se sienta cómodo, que nos encuentre seguros, sin apuro, en actitud de escucha atenta a sus problemas.

Información sobre síntomas y problemas. Al comienzo, el paciente suele estar ansioso por decir qué lo aqueja y en lo que desea que se le ayude, así como por expresar los problemas que considera tener. Aunque no fuese así, es recomendable empezar por aquí. Ello define el vínculo como relación médico-paciente, al tiempo que abre las compuertas de la información a datos habitualmente accesibles a la conciencia, pero cargados de afectividad e interés, que nos servirán a su tiempo, para identificar e interpretar sentimientos, paso próximo en el curso de la terapia, para lo cual ya comienza a prepararse el terreno. La problemática se analiza, en este primer momento, a partir de sus elementos más sobresalientes, pero se va creando confianza y definiendo temas de interés, así como áreas de conflicto.

Establecimiento de corrientes de simpatía. Desarrollar el *rapport*, asumir una actitud empática, aceptar al paciente incondicionalmente, sin prejuicios, sin juzgarlo, abriendo puertas a las corrientes de simpatía de que hablara *Bonmaffé*; aplicar la connotación positiva, apreciando desde los primeros instantes los valores positivos del sujeto y mostrándose afectuoso y agradable, —sin excesos y con autenticidad. Todo ello constituye prerequisite para que el paciente «abra su corazón» ante nosotros, permitiendo que un desconocido se intimicuya en sus intimidades y juegue un papel determinado en su futuro; figura que será tanto más importante para él cuanto más sólido y adecuado sea el lazo que los una.

Ganar la confianza del paciente. Si este nos percibe auténticos, tenemos prestigio y sabemos mostrarnos confiables, realmente interesados y empáticos, con buenos procederes de entrevista, el paciente irá depositando progresivamente su confianza en nosotros, permitiéndose a sí mismo hacernos partícipes de sus preocupaciones, sentimientos e inquietudes. Si no lo logramos, es difícil que lo podamos ayudar, pues no nos acercáramos a sus significados, afectos y problemas.

Cronopatograma. Como médicos, no podemos perder de vista la psicopatología clínica del posible enfermo que demanda nuestros servicios. Sabemos que el criterio histórico-evolutivo es esencial al diagnóstico psiquiátrico. ¿Cómo han ido ocurriendo las cosas? ¿Qué precedió y qué sucedió a qué? ¿Cuáles son las secuencias habituales en la aparición de las conductas sintomáticas? ¿Cómo son realmente los síntomas? ¿Cuáles son las personas involucradas en sus problemas? Estas y otras, son interrogantes que esta primera aproximación general al paciente obliga a considerar.

Después, cuando profundicemos en su autobiografía, tendremos oportunidad, quizás, de adentrarnos en detalles, en busca de sus significados. Por el momento, tratamos de hallar una información clínica aceptablemente confiable –en interés del propio enfermo– y además, tener a golpe de vista una caracterización general del tipo de problemas involucrados en la crisis o preocupaciones de la persona que está depositando su confianza en nosotros, cómo los plantea y qué parece estar esperando o traduciendo con ello. La sistemática de un buen interrogatorio es esencial para el diagnóstico y para un posterior «acorralamiento» de las actitudes.

Mejoría y tranquilización. Si el paciente no sale más tranquilo y mejor de nuestra primera entrevista, no vuelve, porque no habremos establecido una buena relación de ayuda. Él viene buscando comprensión y alivio. Si lo logra, se sentirá complacido y volverá. Despertaremos su confianza, poniendo a favor nuestro los mecanismos asociados a su fe, fomentando su esperanza. El dar apoyo, inspirar, facilitar la evocación y, quizás, la catarsis, tranquiliza. El paciente tiene que sentir que mejoró al hablar y confiar en su psicoterapeuta. Enseñarle a relajarse puede ser útil y muy demostrativo en algún que otro caso, aunque no solemos utilizar este recurso –ni la sugestión– en la primera entrevista. La mejoría, aquí, la

buscamos fundamentalmente a través del apoyo, el sentido común, el vínculo empático y la experiencia vivencial de un favorable y esperanzador encuentro psicoterapéutico.

Impresión diagnóstica y estudios complementarios. Para poder decidir el cómo, tenemos primero que conocer el qué. La primera entrevista busca una impresión diagnóstica y encaminar las cosas para poder llegar, probablemente en un momento posterior, a un diagnóstico preciso. Por claro que parezca el problema, siempre se pensará en un diagnóstico integral y, para el caso que nos ocupa, las pruebas psicológicas de tipo proyectivo, las que precisan áreas de conflicto, las que traducen actitudes, son muy útiles. Porque al hablar de diagnóstico no estamos pensando solo en lo nosográfico, en lo diferencial y en lo etiológico; pensamos también en lo psicodinámico, en lo funcional, en lo estructural, en lo actitudinal, lo semántico, lo ecológico y lo sistémico, implícitos en el drama del paciente, su familia, su grupo social y su comunidad.

Aunque en esta modalidad técnica el paciente es un caso individual, su drama lo apreciamos como reflejo a su modo del drama universal en que se inserta y, como seres sociales, ambos, paciente y terapeuta danzan al ritmo del concierto peculiar de su cultura y de su época. Lo que —en este caso— el terapeuta opera, a la vez, como maestro de baile y como *partenaire*. Cual artista amante de la buena música, ha de ser altamente sensible a las modulaciones sutiles de la sinfonía general del universo. En este momento introductorio de la terapia, la impresión clínica la realizará el médico con su raciocinio y pericia profesional; la impresión diagnóstica de la vida interior del enfermo, la hará con las vivencias emocionales e intuitivas de su propia personalidad, el instrumento de trabajo que más deberá cultivar y cuidar el terapeuta, en espera de momentos posteriores, propicios para su elucidación racional. Las ideas que fluyen en su cerebro acerca de estos aspectos las anotará, pero no llegará a conclusiones prematuras, para seguir cuidando de su imparcialidad. Solo lo empático prevalecerá, por el momento.

Objetivos y características del tratamiento. Ante hipótesis diagnósticas que ya se formulan, pero que están pendientes de confirmación, se trazan objetivos específicos para la primera etapa y se plantea mentalmente, de forma muy general, la posibilidad de adentrarnos en el tipo de terapia que preconizamos —si es que tuvimos la impresión de que estamos ante un caso en que ella está indicada.

Entre los objetivos planteados, junto a diagnosticar al paciente, mejorarlo y encaminarlo, está comenzar a definir y a comprometerle en las intervenciones terapéuticas que vamos a realizar. De eso hablaremos con él, dándole información y propiciando su compromiso.

Enganche. Como el buen pescador, cuando siente que su pez mordió bien y que ya puede tirar del anzuelo para después aflojar y volver a tirar del cordel, hasta tener en sus manos la presa, el terapeuta debe sentir con su propia experiencia sensorial –con un margen aceptable de confiabilidad– que el paciente «mordió», y que ya no se le escapará de la terapia. El enganche implica para el terapeuta un cierto grado de convencimiento y, para el paciente, un sentimiento de que ha caído en manos adecuadas, de que experimenta confianza y cierta simpatía hacia esa persona y una comprensión aceptablemente clara de que está en necesidad de ayuda, y que es de su conveniencia seguir trabajando con el terapeuta para obtener ciertos propósitos, favorables para él, que este le ayudó a poner en claro. Entonces probablemente volverá, si influencias posteriores (interiores o exteriores) sobre sus actitudes mórbidas y sus mecanismos de resistencia al cambio, no le hacen pensar de un modo desfavorable, en el período intersesiones. Por eso la segunda y siguientes entrevistas serán en fechas lo más próximas posibles, salvo en pacientes muy demandantes y dependientes, en los que puede parecer no recomendable.

Despedida. El fin de la primera sesión es en extremo importante, porque sienta pautas. El terapeuta, quien probablemente ha estado hablando con el paciente en tiempo presente, ahora comienza a usar los tiempos pasado y futuro, así como muletillas que vayan condicionando al paciente, a manera de señales, a que se acerca el fin de la sesión: «Bien... vimos esto o lo otro...», «Bien... veremos aquello...».

Estos cambios de tiempo en los verbos, los cambios de posición, el uso de algún recurso verbal o extraverbal que, como decíamos, pueda condicionarse a un próximo término, indicando que no es ya ocasión de introducir temas nuevos o retomar el análisis, deben ser usados conscientemente por el terapeuta, como mensaje subliminal al que podrá acudir en el futuro para su control de la sesión.

En esta etapa final se procede a resumir lo tratado, reformulando y quizás reencuadrando lo analizado, dando en lo posible una aproximación al lenguaje de los afectos, tratando de asociar conductas con problemas, planteando algunas interrogantes que vengan al caso para

elucidar *a posteriori*, quizás como tarea extrasesión o como temática para próximos análisis. Este resumen permitirá confrontar al sujeto con lo que comunicó, al tiempo que confirmar lo procedente de lo que es reformulado. A su vez, hará sentir al paciente que fue atendido y comprendido, contribuyendo a esclarecer sus ideas acerca de sus propios problemas.

Del tiempo pasado –la sesión– pasamos al tiempo futuro: la tarea. El paciente, como discípulo activo, llevará a casa sus tareas esclarecidas. Pero, en este caso, las tareas no las establece el maestro sino que son elaboradas y decididas entre los dos. Surgen como producto activo de la sesión e implicarán, en lo posible, una conducta con repercusión emocional y de cuyos resultados quizás el paciente pueda sacar su propia moraleja. Interesa que exista creatividad en ello. Pueden indicarse tareas para pensar, como el analizar su conducta acerca de algo pero, aun en este caso, se le vinculará con alguna acción, como pudiera ser expresarse por escrito sobre determinado tema. O trabajar sobre ciertas áreas de su autobiografía, tomando la correspondiente anotación, acerca de lo cual se debatirá en la próxima cita.

Las tareas siempre se chequean en la entrevista siguiente. Una vez esclarecidas –el médico debe asegurarse de que el paciente quede bien claro sobre ellas– se procede a indicar los estudios complementarios, a prescribir alguna indicación (en el caso de que fuera oportuno) y a concertar la próxima cita para una ocasión mutuamente conveniente. Se termina con una despedida afable, un cálido apretón de manos y alguna breve frase de aliento, apoyo o inspiración, que de algún modo refleje la esencia de lo que se discutió (por ejemplo: «Recuerde que nunca llovió que no escampara») tras lo cual se le acompaña gentilmente hasta la puerta, lo que da oportunidad para un último saludo, recordatorio de la próxima cita («Hasta el próximo jueves») lo cual no deja de ser un mandato con su correspondiente compromiso moral y carga sugestiva.

Esta primera entrevista es la típica para pacientes de buen nivel intelectual, que vienen voluntariamente en solicitud de ayuda psicoterapéutica y que, aunque pudieran estar inmersos en una descompensación crítica que les motiva a tal demanda, su claridad de conciencia, relativo autocontrol y el hecho de no tratarse de un caso de emergencia médica, hacen factible que el terapeuta, de inicio, no decida emplear técnicas de intervención en crisis, como la

terapia breve de actitudes sino, por el contrario, con más calma, dedicar tiempo a conocer y profundizar en los problemas del paciente, tras la evaluación apriorística de su carácter fundamentalmente crónico, con la seguridad de que el paciente está en posibilidad de tolerar –de entrada y por un período relativamente prolongado– los niveles de ansiedad necesarios para movilizar los recursos de su personalidad en función de un cambio profundo y permanente en su manera de afrontar la vida.

LA SEGUNDA ENTREVISTA. OBJETIVOS Y DESARROLLO

Sus objetivos son:

- Cultivar el *rapport* y la relación empática.
- Comenzar la ventilación de sentimientos.
- Continuar el interrogatorio sobre áreas problemáticas.
- Definir la modalidad psicoterapéutica que se empleará.
- Propiciar la iniciativa del paciente.
- Entrar, con profundidad, en el análisis de un tema específico.

Recepción. Al igual que en la primera entrevista, se recibirá al paciente cordialmente, con muestras de afecto pero sin efusión, como a un viejo conocido a quien se tiene la satisfacción de saludar nuevamente. Ya en su asiento, se le pregunta cómo está y cómo se siente, evaluando brevemente su estado clínico, no en detalle sino mediante una exploración a nivel fundamentalmente sindrómico. Si no han aparecido nuevos síntomas o algún cambio evolutivo de interés, no se dará demasiada importancia a las quejas sintomáticas –si ya estamos seguros de que se trata de manifestaciones neuróticas– pasando a chequear el cumplimiento de las tareas, dialogando con el paciente acerca de sus apreciaciones al respecto.

Recordatorio de la sesión anterior. A partir del encuadre de las conclusiones acerca de las tareas, a la luz de lo analizado en la sesión previa y que determinó la formulación de estas, el terapeuta hace un breve resumen de la temática discutida en esa ocasión, formulando sintéticamente aquellas esencias, sentimientos y nexos entre lo planteado que no conviene sean olvidados y que permiten ir sedimentan-

do, mediante conclusiones parciales, elementos de interés que van dando al paciente nuevas pruebas de que el terapeuta lo entiende y pone atención a sus problemas, a la vez que lo va ayudando a integrar una percepción general sobre aspectos de sí mismo algo distinta –al poderla oír desde afuera– de la que por su cuenta poseía.

Al resumir lo planteado, es posible inducirle a profundizar en determinado tema, pedir alguna aclaración o dar por concluida la exploración, por el momento, de determinados asuntos, haciendo conveniente entonces proceder al abordaje de nuevo material.

Exploración de las áreas de conflicto. Durante la primera entrevista la exploración usualmente se limita a las temáticas implicadas en el cronopatograma; es decir, se abordan los temas que presenta espontáneamente el paciente, o que se le asocian en un interrogatorio destinado a completar la información sobre los asuntos planteados que aparecen en relación con el problema, siguiendo el hilo conductor de la «historia de la enfermedad actual» vista *in extenso* y de acuerdo con los nexos del sentido común.

Aquí se trata de ir completando el conocimiento de las distintas áreas de conflicto, a través de la exploración sistemática de los diferentes aspectos o esferas de la vida, ora porque son traídos a colación en la exposición acerca de los problemas que lo aquejan, ora porque mediante transiciones vamos abriendo el espectro hacia sucesivas locaciones de interés, hasta cubrir todo el abanico.

Puede ser que esta tarea requiera de varias sesiones más: lo importante es que, cuando se «agarre» un tema, no se pase a otro mientras siga siendo productivo y que, cuando se produzca la transición, haya una lógica interna –en lo posible– del porqué. Por el momento, al explorar un área que resulta improductiva, se la deja de inmediato, para pasar a la siguiente. Muchas veces, en personas locuaces o con alta capacidad introspectiva, el tiempo de la sesión se concentra en el análisis de un tema, no dejando el terapeuta que se pase a otro, por resultar inconveniente.

Siempre que sea factible, se promueve que el interesado seleccione la temática y aborde un tema, preferiblemente con enfoque actual, que entonces se detalla y analiza. Habitualmente es aquel que considera conscientemente más relacionado con sus trastornos. Pero se ha de ser flexible y seguir el flujo natural que va marcando la entrevista, de acuerdo con el criterio sullivaniano de que, «mientras el

paciente comunica, manda el paciente, y cuando se defiende, conduce el terapeuta».

En la medida en que el sujeto transmite verbalmente información, se comienzan a ventilar los sentimientos asociados con los temas que va presentando, siguiendo un tanto la técnica especular diseñada por *Carl Rogers*, traduciendo los contenidos al lenguaje de los afectos, con lo cual, imperceptiblemente, se van ampliando progresivamente los horizontes de su percepción sobre su vida emocional. Véase que no se «interpretan» sentimientos, sino que se ventilan en sintonía empática con el paciente, al reformular su discurso con una lectura esencialmente emocional. Por ejemplo, tras una queja sobre el comportamiento de otra persona para consigo, se le señala: «Sientes mucho dolor porque alguien en quien habías depositado tanta confianza se comporta contigo de esa manera... tan insensible... sientes rabia para con él...».

Así, al cerrar por el momento el análisis de un área, tratamos de que hayan quedado explícitos por parte del propio sujeto, los sentimientos implícitos con respecto a las situaciones y personas significativas vinculadas con dicha área. Esto no se violentará por transición brusca, salvo alguna que otra confrontación, cuando pudiera ser oportuno. Pero no es tiempo todavía, como regla, para la utilización de tales procedimientos, que corresponden a la segunda etapa de la terapia. Aquí se está buscando información, fundamentalmente, y junto a lo que decíamos acerca de la traducción emocional, se van elucidando los aspectos ideacionales relacionados con los problemas; es decir, cómo ha percibido sus eventos vitales. Ambos personajes del drama psicoterapéutico van tomando, internamente, sus propias anotaciones mentales sobre el asunto.

Tema del día. Veíamos en el inciso anterior que, al explorar las áreas, nos deteníamos a profundizar en aquellas con conflictos, escarbando mientras se mostraran productivas. No es conveniente la dispersión del análisis, por lo que tratamos de concentrar la atención, en lo posible, en un tema por sesión, el cual se continuará analizando en varias entrevistas cuando sea necesario, lo que ocurre con frecuencia. Una vez abordado el problema, se van evidenciando con respecto a él necesidades insatisfechas, mecanismos de enfrentamiento y actitudes; van precisándose dilemas y esclareciendo, hasta donde es factible, algunas de las

actitudes que parecen relacionarse con sus dificultades y con sus –hasta ese momento– baldíos intentos de solución.

Acotaciones al margen, señalamientos, reformulaciones, ventilación de sentimientos, preguntas, insinuaciones, solicitud de opinión, asociaciones, manejo de situaciones, discriminación pasado-presente, comunicación extraverbal controlada, transiciones, uso del humor, aprovechamiento del folklore, connotación positiva y búsqueda de la alianza terapéutica –entre otros recursos– pueden ser utilizados para obtener el mayor provecho del análisis preliminar sobre el área objeto del *tema del día*. No obstante, lo fundamental es rastrear las significaciones y actitudes envueltas en las necesidades insatisfechas, y los sentimientos que parecen estar detrás del problema, con la finalidad de ir conociendo y preparando el terreno para una acometida posterior, cuando se conozca bien al paciente y esté en condiciones apropiadas para el cambio. No debemos interpretar precozmente; solo acotar e insinuar con interrogantes, en forma mesurada y oportuna.

Resumen de la sesión. Ventilados los contenidos del día y logrados los objetivos básicos de la sesión, el terapeuta procede a realizar un resumen de esta, incluyendo aquellos aspectos vistos en la primera entrevista que le parezcan convenientes. Estas conclusiones reencuadran lo discutido hasta allí en términos cognoscitivos, afectivos y conductuales, al nivel de esencias, resaltando las actitudes que se pusieron en evidencia como perturbadas, siempre que esto haya podido ser reconocido así por el paciente. «Se sirve entonces la mesa» a este para que opine, de manera que deje en claro la actitud o modo de afrontamiento que se propone asumir en su comportamiento exterior, ante los problemas más importantes que se han debatido.

Saldrán a la luz resistencias, angustias e inseguridades. Se confrontará al sujeto con ellas y se señalarán como objeto de análisis para una próxima ocasión. Se tratará de concretar compromisos en relación con los modos de afrontamiento, a través de una tarea autoelaborada, modelada con la ayuda del terapeuta.

Despedida. Formulada la tarea, se formaliza el compromiso de su puesta en práctica en la etapa intersesión, manteniéndose la tarea anterior, siempre que sea procedente. Se brindará apoyo e inspiración al paciente, tratando de que logre elevar su autoestima y la confianza en sí mismo, resaltando sus valores positivos y apelando a los resortes de la alianza terapéutica. Se verá entonces –si estuviere

tomando medicamentos— si debe o no continuar la medicación, estableciéndose en ese caso un término de tiempo para su supresión (en pacientes con trastornos endógenos, no está indicada la terapia profunda de actitudes). Se concerta la próxima cita y se le despide afectuosamente, en condiciones similares a las descritas en la primera entrevista.

Como parte que es de la fase evaluativa de la terapia, con esta sesión continuamos la evaluación diagnóstica, sumando a lo apuntado anteriormente nuestra consideración acerca de la capacidad de razonamiento, introspección y objetividad del sujeto, su espontaneidad y elocuencia, su iniciativa o pasividad, el nivel empático y el grado de compromiso alcanzados. A su vez, ha podido concretarse ya la tendencia espontánea a orientar el rumbo de su autoexploración, bien hacia la problemática actual, bien hacia la retrospectiva, con informaciones de su pasado. El terapeuta respetará en lo posible la iniciativa del interesado y adecuará su técnica a este patrón que, a la postre, le llevará del presente al pasado o del pasado al presente, puesto que la discriminación presente-pasado constituye una de las constantes que la terapia de actitudes se verá precisada a acometer, en su momento. En lo personal, prefiero ir del presente al pasado. Pero, más que ello, trato de respetar la iniciativa del paciente y el flujo espontáneo de la comunicación bidireccional que ha de llevarnos a la exploración de las profundidades de la psiquis humana.

TERCERA Y DEMÁS ENTREVISTAS DE LA PRIMERA ETAPA. OBJETIVOS Y DESARROLLO

Los objetivos del conjunto de estas sesiones, cuyo número varía de acuerdo con cada caso, son los siguientes:

- Reforzamiento del *rapport* y la relación empática.
- Conclusión de la evaluación del paciente y del conocimiento de su biografía.
- Dominio de sus actitudes y necesidades.
- Evaluación diagnóstico-actitudinal.
- Definición de la estrategia que se va a seguir.
- Establecimiento del contrato terapéutico.

Recepción. Al igual que en las primeras, un saludo afectivo y respetuoso y un alto nivel de educación formal, a tono con la edad, sexo y nivel educacional del paciente. Como particularidad, antes del chequeo de las tareas se procederá a la evaluación clínica del paciente, revisando los estudios complementarios que fueron indicados, así como la evolución de sus síntomas, con el objetivo de precisar su diagnóstico nosográfico. Confirmado el trastorno neurótico, los síntomas pasan por completo a un segundo plano, como si no les hiciéramos caso –información subliminal que procuramos transmitir al paciente: no nos interesan las quejas ni las formas patológicas de llamar la atención– y solo consideramos la clínica, en este caso concreto en que la neurosis es evidente, de una forma muy general, aprobando y premiando las mejorías y desatendiendo selectivamente, por el momento, los síntomas manipuladores. Estos serán «trabajados» en la fase de análisis e interpretaciones, no ahora. Nos interesamos por las incidencias de su casa, de su centro de trabajo o estudios, por su vida personal en general –como si hiciésemos un aparte de las tareas y las temáticas más profundas que ya veníamos abordando. Esto procura reactivar el clima de *rapport* y simpatía y relajar un tanto al paciente, antes de entrar en materia.

Chequeo de las tareas. En estas sesiones, seremos acuciosos en el control de su cumplimiento, tanto analizando eventuales resistencias como evaluando de conjunto resultados y moralejas. Se refuerza y premia todo lo que de positivo se le asocie. Las violaciones no se critican sino que se relacionan sutilmente con sus resultados, sentando las bases para futuras experiencias emocionales correctivas, provocadas o espontáneas.

Cumplimiento de propósitos. Asociado a lo anterior, se inquiera sobre el cumplimiento de los propósitos que se trazó el paciente en la entrevista anterior –aquellos no concretados como tareas conductuales, pero que repercuten y tienen que ver con la conducta intersesiones y con sus resultados. Esto da la posibilidad de profundizar, si se considera conveniente, en cualquiera de los temas ya tratados o para introducir, por transición lógica, el tema del día.

Tema del día. Bien por el medio antes descrito, continuando el análisis de aspectos no concluidos en la sesión anterior, o transitando hacia otra área problemática, nos sumergimos en la consideración de un tema, no dejando que se desvíe el análisis por otro rumbo –salvo

conveniencia mayor, por algo trascendente que surja y no debemos desaprovechar. En cambio, es recomendable ir destacando las relaciones entre las áreas ya abordadas. Sobre todo, asociando los problemas con las necesidades, mecanismos de enfrentamiento y actitudes que se utilizan, no desaprovechando ocasión de captar simbolismos y significaciones que vayan saltando a la vista y que se acotan «como quien no quiere las cosas», procurando sea el paciente quien los capte y «descubra» –debe ser su mérito– e incitando al más alto clima emocional que sea factible. La ventilación de sentimientos y alguna que otra interpretación de estos, cuando ello es accesible a la conciencia, viene al caso.

Biografía. Si el paciente es pasivo, si no produce material espontáneamente y su comportamiento ante las preguntas resulta pobre, o cuando sus asociaciones no favorecen el abordaje de nuevas temáticas, al percatarnos de que pueden agotarse aquellas sin mayor introspección, lo presionamos a la actividad, haciendo que nos refiera aspectos de su biografía, e insistiendo en la información mediante distintos tipos de preguntas, hasta compulsarle a hablar. Si el paciente, a pesar de ello, sigue sin producir, probablemente se trata de un mal candidato a este tipo de terapia o nuestra técnica de comunicación es insatisfactoria. El mismo procedimiento utilizamos cuando, siendo activo, parece haber agotado su iniciativa en la sesión. En estos casos, vamos pidiendo el relato por etapas de la vida, en asociación con bloques de información ya brindada que nos hacen recomendable rastrear su sentido, siguiendo las rutas de su biografía.

Cuando empleamos este proceder, habitualmente es necesario utilizar varias sesiones para desarrollarlo e ir poniendo en claro las actitudes y patrones de conducta más sobresalientes en su historia, trazadores del significado de sus símbolos y del sentido de su vida, amén que clave de sentimientos, conflictos y pasiones no siempre permitidas.

A los sujetos muy locuaces o productivos, se les pide traigan su biografía por escrito, esclareciéndoles cómo se quiere que se presente la tarea y revisándola de conjunto, por partes, de acuerdo con las conveniencias de la terapia.

Cuando no se utiliza el recurso técnico de su estudio sistemático, a través de la información parcial espontánea que va dando el paciente sobre su historia personal en las distintas sesiones, deben que-

dar clarificados, al menos, los principales momentos existenciales del sujeto; lo suficiente como para que puedan ayudarnos a aprehender el sentido y significado de lo que acaece, a la luz de su experiencia personal concreta.

Por eso en esta modalidad de terapia es esencial el conocimiento biográfico, porque constituye el marco de referencia para entender el flujo de condicionamientos, motivos y significaciones aprendidas que, junto a su genética, hacen a cada persona peculiar, diferente a las demás, en una cultura en la que todos, paradójicamente, nos parecemos en algo.

Rapport y aceptación incondicional. Resulta básico consolidar el nexo afectivo y lograr que el paciente perciba emocionalmente que se le acepta tal cual es, incondicionalmente, que no hay un solo indicio de reproche en las observaciones que sobre su conducta, actitudes o «defectos», puedan surgir en el diálogo psicoterapéutico. Que junto a la comprensión profunda de sus valores y sentimientos, hay en todo momento una actitud de apoyo, de solidaridad, incluso de consuelo cuando hay una auténtica tristeza. En el momento en que este sentimiento de confianza en el terapeuta se convierte en realidad interna, se ha llegado al punto que permite pasar a una fase superior de la terapia: la que interpreta, moviliza y modifica. Sólo entonces se atreverá el paciente a acompañarnos en una aventura conjunta por el cambio y la negación de su vivir neurótico.

Formulación de las hipótesis diagnósticas. Se trabajará sistemática el diálogo terapéutico a través de la relación empática hasta llegar a formular los siguientes tipos de hipótesis: clínica, psicodinámica, funcional, estructural, actitudinal, semántica, ecológica y sistémica. A este nivel de la terapia, el terapeuta irá completando las distintas hipótesis que forman parte de lo que he dado en llamar la *hipótesis sistémico-actitudinal*, cuya formulación interna concluye el primer estadio y cuya comprobación en la práctica –criterio supremo de la verdad– acometeremos en los estadios segundo y tercero de la terapia.

Como vimos al referirnos a la recepción, es menester haber dejado bien definido el diagnóstico nosográfico antes de acometer el proceso de «cirugía mayor» sobre la personalidad que toda psicoterapia profunda significa. Por todo lo conocido y discutido hasta aquí, nos habremos formado una idea de lo que sucede interiormente en el paciente: sus necesidades insatisfechas, el carácter y tipo de amena-

zas que interfieren con ellas y están estresando patológicamente al sujeto; los conflictos internalizados o «complejos» que parecen estar actuando inconscientemente tras la inseguridad, la angustia y los mecanismos de afrontamiento y defensa del enfermo; las significaciones de segundo orden que han cobrado sentido para nosotros al conocer su biografía. Todo ello, por sus conexiones internas, nos permite plantearnos hipótesis psicodinámicas peculiares para cada paciente, cuya procedencia o no vendrá a consideración si este las asume vivencialmente como concernientes a él, en el proceso activo de su toma de conciencia (*insight*) y si son capaces de movilizar fuerzas internas suficientes como para propiciar legítimas experiencias emocionales correctoras.

El criterio de la verdad está en este caso, en la corrección consecuente de la respuesta mórbida, de modo que pueda comprobarse en el cambio de conducta y en la eliminación del comportamiento sintomático. Si esto no sucediera, ¿para qué serviría una formulación psicodinámica? Y si no fuera operacionalmente válido ¿podría movilizar una fuerza interior capaz de condicionar el cambio terapéutico?

De igual forma, el desenvolvimiento del sujeto en los diversos roles sociales que requieren de un ajuste funcional y que pueden ser significativos para él y para los subsistemas interpersonales y sociales en que está inmerso, tales como su funcionamiento como padre o madre, esposo(a), hijo(a), hermano(a), trabajador(a), estudiante, ciudadano(a), amante, amigo(a), etc., ha de ser evaluado, con la finalidad de establecer las hipótesis funcionales correspondientes. Su comportamiento como *holón* familiar, laboral, social, etc. (*Minuchin*), permite al terapeuta plantearse hipótesis alternativas sobre cómo este eventual incumplimiento de funciones puede repercutir en el equilibrio psíquico del paciente y viceversa. La hipótesis estructural, en lo que a la psicoterapia individual concierne, nos lleva a tomar en cuenta la integración o estructura orgánica de la personalidad y los nexos del paciente, sus relaciones, *status*, significancia, autoridad, liderazgo, etcétera., en el seno de su familia actual, de su familia de origen, centros de trabajo, grupos de amigos y discípulos u otros colectivos sociales que, en su caso concreto, por constituir la red social que sustenta la estabilidad personal, parezcan significativos a su problemática.

La estructura considera, además de las características de la personalidad, si los nexos interpersonales son adecuados, laxos o

simbióticos; si las relaciones se dan como alianzas, pugnas o ambivalencias y así sucesivamente. Ver en su conjunto el entramado de sus vínculos interpersonales como fuertes y apropiados, excesivos y dependientes, débiles e inconsistentes o conflictivos e inapropiados, etcétera., constituye una dimensión evaluativa que hemos de saber explotar, en bien de nuestras «curas». La forma en que se inserta el paciente en su esfera familiar resulta, con mucho, la unión estructural de mayor significación en las neurosis. Cómo se percibe esta estructura desde la óptica del paciente y cómo es en realidad —una entrevista conjunta con la familia puede facilitararlo— contribuye a que tengamos buen material para trabajar posteriormente.

Creo no tener necesidad de fundamentar aquí la importancia de la hipótesis actitudinal en nuestro modelo de terapia, conociendo que esta hipótesis permite formular cuáles actitudes concretas parecen estar interfiriendo en las necesidades, participando en los conflictos, facilitando los síntomas y distorsionando las relaciones interpersonales del paciente, y cuál es el papel que consideramos juegan concretamente en su trastorno.

La hipótesis semántica es el producto de la evaluación diagnóstica de los aspectos formales de la comunicación y de la modelación del mundo por parte del paciente; de la organización neurolingüística de sus mecanismos sensoriales y procesos lógicos y de la gramática transformacional que opera en su semántica, mediante lo cual podemos percatarnos ante qué formas de lenguaje «semánticamente mal elaborado» estamos presentes, así como precisar el sistema representacional más altamente valorado, y las claves de acceso a los distintos sistemas; es decir, identificar las formas comunicacionales y las diferentes incongruencias y polaridades del paciente, en consonancia con sus específicos procesos formales de modelación del mundo (*Grinder y Bandler*).

La hipótesis ecológica resulta de nuestra evaluación acerca de la armonía en las relaciones del paciente con su entorno social y natural, de las influencias socioculturales y físicas que operan sobre él. El equilibrio dinámico con su ambiente se refleja en la recíproca influencia, favorable o perniciosa, del individuo y su sociedad. Ya *Aristóteles* nos hablaba del *homo politikon* y es añejo el aforismo «Mente sana en cuerpo sano», que traduce la correlación psicofísica y la unidad hombre-naturaleza. La violación de este principio lo paga el

hombre al precio de su salud. La hipótesis ecológica estriba en la identificación de las posibles causas de dicha transgresión, en el contexto del paciente.

Por último, la hipótesis sistémica, a la que llamo *hipótesis sistémico-actitudinal* por el papel descollante en ella de las *actitudes*, consiste en la formulación para el interior del terapeuta del posible vínculo entre los distintos elementos que conforman el sistema neurótico del enfermo concreto, en cuya comprensión se integran las distintas hipótesis parciales aludidas. A través de ella vemos que las actitudes inadecuadas entorpecen la satisfacción de necesidades esenciales, provocando niveles de estrés generadores de síntomas, mientras que las significaciones condicionadas por su experiencia personal traumática, se erigen como amenazas perturbadoras, las cuales, al ser reconocidas inconscientemente en situaciones de conflicto, movilizan emociones negativas, defensas y, tras ellas, los síntomas y las actitudes inadecuadas, con lo que se refuerza el círculo morboso *actitudes inadecuadas-necesidades insatisfechas-distrés-defensas-síntomas-actitudes inadecuadas*, consustancial a las neurosis, como estudiamos en su oportunidad.

Esta hipótesis apriorística, abstractamente esquematizada aquí, se concretiza al identificar inicialmente qué actitudes, qué necesidades, qué amenazas, qué defensas y qué síntomas específicos sugieren su interconexión, integrándose en ello la percepción holística de los distintos aspectos que parecen formar parte de los problemas del enfermo y prometen determinarlos. Cuando el terapeuta se siente con elementos como para creer que comprende en su conjunto lo que sucede al paciente, por qué y cuál es el papel en ello de las actitudes, y es capaz de formularlo mentalmente, en forma intuitiva pero razonada, tiene en sus manos –como instrumento para el trabajo en una etapa superior– la hipótesis sistémico-actitudinal a que hacíamos alusión. Con ello ya tenemos concluida, con el último de sus elementos, la evaluación diagnóstica preliminar.

Resumen parcial. Al concluir la última sesión de la primera etapa, el terapeuta hace un resumen de los problemas que el paciente le ha planteado, dejando entrever los posibles nexos entre ellos, según la forma en que se hayan evidenciado hasta el momento. Por ello, trata que el paciente recapitule acerca de sus problemas, con lo cual podrá apreciar contradicciones que se ocupará de resaltar, sembrando in-

quietudes que señalará como objeto de análisis para la siguiente sesión. En este resumen parcial, se las ingeniará para sacar a relucir –o, preferiblemente, que el sujeto reconozca por sí mismo– las actitudes que ostensiblemente le han venido creando dificultades, de modo que ello estimule el propósito de trabajar con profundidad, en interés de encarar y resolver los problemas identificados, asumiendo actitudes adecuadas ante ellos.

Establecimiento de objetivos y definición de las estrategias de intervención. Hecha la evaluación diagnóstica y formulados, de modo preliminar, los propósitos que el propio paciente se traza, se procederá entre ambos a dejar definidos los objetivos que se proponen con el tratamiento, así como se tomará la decisión, por parte del terapeuta, sobre qué tipo de recursos empleará para lograrlo, para lo cual deberá contar con la colaboración activa y la anuencia del paciente.

Contrato terapéutico. Al ser trazados los objetivos y explicadas las características generales que ha de tener el empeño terapéutico para alcanzarlos, debe quedar definido qué corresponde al terapeuta y qué al paciente en dicho proceso, y sobre todo, se debe concertar el compromiso verbal, por parte del paciente, de cumplir responsablemente con la parte que le toca en el contrato, quedando en claro que la obtención de los resultados esperados, dependerá fundamentalmente de su esfuerzo y perseverancia. El terapeuta no deberá albergar dudas de que el «enganche» necesario ha sido logrado.

Despedida. El paciente deberá ir conociendo que se aproxima un nuevo estadio, muy importante, en el que se trabajará muy duro, así como que dependerán de él mismo los resultados. Si algún psicofármaco se utilizaba hasta aquí, debe quedar eliminado y se debe formalizar la renuncia a cualquier tipo de tranquilización farmacológica, aprovechándose las muestras de ansiedad que pudieran aparecer, como un elemento que opere a manera de factor motivador para esforzarse tras las causas, y favorecer el cambio. Se hará un recordatorio de las distintas áreas comprometidas, actualizándolas y añadiendo alguna que surja del planteamiento de los objetivos y que resulte adecuada a este nivel. Se transmitirá confianza en la posibilidad del cambio, insistiendo en que la responsabilidad por ello recae en el propio paciente. Por último, se procede a la concertación de las nuevas citas y a la despedida, con los saludos de rigor.

En nuestra práctica y en paralelo con este ciclo de sesiones, otro miembro del equipo enseña al paciente alguna técnica de relajación o, en algunos casos, trabaja determinados síntomas con técnicas sugestivas. Se suele implementar, al menos, una sesión de familia con la conducción nuestra, decidiéndose casuísticamente si ésta continúa o no en terapia –en este caso con otro terapeuta del equipo– de acuerdo con las particularidades.

No obstante, aunque no lo incluyamos en un programa complementario –siempre recomendable si está coordinado en sistema– tratamos de que el interesado realice ejercicios de relajación simultáneamente con sus entrevistas, no solo por contribuir ello a su participación activa en su terapia, sino porque nos dará oportunidad de recurrir a este recurso cuando sea conveniente, a la vez que su utilización sistemática constituye un factor terapéutico permanente en el control de su ansiedad y en la modificación de sus actitudes.

10.4.2 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISIS E INTERVENCIÓN DINÁMICO-ACTITUDINAL

Estadio fundamental para el avance terapéutico, con una duración de entre cuatro y doce sesiones, en el que se pretenden los objetivos siguientes:

- Consolidación y utilización terapéutica del *rappport*.
- Esclarecimiento del estilo y plan de vida del paciente.
- Congruencia entre éstos y con la realidad vital.
- Interiorización de conflictos.
- Interiorización de sentimientos y necesidades insatisfechas.
- Interiorización y movilización de actitudes.
- Comprobación de las hipótesis diagnósticas.
- Comprobación e interiorización de la hipótesis sistémico-actitudinal.
- Obtención de experiencias emocionales correctivas.
- Ensayo de nuevas conductas, positivas.

DESARROLLO DE LA ETAPA

Recepción. Saludo, como siempre. Chequeo de las tareas. Vemos la evolución de los problemas de la vida cotidiana del paciente, no de sus síntomas.

Estilo y plan de vida. Hasta este momento el énfasis de la exploración había sido puesto en conocer con profundidad la vida del paciente, así como sus problemas y actitudes; en el papel que corresponde al pasado en la orientación del presente, en su pensar y sentir con respecto a lo que pasa y por qué le pasa. En esta etapa, comenzamos también a explorar en la visión del porvenir. ¿Qué pretende el sujeto? ¿A qué aspira para su futuro? ¿Cuál es su proyecto vital? ¿Qué está haciendo para lograrlo? ¿Es sensato lo que quiere? ¿Es congruente lo que está haciendo con lo que cree proponerse? ¿Se engaña y lo que cree proponerse no es lo que realmente se propone? Lo que quiere o está haciendo ¿es congruente con su realidad y posibilidades? Todo lo que se haga a partir de ahora tendrá que ver, de algún modo, con la respuesta a estas interrogantes.

Adler nos puso a razonar sobre esto y su alerta no ha perdido vigencia. La exploración en esta nueva dimensión –si no surgió espontáneamente con anterioridad– abre posibilidades para que afloren a la superficie contradicciones de todo tipo, que se darán de frente con las actitudes, los «complejos» y las necesidades frustradas del individuo, lo cual constituye material privilegiado para el análisis. Por otra parte, el que pueda ir tomando conciencia de sus contradicciones, ayuda a validar consensualmente su propia realidad. El análisis del estilo y plan de vida se tratará de ir haciendo, en lo posible, a propósito del tema del día (a lo que está ya condicionado el paciente); tema que se suele derivar a este nivel, también, del control del cumplimiento de las tareas, de un asunto pendiente o de la evolución del acontecer cotidiano, mediante transición suave. Su relación con las necesidades insatisfechas y con los mecanismos de enfrentamiento a las dificultades y las correspondientes actitudes, hace que sea relativamente fácil, técnicamente hablando, llevar esta temática al foco de la atención, así como establecer sus nexos, para facilitar posteriores concientizaciones.

No quiere decir que hayamos terminado de analizar el pasado y el presente y que ahora lo sustituyamos por el análisis del porvenir. Quiere

decir que, en conocimiento de su biografía, la actividad terapéutica empezará a preocuparse por la visión de futuro, por la brújula de los objetivos vitales; de ahí que, cuando en la temática debatamos el pasado o el acontecer cotidiano, veamos también para qué nos sirve todo ello en función del porvenir, de un proyecto de vida saludable, de un dejar de mirar atrás para mirar hacia delante y no volver a caer. Por eso, en esta segunda y también en la tercera etapa, trabajaremos la dinámica en los tiempos pasado-presente-futuro, siempre en correspondencia con el juicio de la realidad y con la pauta del rastreo y modificación de las actitudes.

Análisis psicodinámico. A través del diálogo terapéutico evaluativo nos hemos formado hipótesis. Llegó el momento de trabajar con ellas. Pero no de forma fría y racional; por el contrario, incidiendo por la emoción, que es entrar por la dinámica. Si es que hemos de ir haciendo temática la dinámica y podemos valernos del *rappport* y la confianza en nosotros ya establecida, es factible comenzar por la interpretación de sentimientos. Los problemas, las contradicciones y conflictos fácilmente traen a flor de piel, cuando se tocan, las emociones y sentimientos. Lo que es típico que el neurótico no los perciba con mucha objetividad, por lo cual, además de ventilarlos, podemos aprovechar para irlos interpretando cuando, en la sesión, se ponen a nuestro alcance. Así, el paciente comienza a ir descubriendo algunas cosas de sí mismo por la vía de la vivencia, aunque no tenga aún conciencia clara del porqué. Pero ya puede ir sabiendo algo del *qué*; y en qué contexto y ante qué asociaciones aparece, lo cual despeja caminos.

Con los sentimientos suelen salir a flote las necesidades. Tal asociación, cuando surge en la sesión, ha de quedar explícita: el paciente debe *sentir* que vivenciamos empáticamente con él sus necesidades y, en lo posible, por qué siente como siente. Tras las necesidades y sentimientos, asomarán los conflictos o «complejos» —hasta donde está en capacidad de llegar a ellos— con la ayuda del sentido común y de la evidencia, aún no de la interpretación. Y con los «complejos», no es difícil convenga considerar la amenaza neurótica, que es un componente ideativo-emocional que, por error condicionado de aprendizaje y de memoria, refleja irracionalmente la realidad.

No será momento aún de intentar hacer conscientes sus fantasmas. Pero ya debemos ir golpeando sus fundamentos, evidenciando

su impropiedad, inadecuación y extemporaneidad. Se ha de ir asociando los traumas de la vida con los significados de las cosas para el sujeto; la conciencia no los podrá aceptar todavía, pero el camino se va trillando. El paciente comprenderá lo que significan para sí aunque no esté todavía en condiciones de captar lo que realmente son, epistemológicamente hablando. Su vida cotidiana y sus recuerdos seguirán nutriendo el análisis. Sus conductas enfrentarán fantasías con realidades. Nosotros estaremos allí para ir presionando, cuestionando, confrontando, planteando dilemas, esclareciendo, ventilando, reformulando, reencuadrando, pidiendo opiniones, responsabilizando, aprobando, connotando positivamente, planteando paradojas, actuando o dramatizando, desensibilizando, relacionando, promoviendo *insight* donde sea posible, apelando a la alianza terapéutica, manejando los silencios, las comunicaciones y la defensa, validando consensualmente sus conductas, discriminando el pasado del presente y haciendo poner la vista hacia el futuro, rompiendo resistencias, haciendo transiciones, modelando conductas asertivas. Pero, sobre todo, movilizándolo los afectos y buscando impactar con experiencias emocionales correctivas cuantas veces sea posible, acorralando actitudes para interpretarlas y golpear con ellas hasta el cansancio.

Movilización y análisis de actitudes. No podemos separar la actitud del análisis psicodinámico. Como sucede con la vida, si fraccionamos un sistema en pedacitos, deja de ser tal. La actitud surge como evidencia cuando buscamos las causas del problema, cuando exploremos los intentos para su solución, al analizar sus consecuencias. Por eso, constituye el elemento clave en la terapia. Y aunque desde las primeras entrevistas ya podemos entrever el papel de la actitud, es a partir del segundo estadio que empezamos a trabajar sistemáticamente con ella. El paciente debe conocer de sus actitudes problemáticas, y sentir su inconsecuencia para con sus propios intereses. Pero solo puede sentirlo emocionalmente, por lo que aquellos que han querido ver como terapias de actitud —y llamarles así— a procedimientos que descansan solamente en la persuasión y el raciocinio, confunden las cosas, lo cual ha dificultado que las actitudes hayan alcanzado en la terapia el papel que les corresponde, pues han sido subutilizadas las potencialidades que brinda su utilización sistemática. Porque no hay terapia efectiva si no se logra el cambio, y no se

facilita el cambio solo porque al paciente se le convenza de la inconveniencia de algo. «Nadie escarmienta por cabeza ajena»: el impacto emocional es requisito indispensable para ello.

Para lograr el cambio, a la actitud hay que golpearla –como a la crisis– cuando la emoción está al rojo vivo. Aquí el objetivo de la intervención es poner en tensión la dinámica psicoterapéutica, en función del acorralamiento de la actitud; interpretar su vínculo con los conflictos, las angustias, la insatisfacción de las necesidades, los fallidos intentos de solución de su problema y los desfavorables resultados de su forma de vivir.

Experiencia emocional correctiva. Se desprende de lo dicho anteriormente el valor de este proceder, al que nos aferramos como la constante para provocar el cambio, por ser –siguiendo el símil– horno y martillo para las actitudes. No suele lograrse mucho todavía, pero podemos ir «madurando» la situación terapéutica con ese objetivo. Jamás debemos dejar de aprovechar la oportunidad de propiciarla cuando aparezca la posibilidad, y, de este modo, extender su moraleja a la conciencia, canalizando la fuerte emoción que se experimenta para favorecer la modificación de la conducta descalificada. A pesar de que no constituye un recurso específico de la segunda, sino de la tercera etapa, lo mencionamos aquí porque, aunque con insuficientes posibilidades aún de utilización, condiciona cambios de significación.

Comprobación diagnóstica e hipótesis sistémico-actitudinal. Las hipótesis psicodinámica, funcional, estructural, ecológica, actitudinal, semántica y sistémica son puestas conscientemente a prueba en la confrontación terapéutica con el paciente y su vida práctica, ajustando, ampliando, corrigiendo, modificando, de acuerdo con la progresión de la terapia. No es la comprobación por la comprobación en sí, sino la hipótesis como instrumento de trabajo. Pensamos que las cosas pueden ser de un modo, pero el enfermo no reacciona ante ellas como esperamos, o la realidad nos muestra facetas que no habíamos vislumbrado, haciendo que modifiquemos nuestras hipótesis. Es un rastreo analítico, inquisitivo, llevado a cabo por dos personalidades en estrecha comunicación emocional, contextualizadas en una situación terapéutica donde la práctica es el criterio de la verdad. ¿Las pruebas? El crecimiento personal del sujeto, su estado de equilibrio emocional, una madurez incrementada a criterio de su entorno, la

evolución de sus síntomas, el éxito en su conducta personal, su nivel de ajuste psíquico y social.

Las hipótesis no se transmiten como lecciones que el paciente aprende, gratificándonos con su aceptación. Son sospechas que nos hacen buscar sin decir, ayudando al paciente a que encuentre por sí mismo. Solamente los ponemos en camino de poderlas hallar, derribando obstáculos y poniendo en sus manos la brújula de sus propias actitudes y significaciones, de acuerdo con su vida y no frente a contextos referenciales preconcebidos según criterios de escuela.

Tras avanzar en la etapa, trabajando con las hipótesis parciales y ajustándolas, llega el momento de nuestro propio compromiso: el acto médico secular de afirmar diagnóstico, cuando ya tenemos todos los elementos posibles a nuestro alcance para poderlo formular. Es el momento de asumir la hipótesis sistémico-actitudinal definitiva, ya precisada tras numerosas sesiones de trabajo terapéutico en común, conociendo su vida y sus valores, sus aspiraciones, traumas, conflictos y amenazas, sus necesidades, planes, sueños, pensamientos, sentimientos y accionar. Entonces, junto con él, nos sentimos capaces de comprender lo que pasa y juntos alumbramos un producto elaborado a cuatro manos, que formula internamente el terapeuta como hipótesis abarcadora y que internaliza el paciente como *insight* por la vía de su experiencia emocional y su cambio de actitudes, tanto hacia afuera como hacia el interior de sí mismo: se atreve a mirar, de nuestro brazo, en sus penumbras y va aprendiendo a ver objetos útiles donde imaginaba fantasmas y avizoraba peligros catastróficos. Poco a poco, irá atreviéndose a caminar solo, hasta soltarse definitivamente de nuestra protección. Con esta hipótesis sistémico-actitudinal en nuestras manos, acometeremos la tercera fase de la terapia.

Papel de la actividad. En su importante trabajo «Psicoterapia y materialismo dialéctico», *Fernández Zoila* nos deja ver el papel determinante de la acción en la retroalimentación consciente y en el cambio, durante el proceso de terapia. Coincido con él y con los teóricos del aprendizaje, en que es la actividad el eslabón fundamental para hacer realidad la modificación de los valores.

Ensayo y error, condicionamiento, refuerzo, aferentación de retorno, aceptador de acción son, entre otros, términos que la psicología experimental ha podido demostrar científicamente como fundamentales para el aprendizaje y la corrección de la conducta, los que

son a su vez necesarios para la reorientación cognitiva, la validación, la discriminación y el refuerzo de la actividad interna (lo psíquico) a través de su materialización en una práctica corregida y repensada (enfoque sistémico). Equivocados estaríamos si creyésemos que solo por «tomar conciencia» de algo vamos a cambiar como personas, si no actuamos de inmediato en consonancia con la conciencia que tomamos. Y pecaríamos de omisos si no advertimos oportunamente que los compromisos con sus hechos van influyendo imperceptiblemente en la ideación que sobre su experiencia tienen las personas.

Muchos jóvenes se desvían del camino cuando nos despreocupamos de la forma en que van estableciendo sus relaciones sociales, independientemente de las buenas ideas que hayamos podido sembrar en sus mentes. Y muchos adolescentes descarriados rectifican cuando se les ofrece la posibilidad de conducirse correctamente en el trabajo o el estudio. De estos ejemplos puede mostrarnos mucho la Psicopedagogía. Es por ello que, paralelamente al trabajo de análisis dinámico, al acorralamiento de las actitudes, a la experiencia emocional correctiva que procuramos, nos ocupamos en todo momento de la tarea, del modelado de conductas asertivas, de la puesta en práctica, paso a paso pero en forma definida, concreta y objetivable, de los propósitos del plan de vida analizados en terapia. De ahí que conminemos al paciente a la acción consciente y perseveremos en eso; y que luego analicemos con él los resultados, el *feed-back* de la acción, lo cual va contribuyendo a la validación consensual que procuramos.

Interpretaciones. Ya hablamos de la interpretación de sentimientos y necesidades insatisfechas y de la interpretación de la actitud. En esta fase terapéutica proceden como nunca la acotación, el señalamiento e, incluso, bajo fuerte carga emocional, la interpretación dinámica: pero esta última se hará todavía, fundamentalmente, apoyados en el sentido común. Estas son interpretaciones de primer orden, las cuales corresponden a las llamadas significaciones de primer orden, aquellas validadas por la lógica y el sistema de valores propio del grupo cultural al que pertenece el paciente. Sin disminuir el papel protagónico que corresponde a la conciencia sobre el resto de las funciones psíquicas, que se le subordinan jerárquicamente en el plano gnoseológico, el valor fundamental de este recurso radica en la movilización emocional

y en las respuestas conductuales que puede despertar en el sujeto, lo que contribuye a fortalecer el imperio de la razón en el control de los sentimientos y conductas del individuo, más que al conocimiento por el conocimiento mismo. De existir significaciones inconscientes que se contrapongan a la lógica del sentido común, difícilmente la interpretación de primer orden podrá actuar a favor del cambio, si previamente no se comprende el porqué de aquellas y cuáles son realmente estas significaciones. Puede comprenderse entonces que, de no haber bloqueo emocional de la percepción del significado que «romper», el valor terapéutico que puede alcanzar una interpretación de este tipo, será el derivado del reforzamiento de la alianza terapéutica que puede facilitar un mejor conocimiento de aspectos importantes de sí mismo. El uso de las interpretaciones se hace en el marco de la relación interpersonal establecida, movilizándolo los afectos y estimulando la actividad fuera del contexto terapéutico, lo cual va contribuyendo a delinear los significados y el sentido vital.

Despedida. Como siempre, el terapeuta resume la sesión, subrayando, reencuadrando. Con sentido prospectivo, hace que el paciente formule verbalmente sus propias conclusiones y propósitos. Viene entonces la tarea, elaborada en común, la que va buscando el modelado de conductas y el refuerzo. Estas se precisan lo mejor posible. Tras el concierto de compromisos y de la cita, el saludo habitual.

10.4.3 TERCERA ETAPA: MODIFICACIÓN DE ACTITUDES Y CAMBIO TERAPÉUTICO

Esta fase, con duración de cuatro a doce sesiones, tiene los objetivos siguientes:

- Toma de conciencia de significaciones equívocas.
- Modificación de actitudes y consolidación del cambio.
- Validación y confrontación con la realidad.
- Refuerzo de conductas positivas y desarrollo de las capacidades.
- Maduración y crecimiento de la personalidad.
- Satisfacción de las necesidades.
- Promoción de la independencia y la iniciativa.

DESARROLLO DE LA ETAPA

Recepción. Luego del saludo afectuoso de siempre, se chequean las tareas, pero de modo que el paciente informe activamente sobre ellas, vinculando sus resultados con sus propias conclusiones acerca de los problemas tratados que determinaron su elaboración. El tiempo que se dedica a ello es mucho mayor que en etapas anteriores. Muchas veces del chequeo de la tarea surge el tema del día, lo cual es muy recomendable si el nivel emocional que se involucra en su ventilación es alto.

Tema del día. Se elige de acuerdo con la dinámica del proceso, aprovechando eventos vitales, análisis de la tarea, compromisos pendientes, tensiones de la vida interpersonal o áreas de conflicto que se decide traer a colación nuevamente porque se valora propicio el momento de reconsiderarlas a un nuevo nivel. Se debe escoger un tema que permita profundizar en sus vertientes principales: las significaciones problémicas que le conciernen, las conductas del sujeto en todo lo que tiene que ver con ellas y los afectos tormentosos y sentimientos que les están asociados y perturban al paciente.

Una vez alcanzado el clímax de afectividad y comunicación, hacemos uso del *rapport* y de la relación empática, lo que nos permite confrontar, interpretar, incluso presionar al paciente en determinadas ocasiones, sin enajenar la relación, buscando profundizar en el análisis. Abierto el camino, nos sumergimos en sus conflictos inconscientes, en busca de significaciones de segundo orden, o sea, aquellas que conciernen a significados solo para sí, traumáticos, confusos, incompletos, desfasados o desproporcionados con relación a la carga emocional que les corresponde, generadores de síntomas y organizadores de actitudes mórbidas.

Es la ocasión de las interpretaciones propiamente dichas, las de segundo orden, las cuales develan lo inconsciente y permiten el *insight* y la movilización de afectos y actitudes en el momento en que el sujeto lo experimenta, confrontado con sus fantasmas y su realidad existencial. Es la oportunidad de la experiencia emocional correctiva, del acorralamiento de las actitudes y de la comprensión de que, sin cambiarlas, todo seguiría siendo un desastre, y que en sus manos está el arreglar las cosas, si realmente lo quiere, se empeña y se compromete con ello.

Ese enfoque de responsabilidad prospectiva, en el sentido de que si se lo propone, puede, ya con una conciencia definida de lo que se quiere y lo que conviene, y una clara precisión de lo que concierne a las contradicciones en su estilo y plan de vida, representa un importante factor movilizador de actitudes y conductas hacia el cambio, el cual, como decíamos, pasa por el reaprendizaje y el refuerzo de la conducta asumida tras la toma de conciencia, mientras va remodelándose y fraguando la nueva actitud. Se debe perseverar en la modificación y consolidación de actitudes a partir de la relación terapéutica, de la externización, de la relectura existencial a partir del enfoque de responsabilidad prospectiva, con la mirada puesta en sus renovadas metas vitales.

La reorganización cognitiva (ECRO secundario, nueva visión de sí mismo, de sus problemas y su conducta, con vistas al futuro) ha de acompañarse del enfrentamiento a la realidad, del reajuste al medio y el desarrollo de las capacidades potenciales, de la solución al problema de cómo satisfacer sus necesidades con madurez, del rediseño conjunto y la ejercitación de roles y conductas asertivas, así como de un análisis sistemático del *feedback* de las nuevas conductas y actitudes, en función del plan de vida que forjó. La connotación positiva y el refuerzo de las respuestas positivas, durante y fuera de la sesión, van fortaleciendo las actitudes modificadas y ayudando a experimentar seguridad, mientras se promueve en todo lo posible el enriquecimiento de la vida personal y el cultivo de los valores del espíritu, en correspondencia con el estilo existencial que se promueve, para ser consecuente con sus metas.

Comprobación de la hipótesis sistémico-actitudinal. A medida que el análisis progresa y, con él, el refuerzo de las nuevas actitudes, se produce un fenómeno en extremo interesante: se van rompiendo las resistencias, el sujeto va siendo capaz de ver cada vez más dentro de sí, atreviéndose a enfrentar progresivamente sus fantasmas y temores inconscientes. Eso lo ha experimentado todo el que trabaja seriamente en análisis. Este fenómeno nos facilita la asociación interna entre las concientizaciones parciales y la afectividad que les corresponde, la unión de lo que ha estado desfasado en los procesos nerviosos, por haber sido condicionado en distrés neurofisiológico al momento de su percepción.

La experiencia emocional correctiva, la validación consensual, la interpretación y el *insight*, propician la reconocimiento, la reelaboración

consciente de lo que se dio en rudimentos asociado con la angustia (incapacitado el sujeto, en aquel entonces, para integrarlo como experiencia consciente, relegándolo a memoria inconsciente del distrés). El uso apropiado de estos y otros recursos, va posibilitando la apertura a nuevas significaciones, las cuales sustituyen a las arcaicas; y a nuevas actitudes, que van entrando en disonancia con los viejos condicionamientos.

Resultado de la ampliación del campo de la conciencia a expensas del terreno que se gana al miedo –parapetado en sus fantasmas inconscientes– el sujeto va integrando los diferentes componentes del rompecabezas de su significado y sentido vital, mientras que, en la misma medida, terapeuta y paciente van comprobando la operatividad de las hipótesis formuladas en la situación terapéutica, y su viabilidad para el futuro.

La comprensión –en un clima emocional propicio– de las relaciones internas entre los distintos factores que integran su problema y la elaboración en común de nuevos significados, consecuentes con la historia personal y con la autoestima e intereses prospectivos del sujeto, posibilitan la asimilación holística, integral, de la experiencia. Asimilación que involucra sus valencias racionales, emocionales y actitudinales, integradas en un conjunto coherente y funcional, accesible a la percepción psíquica, el análisis lógico, la aceptación emocional y la instrumentación comportamental. Esto crea condiciones propicias a las actitudes eficaces, expresión de un nuevo estado funcional del sistema nervioso y la psiquis humana para responder, en forma adaptativa, a la realidad objetiva, incluidas las necesidades propias.

No es menester que el paciente elabore la explicación teórica de los factores etiológicos de su estado morboso. Lo imprescindible es que experimente dentro de sí mismo, como no amenazantes, las vivencias íntimas que le incumben; y que asimile la realidad de su pasado, su presente y su futuro sin prejuicios, sin fantasmas perturbadores de su equilibrio interior y su seguridad, liberando la capacidad de satisfacer sus necesidades y aspiraciones, que sepa lo que quiere y luche adecuadamente por ello. Esto se logra si la hipótesis sistémica reflejó la realidad, si la técnica fue apropiada, y la relación de ayuda lo suficientemente auténtica y sólida como para que el paciente se atreva a encarar, seguro, las contradicciones y fantasías reprimidas que le

entrecortaban el aliento y estrechaban la razón, metafóricamente hablando, así como las actitudes inapropiadas que mantenía y defendía, por ser parte de sí, pero que le estaban complicando la existencia.

Quiero decir, en esencia, que la hipótesis sistémica se internaliza a través de las vivencias y los actos, quitándole al recuerdo sus fantasmas. Más que el insistir en *lo que es*, consiste en desmitificar vivencias, en reorganizar su modelo del mundo, en abrir claridad en la conciencia para saber, con conocimiento de causa, identificar *lo que no es*, perdiendo el miedo a lo desconocido de sí mismo y la inseguridad morbosa ante la gran aventura de la realidad. Mientras más sepa la persona de su mundo interior, más preparada estará para entenderse y enfrentar con éxito la realidad exterior.

Saber más y temer menos porque se deshacen mitos y se desarrolla la confianza en sí. Pero el saber de sí como objetivo terapéutico tiene como límite el que establece la seguridad personal frente a lo desconocido: «Mientras sé más de mí, va quedando menos espacio a la inseguridad, pero no necesito saber tanto en la medida en que no temo, porque sé precisamente que aquello que temía, no es así». Esa es la dialéctica del cambio terapéutico a través de la hipótesis sistémica, basada en la aprehensión del sentido y significado de la historia personal, y en la reorganización de su modelo del mundo, avalada por la mejoría sintomática y el enriquecimiento de la funcionalidad personal, pruebas últimas de su eficacia.

Satisfacción de las necesidades y desarrollo de las capacidades. A lo largo de toda la terapia, de acuerdo con la estrategia de alianza terapéutica, nos apoyamos en los propios recursos del paciente, en las partes sanas de su personalidad, en el desarrollo de sus capacidades, en la connotación positiva y el aprovechamiento de las potencialidades. En esta etapa superior del tratamiento, esta dirección estratégica alcanza un papel más elevado en la medida en que se vayan desarrollando capacidades, disminuya la inseguridad, crezca la personalidad, surjan nuevas motivaciones y se vayan satisfaciendo de un modo más maduro algunas necesidades, que aparecían bloqueadas por limitaciones que de esta forma se compensan.

Por otra parte, la estrategia de ir modelando conductas, ensayando y reforzando roles, mejorando los aspectos semánticos de la comunicación, entre otros recursos en su auxilio, permite ir ayudando a satisfacer necesidades, mediante el aprendizaje apropiado y el escl-

recimiento y ventilación de equívocos basados en sustituciones, generalizaciones y distorsiones que lo entorpecen, amén de las modificaciones actitudinales que propician. Este proceder, como señalamos, contribuye a disminuir la inseguridad y a desarrollar capacidades, en beneficio del crecimiento y maduración de la personalidad. La consolidación de las actitudes modificadas y el enriquecimiento de la vida personal y la funcionalidad comunicacional son los componentes más importantes de esta etapa.

Independencia e iniciativa. Mientras más aprenda el enfermo a sumergirse en el interior de sí mismo y a mirar sin temor hacia el futuro, mejor se va preparando para caminar por sí solo, sentando bases para el fin de la terapia.

Desde temprano en nuestras curas, hemos de promover iniciativa e independencia. No solo no estimular dependencia. En este estadio, próximo al final, el paciente debe experimentar la confianza que en él tiene el terapeuta, quien respeta sus decisiones, le deja cada vez más guiar su terapia, descargando sobre él la plena responsabilidad en decisiones y planificación de su futuro, con aceptación incondicional explícita. En nuestra técnica, el tratamiento debe terminar por lisis. Este recurso es el que más coadyuva en esta dirección.

Despedida. Cada vez más, el paciente va estableciendo sus propias tareas, con menor intervención del especialista. Este se limita a ayudarle, redondeándolas. Las tareas devienen progresivamente complejas, vinculadas a los objetivos a largo plazo de la terapia. Se recuerda el continuar actuando sobre todas las anteriores en que proceda. Las citas se van haciendo más espaciadas en la medida en que se va acercando el fin. El saludo de despedida va perdiendo formalidad, manteniendo su afectividad.

10.4.4 CUARTA ETAPA: EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

Este último estadio, de apenas una sesión previamente anunciada, tiene los objetivos siguientes:

- Evaluar los resultados alcanzados.
- Concretar las recomendaciones para el trabajo independiente.

DESARROLLO DE LA ETAPA

Habiéndose cumplido los objetivos del anterior estadio, llegó el momento final de la terapia. Terapeuta y paciente pasan revista a lo logrado, correspondiendo el papel activo a este último, quien deberá referir cuáles fueron sus objetivos y lo que considera han sido sus logros. También se le solicitará se refiera a los proyectos que alberga para su futuro. El terapeuta le ayudará con los recursos del esclarecimiento y el refuerzo, fundamentalmente, pero no reabrirá la terapia.

Producto de este diálogo, quedará definido sobre qué trabajará la persona por propia cuenta, qué cosas que no le agradan tiene que aceptar como parte de sí, y cómo hará para convivir con ellas. A su vez, se tratará de que sean abordados de forma general, los planes en los que concentrará sus empeños, sin que vuelvan a ser considerados en detalle temas que ya se discutieron y para los que el paciente está en condiciones de tomar sus decisiones, a partir de sus propios criterios. El terapeuta pondrá especial cuidado en reconocer los esfuerzos realizados a lo largo del tratamiento, en destacar las principales virtudes y los recursos de la personalidad más valiosos y positivos del sujeto, aplicando la connotación positiva a las naturales insuficiencias en lo logrado y a las características quizás no deseables, pero inaccesibles a la psicoterapia. Debe quedar claro que la relación de ayuda ha terminado y que, en lo adelante, él será capaz de resolver los problemas por sí mismo, sin necesidad de tratamiento.

Roto el vínculo profesional, queda entre ambos una relación afectiva peculiar, cercana a la amistad y mezcla de gratitud, respeto y simpatía, que proporciona al antiguo paciente la certeza de que hay personas en el mundo en quienes se puede confiar, que le han estimado bien, llevándose consigo, como obsequio de la terapia, el recuerdo grato de una experiencia vital enriquecedora y un modelo de afecto desinteresado y sincero, que siempre ha de acompañarle.

El terapeuta, ya libre de tal condición, está en posibilidad de hacer a su antiguo paciente las recomendaciones personales que el conocimiento del sujeto y su experiencia vital le aconsejen, dejando en claro que no se trata de prescripciones o sugerencias terapéuticas, sino de sus criterios como persona, en términos *de igual a igual*; teniendo cuidado no se trate de consejos que lo inmiscuyan en deci-

siones privadas, sino de opiniones acerca de aspectos sobre los que le convendría trabajar, cualidades que puede potenciar, o cabos sueltos que fuese posible examinar, para tomar las decisiones correspondientes. Por tener una fuerza de impacto extraordinaria, estas recomendaciones serán pocas y muy bien pensadas, toda vez que ponen a prueba al terapeuta como ser humano completo, es decir, como persona y como profesional y pueden tener una repercusión significativa para el futuro del interesado.

La despedida debe ser particularmente afectuosa y claramente definitiva, y estar acompañada por la expresión de la mayor confianza del mundo en que el individuo que sale así enriquecido como personalidad de la terapia, tiene todas las condiciones necesarias para salir adelante en la vida, a pesar de las dificultades y problemas que todos tendremos siempre que afrontar en el futuro. Con ese hábito optimista de seguridad en el porvenir, concluye el tratamiento.

Capítulo 11

PSICOTERAPIA CONCRETA (BREVE) DE ACTITUDES

11.1 INTRODUCCIÓN

La psicoterapia breve constituye la variante psicoterapéutica de elección en situaciones de crisis. Es breve en términos de tiempo, pero sus objetivos no son los de otras psicoterapias «superficiales» que buscan el alivio o la eliminación de síntomas, sin proponerse otros cambios en el sujeto.

Esta modalidad utiliza recursos tomados de diversas técnicas de terapia profunda y procura un cambio a través de la modificación de actitudes. A diferencia de aquellas, no incursiona sistemáticamente en el pasado para hallar sentido a los síntomas y las actitudes presentes sino que se preocupa por el *aquí* y *ahora*, por los problemas actuales del sujeto y por su conducta con vistas al futuro. Se interesa en las actitudes que están interfiriendo en el problema actual, tratando de limar las aristas del drama interpersonal del paciente, que dificultan su ajuste interpersonal y la adecuada satisfacción de las necesidades involucradas en la crisis. Como en la modalidad profunda, las estrategias de intervención se diseñan *ad hoc*, en consecuencia con la problemática concreta del paciente y sus posibilidades de participar activamente en la obtención del reajuste social.

Existen diversas formas de encarar la terapia breve de actitudes. A partir de *Auerswald*, *Caplan* y *Baldwin*, con su enfoque ecológico e intensivo de la terapia, la intervención terapéutica en las crisis ha pasado a ser en extremo activa, haciendo uso simultáneo de todos los recursos disponibles desde los puntos de vista psíquico, biológico y social; con el individuo, la familia y la comunidad; en forma interdisciplinaria y transectorial. Psicoterapéuticamente hablando,

se han desarrollado múltiples modalidades para el abordaje de la crisis y unas variedades van tomando mucho de las otras. Las técnicas de actitudes –con este u otro nombre– no son una excepción.

Ante las numerosas opciones posibles, pongo a disposición de los lectores la forma en que lo hacemos, siguiendo la ruta trazada por *Caplan* y *Barrientos*, con la única finalidad de mostrar un modelo, aclarando que, en situaciones de crisis y con más razón que nunca, como no nos hemos cansado de repetir, «cada traje debe ser cortado a la medida».

11.2 OBJETIVOS

- Alivio o eliminación de síntomas.
- Comprensión de elementos que determinaron la descompensación.
- Cambio en la significación del problema involucrado.
- Modificación de las actitudes frente al problema.
- Aprendizaje de conductas adaptativas.
- Influir en el medio y emplearlo en su beneficio.
- Restauración del funcionamiento anterior a la crisis.
- Ajuste activo social y familiar.
- Evitación de las recaídas ante problemas semejantes.
- Incremento de la tolerancia a situaciones de estrés.

11.3 TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA BREVE DE ACTITUDES

Consideramos tres fases en la terapia:

- Fase evaluativa.
- Intervención psicológica intensiva, modificación de actitudes y cambio terapéutico.
- Evaluación de resultados y recomendaciones.

11.3.1 FASE EVALUATIVA

Identificación de la conducta sintomática. Ante un paciente en una crisis, este y sus familiares muestran en el foco de su preocupación los

sufrimientos y eventuales peligros que habitualmente encierra la conducta sintomática que se le asocia. Por tanto, la mejor manera de entrar en contacto y entender lo que sucede es comenzar por los síntomas: ¿Qué se siente? ¿Desde cuándo? ¿Cómo comenzó? ¿Qué le sucedió? ¿Cómo sucedió? ¿En qué circunstancias? ¿Quiénes estaban con él? ¿Qué saben del porqué? Estas son preguntas que muestran la ruta crítica que se debe seguir en la búsqueda de información inicial.

Conocer al detalle los síntomas del enfermo, en una situación en que estos afloran en toda su riqueza, resulta de gran utilidad no solamente para el diagnóstico sino que, en esta modalidad, la terapia manipula los síntomas como una de sus estrategias básicas; de ahí que sea necesario conocerlos bien. Establecer en qué consiste el síntoma, cuándo aparece, en qué secuencias conductuales se enmarca, qué intercambios interpersonales se establecen a propósito de este, cómo se alivia o empeora. Todo ello resulta un requisito indispensable para el diseño de la estrategia de intervención.

Establecimiento del diagnóstico clínico. Síntomas, síndromes, diagnóstico positivo y diferencial, son definidos con celeridad y rigor, efectuándose los estudios clínicos y de laboratorio así como las pruebas psicológicas que fuesen necesarias, para descartar causas orgánicas y apoyar o no la evaluación psiquiátrica inicial. Una vez confirmado el carácter «funcional» y no psicótico del trastorno, en el terreno de la psicoterapia el diagnóstico nosográfico pasa a un segundo plano, interesándonos por los síntomas solo en cuanto acontecimiento vital y expresión comunicativa de un valor simbólico susceptible de significado y manipulación.

Esta terapia es de elección en aquellas enfermedades por claudicación ante el estrés, como los trastornos situacionales y neuróticos leves, así como en sujetos con crisis no psicóticas por descompensación aguda de diversos trastornos de la personalidad, crónicos por definición. En los llamados trastornos somatomorfos en crisis de descompensación, podemos considerar su indicación si están presentes manifestaciones emocionales, clínicamente ostensibles.

Evaluación psicodinámica. Al estudiar las crisis, dedicamos espacio al análisis de la amenaza y de su relación con las necesidades insatisfechas, el estrés, la angustia, los síntomas y las actitudes. Al desarrollar la técnica profunda de actitudes, abordamos el papel de la hipótesis psicodinámica en dichos procesos, y tuvimos la oportuni-

dad de realizar distintas consideraciones al respecto, lo que nos exige de extendernos sobre ello.

La evaluación de qué necesidades han sido insatisfechas o están siendo amenazadas *aquí y ahora*, su relación con el problema actual del enfermo, con sus actitudes específicas hacia el problema mismo y sus intentos de solución, *a través de o de conjunto con* las conductas sintomáticas, constituyen el nudo de la formulación dinámica. ¿Cuál es la significación del evento vital desencadenante, de frente a condicionamientos existenciales previos que pueden haber conferido significado amenazante a cuanto rememore esa experiencia? ¿De dónde viene la inseguridad del sujeto ante un problema que parece paralizarlo o hacerlo actuar a contrapelo de sus propios intereses? ¿Qué papel cumplen los síntomas?

La caracterización de la amenaza –real o imaginaria– y de la relación interna entre la capacidad amenazante del evento, las defensas y los mecanismos de afrontamiento sintomáticos, de acuerdo con su eficacia para contender con él, resultan un momento fundamental de la evaluación psicodinámica. Aunque en las reacciones situacionales o trastornos de adaptación el conflicto suele ser real y estar presente ante el sujeto como desafío a sus potencialidades internas, la evaluación de todo lo concerniente a su significado de acuerdo con su peculiar historia personal y con sus actitudes, se considera un aspecto muy importante.

El término *psicodinamia* tiene una connotación energética propia de concepciones psicoanalíticas ya superadas. Pero no debemos negar la historia de la Psiquiatría ni el valor de uso que el término ha tenido en la psicoterapia profunda a lo largo de todo un siglo, sin que exista (que conozca) un término mejor para describir los nexos psicológicos intrapsíquicos. Uso el término liberándolo de energetismo, consciente de que inventar otro para decir algo muy parecido sería escamotearle a *Freud* sus aportes a la conformación del lenguaje psiquiátrico.

Lo que, desde *Freud*, nos ha sido enseñado sobre las interioridades subjetivas de la psiquis humana, cobra validez como punto de referencia para entender, libres de prejuicios, qué está pasando en el caso concreto que tenemos delante. Culpa, hostilidad, desaprobación, vergüenza, inferioridad, desamparo, son, entre otros, componentes dinámicos de estricta consideración en nuestros casos.

Evaluación ecológica. El hombre, como ser social, está inmerso simbióticamente en el mundo y su naturaleza. Es reflejo y actor de su propia historia, de su cultura y del movimiento social de su grupo. Por eso es importante evaluar cómo es su relación con la gente, de qué fuentes se nutre y en qué fuerzas se sustenta. El conocimiento de su hábitat, del vínculo con su medio ambiente, humano y material, forma parte del estudio casuístico que se debe realizar. ¿Cuál es su red de apoyo social? ¿Cuáles son su condición biológica y sociocultural, su concepción básica del mundo, su posición política, su credo religioso, su *status* económico y compromiso ideológico? ¿Cómo es su familia y cómo le va con ella? ¿Cuál es su trabajo y su ajuste dentro de él? ¿Cómo son su vida sexual, el empleo de su tiempo libre, su fuerza física y vitalidad, su éxito social?

Esta exploración no necesita hacerla el terapeuta personalmente. En esta modalidad hay un amplio espacio para el trabajo en equipo. Su enfoque es multi e interdisciplinario y son variados los intereses de la evaluación, por lo que diferentes miembros del equipo de salud mental pueden obtener la información requerida, tanto a través de la aplicación de encuestas u otra exploración complementaria semejante, como mediante investigaciones e intervenciones de terreno, en el seno de la propia comunidad.

Evaluación actitudinal. Clave para la terapia, desde el primer momento interesa identificar las actitudes inadaptativas. Al considerar los mecanismos de afrontamiento a las dificultades que emplea, hemos de aprender a ver tras ellos las actitudes que los conforman. A más rigidez e inoperancia de las actitudes, más neurótico el enfermo. A más flexibilidad para adecuar las actitudes a las circunstancias y las necesidades personales y sociales, más salud mental. No obstante, la actitud es una formación estable, un estado funcional permanente que, como sistema en sí mismo, se opone a toda modificación fuera de los límites autorregulados del sistema. Por eso se la ha de evaluar bien, no para conocerla en sí sino para tener por dónde «agarrarla» cuando acometamos la tarea de su modificación. Interesan las actitudes que dificultan las buenas relaciones interpersonales, las que están provocando o favoreciendo el problema, las que se asumen en el intento por darle solución y las que complican la situación.

Evaluación sistémica (establecimiento de la hipótesis sistémico-actitudinal). Ante la descompensación del sujeto al ser afectado por

un problema para el cual no posee recursos adecuados, hemos de tener en cuenta, con *Caplan*, tres aspectos esenciales que guardan entre sí una vinculación sistémica:

- Percepción del evento (factores del agente agresor).
- Mecanismos de afrontamiento (factores del hospedero).
- Recursos de apoyo social (factores del medio).

¿Cómo percibe el paciente lo ocurrido? ¿Percibe las cosas tal cuales son en realidad? ¿Qué significa para él lo que está pasando? ¿Magnifica o subvalora, distorsiona o niega los distintos factores y circunstancias vinculadas con el evento? ¿Cómo ve su participación personal en el asunto, las intenciones de los demás, la repercusión que para sí o sus seres queridos pueda tener?

Hace siglos *Montaigne* sentenció: «El hombre no es herido tanto por lo que sucede como por su opinión acerca de lo que sucede». Realmente, muchos problemas dejarían de serlo si se viesen las cosas de otro modo, por eso es importante conocer las *distintas lecturas* que puede tener un acontecimiento y explorar cómo navega el paciente por esas aguas. Después podrá intentarse una reorientación cognitiva frente a dicho acontecimiento. *Erikson* afirma que si se deja de considerar un problema como tal, el tal problema habrá dejado de existir.

Al valorar el estresor, debe tomarse en cuenta su valor real; el valor que le confieren las circunstancias, según sus mediadores externos, contextuales; el valor según su significado para el paciente, de acuerdo con su historicidad; el tiempo de exposición y la intensidad y complejidad de la acción; su valor motivacional y el apremio temporal para la toma de decisión.

Por otra parte, ¿cómo reacciona la persona ante el conflicto?, ¿a qué recursos de su arsenal psicológico acude para hacer frente a la crisis? ¿Cuáles son sus mecanismos de afrontamiento y de defensa ante el problema, sus actitudes? ¿Hay madurez o inmadurez en su personalidad, como plataforma básica para su reacción? ¿Lo ayuda o lo traiciona su carácter? ¿Es consciente plenamente de su conducta y de las consecuencias inmediatas y mediatas de su toma de posición?

La resistencia y susceptibilidad del hospedero, su personalidad y diagnóstico, sus formas de comportamiento habitual y las actitudes y conductas específicas que adopta ante el problema que enfrenta, son aspectos que se deben enfatizar.

En cuanto a los recursos de apoyo social: ¿están a su favor o le son desfavorables? ¿Cuenta con una red extensa y fuerte o está solo y aislado? ¿Es comprendido por los suyos? ¿Es aceptado o ha recibido la reprobación y el rechazo de los demás o de algún ser significativo? La manera en que intenta encontrar una solución, ¿va a favor o en contra de sus intereses de adaptación y ajuste social? ¿Está realmente desamparado? El medio externo es un catalizador de la acción del agente estresor y un factor esencial en la evolución y en la estrategia terapéutica.

El balance de estos elementos, además de erigirse en factor pronóstico, permite conformar una hipótesis sistémica sobre el porqué no está saliendo airoso del problema que encara. ¿Cómo percibe el evento, qué conflictos despierta, qué dinámica estos movilizan y qué amenazas alientan, qué actitudes asume para enfrentarlo y cuáles favorecen el problema o dificultan su solución? ¿Qué papel cumple la conducta sintomática? ¿Qué factores del ambiente conspiran contra el equilibrio del sujeto, perpetúan el conflicto o entorpecen la adaptación?

La respuesta coherente y global a este complejo de preguntas, luego de un trabajo intensivo con el paciente, constituye la base informativa para conformar la hipótesis sistémica, producto esperado de la etapa evaluativa y meollo de la terapia.

Para decirlo en forma precisa, en terapia breve de actitudes entiendo por hipótesis sistémica-actitudinal la formulación interior por parte del terapeuta de una explicación general apriorística acerca de la problemática del paciente, que integre las hipótesis parciales que se han formulado:

- a) sobre la dinámica de sus actitudes con respecto al significado del problema que lo aqueja y a su forma de enfrentarlo en función de sus necesidades,
- b) respecto a su integración al medio ambiente, y
- c) con relación al valor que adquieren sus síntomas en el intercambio comunicativo con su entorno.

Esta hipótesis nos permite formular cuáles actitudes concretas parecen estar interfiriendo con la satisfacción de las necesidades, participando en los conflictos, facilitando los síntomas, distorsionando

las relaciones interpersonales del sujeto y las formas de enfrentar sus dificultades, alimentando el ciclo morboso *actitud inadecuada-necesidad insatisfecha-distrés-defensas-síntomas-actitud inadecuada*, consustancial a numerosos trastornos emocionales.

Diálogo terapéutico. Desde el primer momento y en la medida en que se obtiene información, ya se va interviniendo terapéuticamente. Al centrar la temática en el *aquí y ahora* y tener puesta de entrada la mirada en el futuro, se desarrolla un enfoque mediante el cual el paciente se moviliza afectivamente y es presionado a la acción, al tiempo que el terapeuta interviene precozmente sobre las vertientes biológica, psicológica y social, con medidas tendientes a controlar los síntomas en tanto se les conoce, y a yugular los factores interpersonales y medioambientales que están incidiendo desfavorablemente sobre el sujeto, con la participación activa de este y la movilización de su red de apoyo social.

De conjunto, se van definiendo los objetivos de la terapia y procurando el desarrollo de la alianza terapéutica tras el establecimiento del *rappor*t y la actitud empática. Se aprovechan potencialidades al apelar a sus recursos psíquicos y sociales. Se acomete el acorralamiento de las actitudes, buscando el *insight* y la experiencia emocional correctiva en todo momento. La situación de crisis lo posibilita así.

Como se desprende de los incisos anteriores, el diálogo, evaluativo y terapéutico a la vez, va dirigido a identificar y de inmediato cuestionar, la percepción que el sujeto tiene del evento desencadenante de la crisis, así como los mecanismos de afrontamiento que utiliza. Los rasgos sobresalientes de su personalidad y los recursos socioambientales con que cuenta entran a formar parte de la temática en análisis.

Contrato terapéutico. Alcanzada la relación empática, definidos los objetivos y cuando la hipótesis sistémica va quedando en claro para el terapeuta, ha llegado la hora del contrato, en el que tendremos en cuenta:

- ¿Qué corresponde a cada cual en la terapia?
- El compromiso por parte del paciente.
- Definir el número de sesiones necesarias para alcanzar los objetivos conveniados.
- Duración y frecuencia de las sesiones (mientras persiste la crisis deben ser, al menos tres por semana, o diarias si es posible; una vez

controlados los síntomas, no menos de una semanal; el tiempo máximo de terapia recomendable es de tres meses).

Vencido el plazo del contrato, se evaluará el cumplimiento de los objetivos y se podrán hacer recomendaciones al paciente respecto a otros eventuales procederes, pero la terapia breve habrá terminado. Desde el principio queda definido que la responsabilidad por los resultados recae en el paciente; la del terapeuta es, en esencia, colaborar.

Definición de la estrategia. La etapa evaluativa, cuyos límites en esta modalidad se entrelazan con la fase de intervención, la cual se va construyendo en el propio proceso de evaluar, termina como tal, formalmente hablando –tras formular la hipótesis, trazarse los objetivos y conveniarse el contrato– cuando el terapeuta define la estrategia de intervención que se va a seguir.

Formulada en parte en el contrato, por ser producto de un trabajo previo común y depender su ejecución de la participación de ambos, la estrategia que se define al inicio se va ajustando posteriormente en la medida en que la actividad terapéutica intensiva lo va haciendo necesario. Pero la esencia participativa misma de la estrategia que aplicamos determina su flexibilidad y ajuste a las necesidades operativas, así como una gran libertad creativa, al irse profundizando el encuentro entre las dos personalidades protagonistas de la terapia e ir madurando el trabajo de modificación de las conductas y de las actitudes.

La estrategia implica la decisión acerca de los recursos que se van a emplear para satisfacer los objetivos y acometer los problemas, de acuerdo con lo establecido en el contrato. Se va definiendo y adecuando mientras se exploran los problemas y se recibe el *feedback* de las distintas intervenciones, a lo largo de la terapia; pero requiere de una precisión y diseño general lo suficientemente claros como para servir de hilo conductor de la terapia, en pos del cumplimiento de sus objetivos.

11.3.2 FASE DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INTENSIVA, MODIFICACIÓN DE ACTITUDES Y CAMBIO TERAPÉUTICO

La relación de ayuda es terapéutica desde el primer encuentro, debido a la gran actividad que despliega el terapeuta interrogando y

evaluando información e interviniendo sobre emociones, cogniciones y conductas, en consecuencia con los datos que va obteniendo. No obstante, como en toda terapia basada en el diálogo, podemos identificar un momento en que el carácter terapéutico de la relación se incrementa. En este caso, es aquel en que, conocida ya la esencia de los problemas, pasamos a profundizar en el *insight* y a manejar intensivamente las actitudes.

Ante cada problema debatido se conmina a definir y, en lo factible, llevar a vías de conducta, una forma de afrontamiento. La retroalimentación obtenida pasa a ser objeto de análisis, así como las resistencias a materializar los propósitos comprometidos. Paralelamente, la movilización de los factores ecológicos, el trabajo sobre los aspectos semánticos de la comunicación, y la apelación a la red de apoyo social, continúan jugando su papel. Así, la estrategia de intervención se focaliza en tres direcciones básicas que serán explicadas de inmediato.

PRIMERA DIRECCIÓN

Trabajar la *percepción* que tiene el paciente del *evento vital desencadenante*, así como de los aspectos de sí mismo involucrados en el problema que es necesario concientice: ventilación, esclarecimiento, interpretación de sentimientos y de necesidades insatisfechas, confrontación, planteamiento de dilemas, validación consensual, persuasión, inspiración, dramatización, cuestionamiento, connotación positiva, señalamiento, reformulación, interpretación directa del conflicto y de la participación en él del paciente con sus síntomas, discriminación pasado-presente, reorganización cognitiva y semántica, reencuadre, experiencia emocional correctiva, entre otros recursos, son utilizados en dependencia de las necesidades del caso concreto y del momento particular de la terapia. De nuevo se evidencia aquello de que «cada cual cuenta el baile de acuerdo a como le va en la fiesta». El papel de la subjetividad y de la modelación semánticamente inadecuada a la calidad en la percepción y valoración del problema objetivo, fundamenta la importancia de esta dirección estratégica: lograr percibir las cosas lo más cercanamente posible a la realidad y alcanzar un lenguaje semánticamente bien elaborado.

Bajo el concepto de *percepción del evento* incluimos, operacionalmente, la influencia psicológica que tiene sobre el sujeto el evento por sí mismo, además de la repercusión del significado que le confiere el individuo, de acuerdo con su propia historia, formas de representación y actitudes personales. ¿Por qué es traumático para él lo que para otros pudiera no serlo? La respuesta no hay que buscarla solamente en el tipo, fortaleza y estabilidad de los procesos nerviosos –que indiscutiblemente influyen– sino también, en el rejuego de significaciones «objetivas» y «subjetivas» involucradas en sus procesos de modelación del mundo. Y en el nexo de estas significaciones con la respuesta emocional y la actitud. Ese es el núcleo del asunto, psicoterapéuticamente hablando. Ver las cosas como son y no producto de «fantasmas» o distorsiones semánticas es lo primero en que se debe trabajar, lo cual solo se logra si, paralelamente, se analizan y comprueban las formas de representación y los mecanismos de afrontamiento.

SEGUNDA DIRECCIÓN

Los *mecanismos de enfrentamiento* infructuosos van de la mano del análisis de la actitud. Una vez explorados e identificados, la tarea es modificarlos. Para ello hay que colocarlos en el punto de mira. Y buscar, por una parte, la experiencia emocional correctiva; por la otra, el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento, modelando conductas asertivas, ensayando roles, reforzando aciertos, desensibilizando ante temores, estimulando la confianza en sí mismo, inspirando, aprovechando potencialidades, desarrollando capacidades, esclareciendo caminos, cuestionando, apoyando, planteando paradojas, conformando tareas, prescribiendo –en ocasiones– la conducta sintomática, reestructurando, interpretando actitudes, responsabilizando, generalizando, promoviendo transacciones, apelando a la PNL, haciendo uso de la alianza terapéutica para obtener el concurso de respuestas más eficaces y, a la postre, cierto crecimiento de la personalidad, al abandonar procedimientos inmaduros, descalificados por la vida y la terapia.

TERCERA DIRECCIÓN

La *movilización de la red de apoyo social* implica enseñar al sujeto a utilizarla correcta y conscientemente por sí mismo, mediante el

desarrollo de actitudes y conductas interpersonales abiertas y asertivas, eliminando «fantasmas» e inhibiciones entorpecedoras, no estimulando dependencia o sobreprotección sino intercambios, comunicación y transacciones maduras. Si en la primera etapa el terapeuta apeló a su medio ambiente en auxilio del paciente, aquí este último tiene que aprender a manejar su entorno y utilizar sus potencialidades en forma eficaz.

El refuerzo, el entrenamiento de la confianza, la repetición cognitiva, la utilización inteligente de la presión de sus grupos de pertenencia son, entre otros, recursos en manos del especialista en aras de este objetivo, que será efectivo en la medida en que el paciente lo convierta en un factor de balance permanente en el manejo favorable de sus asuntos, en un método maduro para acceder a la satisfacción de sus legítimas necesidades.

El concurso de procedimientos paralelos o subsecuentes de terapia grupal o familiar resulta una posibilidad que debemos explorar siempre que sea factible, en interés de mejorar sus nexos de comunicación social, aprendiendo a relacionarse. Nosotros lo utilizamos sistemáticamente. Al igual que el acceso a técnicas complementarias como el entrenamiento autógeno o las terapias antiestrés organizadas en nuestro medio, que pueden aportarle sano apoyo a través de la biorretroalimentación, estimulando el carácter activo y autorresponsable de nuestro enfoque terapéutico. En él, utilizamos tres tipos de técnicas: las de vivencia, que permiten manejar la ansiedad y provocar la catarsis y el *insight*; las de apoyo, dirigidas a la seguridad, el asesoramiento, la adaptación y la reconstrucción de la autoestima; y las de reaprendizaje, concernientes a la reorientación cognitiva, la PNL, el cambio de actitudes y comportamientos, la desensibilización, el desarrollo de la asertividad y el reajuste social.

11.3.3 FASE DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

El cambio terapéutico requiere que la modificación de actitudes cristalice. Por eso los resultados del tratamiento necesitan de un tiempo que la terapia breve no siempre posibilita. El tratamiento, en esta modalidad, no concluye con su terminación formal al cabo del período discreto de sesiones conveniado para cumplir sus objetivos iniciales.

El efecto a largo plazo, que depende en gran medida del interés y grado de compromiso del sujeto, ha de verse en lejanía a través de sus resultados prácticos, evaluados a partir de su ajuste personal y social «poscura». De ahí que, desde temprano, se vaya preparando al paciente para el alta y el trabajo independiente por el cambio, bajo su entera responsabilidad, lo que hace necesario que al aproximarse el vencimiento del período conveniado, ambos recapitulen acerca de lo logrado y no logrado, lo que se obtuvo y superó, y lo que falta todavía para alcanzar los objetivos y cumplir con el compromiso establecido.

La acuciosa recapitulación acerca de los objetivos y aspectos comprometidos en el contrato terapéutico, constituye el centro de esta fase. Junto a ello, ha de ser motivo de análisis la renovación de objetivos y el replanteo prospectivo de las metas que se quiere obtener en la vida. Sin dejar de chequear tareas, consolidar actitudes y reforzar conductas, se esclarecerá con detalle la obtención de resultados y su relación interna con la responsabilidad asumida por el cambio de actitudes, deduciendo las moralejas correspondientes. Entonces el terapeuta hará las recomendaciones que procedan.

En la última sesión, luego de transmitir al paciente confianza en su capacidad para el trabajo independiente y la solución de sus asuntos, conveniamos una entrevista de chequeo «poscura», en una fecha comprendida entre los tres y los seis meses posteriores a esta, ocasión en que el paciente informará lo que ha hecho y cómo, partiendo de la rememoración de los objetivos, propósitos y responsabilidades resultantes de la cita anterior.

No se reabrirá entonces la terapia, sino que se gratificará al paciente por los éxitos y se reencuadrará la situación en consecuencia con su nivel de responsabilidad cuando los objetivos no se hayan logrado suficientemente, presionando en este caso a demostrar asertividad y madurez, reasumiendo el compromiso de resolver por sí mismo sus problemas. Si el paciente no asume sus deberes, es asunto de su entera incumbencia –así debe quedar esclarecido–; si los asume y no lo logra, se requiere de técnicas más incisivas y prolongadas, como la terapia profunda de actitudes.

Con esta entrevista, termina la relación terapéutica.

Capítulo 12

PSICOTERAPIA CONCRETA (GRUPAL) DE ACTITUDES

12.1 CONCEPTO

La terapia grupal es un método que atiende pacientes en grupo, a través de recursos psicológicos aplicados por un equipo técnicamente entrenado, empeñado en aliviar o eliminar los síntomas y ayudar a los sujetos a enfrentar sus problemas. Su técnica es variada en dependencia de los principios en que se sustenta y los objetivos que se pretendan. La de actitudes es una modalidad de psicoterapia grupal que busca control sintomático, ajuste emocional y social, así como progresos en la conducta y la autocognición, mediante la comunicación y la interacción sistemática controlada entre todos sus miembros, aplicando los principios del análisis de actitudes y el condicionamiento operante, en una atmósfera empática de espontaneidad, confianza y aceptación incondicional colectivas.

Nuestra técnica apela a la toma de conciencia o *insight*, la movilización afectiva, la modificación de actitudes, el enriquecimiento comunicacional, el reaprendizaje conductual y el reentrenamiento relacional, utilizando procederes de origen variado que facilitan estos mecanismos terapéuticos. El fundamento básico en que descansa su eficacia, es su capacidad para favorecer la reorientación cognitiva y la resocialización del paciente, al tiempo que actúa terapéuticamente sobre los distintos procesos psíquicos.

12.2 OBJETIVOS

- Disminución o desaparición de los síntomas.
- Incremento de la capacidad para satisfacer sus necesidades.

- Ampliación del conocimiento de sí mismo y sus problemas.
- Ajuste y maduración emocional.
- Cambio de actitudes.
- Desarrollo de conductas favorables a su ajuste personal.
- Mejoramiento de sus relaciones y su comunicación.
- Adaptación constructiva al medio.

12.3 ORGANIZACIÓN DEL GRUPO

Para la estructuración de un grupo para terapia de actitudes, debemos tener en cuenta una serie de factores que procedo a enumerar.

12.3.1 TAMAÑO

Es variable, en dependencia de la capacidad y experiencia del terapeuta y del tipo de pacientes que se incluya. En general, recomendamos grupos medianos, con no menos de ocho integrantes, ni más de treinta. Un grupo pequeño limita la posibilidad de interacción y los horizontes de concientización. Un grupo demasiado grande, entorpece el dominio por parte del terapeuta y el grupo de aspectos de la individualidad de los pacientes que se necesita conocer, para que sus interacciones puedan favorecer el *insight* y el cambio de actitudes.

12.3.2 FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS SESIONES

A mayor frecuencia, más intensidad en las interacciones y más existencia autónoma como grupo, al ocupar un porcentaje mayor de la cotidianidad de los pacientes. Como es objetivo intrínseco de la terapia promover independencia, cuando se han logrado cambios –en grupos cerrados– se comienza a espaciar las sesiones, para dar tiempo a la externización del aprendizaje, al *feedback* y el refuerzo de las actitudes positivas en la experiencia extrasesión. El grupo, entonces, solo va chequeando y reforzando, preparando para el alta.

Como guía general, se comienza con frecuencias de 1 a 5 sesiones por semana, durante 6 a 8 semanas; luego es suficiente con 1 sesión semanal por otras 4 a 8 semanas, para finalmente concluir con encuentros quincenales, hasta decidir el alta. En grupos abiertos, permanentes por definición –como en servicios de hospitalización diurna– la frecuencia varía entre 1 y 3 sesiones semanales y cada paciente permanece el tiempo que necesite. En ese caso, el propio grupo va decidiendo cuándo dar el alta a cada cual.

La duración de cada sesión también es variable, de acuerdo con el cumplimiento de sus objetivos, que suelen alcanzarse en un rango entre 40 y 120 minutos. Por razones de organización del trabajo se pueden convenir 90 minutos *n* veces por semana, pero ello no es estrictamente terapéutico, sino resultado de las conveniencias laborales del equipo, para el aprovechamiento más racional del tiempo.

12.3.3 TIPO DE ESTRUCTURA

Grupos cerrados. El grupo de pacientes, una vez conformado, no admite nuevos miembros hasta su disolución.

Grupos abiertos. Se conforma un grupo inicial y se siguen admitiendo nuevos miembros, al tiempo que van egresando los que alcanzan los objetivos trazados, por lo que se mantiene su continuidad a pesar de que los pacientes cambien.

Grupos homogéneos. Se integran por pacientes que reúnen una variable en común, que determina precisamente su adscripción, tales como adolescentes, fóbicos, mujeres casadas, etc.

Grupos heterogéneos. El grupo se conforma «balanceando» sus componentes de modo que estén representados problemáticas, puntos de vista y personalidades diferentes cuya interacción pueda favorecer el alcance de los objetivos por los que se les integra a la terapia. Así, habrá representación de distintas patologías, edades, sexos, estados civiles, etc., sin que una variable específica común sea lo que determine su incorporación al grupo.

La terapia de actitudes puede adecuarse a cualquiera de estas variantes. En general, los grupos cerrados y heterogéneos son los que permiten profundizar más en el análisis de las actitudes. Pero hay problemáticas específicas que aconsejan agrupar homogéneamente,

y tipos de servicios que hacen más viable y productivo el grupo abierto.

12.3.4 COMPOSICIÓN

A la hora de integrar un grupo, como apuntamos al referirnos al tipo heterogéneo, se tiene en cuenta la distribución de diferentes variables, con la finalidad de que cada miembro pueda aportar al resto y tenga, a su vez, algo que recibir de los demás. Si alguno de los integrantes va a perjudicar o ser perjudicado por alguna característica incompatible o no recomendable, es excluido. Un adolescente en un grupo de adultos mayores, un hombre en uno de mujeres, un heterosexual en un grupo de homosexuales, suelen presentar resistencias que dificultan el sentido de pertenencia y la necesaria cooperación. Una reunión de suicidas puede ser de alto riesgo, ante la posibilidad de que uno de sus miembros consuma el hecho. De este modo, tanto el diagnóstico como la edad, el sexo, el nivel educacional, la inteligencia, la problemática, como otros factores sociales circunstanciales que pueden influir favorable o desfavorablemente en la comunicación grupal, han de ser considerados al decidir sobre la adscripción o no de un paciente.

La respuesta a las preguntas ¿en qué va a beneficiar este sujeto a los demás con su incorporación y ¿en qué va a beneficiar el grupo a este paciente? permite garantizar una adecuada organización dinámica a la entidad grupal. Cuando el terapeuta decide que va a incluir al asertivo Juan porque sus actitudes van a beneficiar al deprimido Pedro o que no debe incorporar más hombres solteros para introducir casados o dar paso al punto de vista de mujeres de una misma generación, es que tiene un dominio técnico de su trabajo y está creando condiciones para dirigir la terapia con conocimiento de causa, adecuada estructura y una composición dinámica propicia.

12.4 MECANISMOS DEL GRUPO

En este epígrafe incluimos procesos de grupo, factores terapéuticos, defensas, resistencias y recursos técnicos que son propios de la forma y vías de acción de la terapia grupal.

12.4.1 PROCESOS DE GRUPO Y FACTORES TERAPÉUTICOS

Estos procesos se dividen en intelectuales, afectivos y conductuales.

INTELECTUALES

Universalización o generalización. Percibir que sus problemas no son únicos sino que otra persona tiene problemas comunes a los suyos, disminuye la inseguridad, la culpa o la desconfianza y tiende a la identificación con esas personas, provocando alivio.

Intelectualización. Poder obtener una imagen verbal, a través de lo que se dice o escucha en el grupo, acerca de problemas que son analizados y le conciernen directa o indirectamente, permite dar una explicación racional, entender, concientizar, fenómenos de su interés. Intelectualizar es comprender cosas importantes.

Imitación. El aprendizaje por imitación se propicia en grupo. Su definición es obvia.

Identificación. Asumir aspectos, riesgos, puntos de vista, conductas de otros miembros e irlos asimilando como propios es un fenómeno característico de los grupos. El arte del terapeuta es promover la identificación con aquello positivo que se puede aprender de los demás, incluyéndose a sí mismo.

Introspección. El desarrollar la capacidad de ver dentro de sí mismo es un fenómeno que se favorece por el grupo al presionar la confianza, la emisión de opinión, los juicios de valor comprometidos y la búsqueda sistemática de las causas de los problemas.

Validación consensual. Ver como nos ven, en grupo, es una experiencia privilegiada que propicia esta terapia. Contrastar nuestras opiniones con el criterio de verdad que significa el consenso grupal, ayuda a poner los pies sobre la tierra y favorece el *insight*.

Conciencia de interacción. Como algo propio del grupo, la persona se da cuenta de lo que está pasando en su relación con los otros, sin que necesariamente medien palabras. Se asume una posición de acuerdo con el modo en que se percibe la posición del otro, como las raquetas en un juego de ping pong: «¿Por qué estás diferente conmigo? Interpretaste mal mi conducta. No te di la razón en tu discusión con

tu hermana porque no la tenías. Después no te quejes si no tengo interés en opinar sobre los problemas que surjan contigo».

Ventilación. Poder hablar en común de un problema permite conocerlo en sus matices, validarlo, decidir en mejores condiciones. Si con eso nos «desahogamos», pasa a ser también un mecanismo emocional, utilizado como recurso terapéutico en psicoterapia. En grupo hay más riqueza potencial, pues se aprende de los demás, al tiempo que se beneficia a otros, lo que retroalimenta positivamente a todos.

EMOCIONALES

Aceptación. Sentirse aceptado por un grupo constituye una vivencia emocional enriquecedora de la seguridad personal. Allí puede uno relajarse y «abrirse», ser comprendido, atreverse a ensayar algo acompañado porque no se le va a rechazar ante un fracaso.

Pertenencia. Pertenecer es más que ser aceptado. Implica que uno «es de ahí», que se le siente como suyo. Da seguridad. Satisface una necesidad específicamente humana. Une al hombre por lazos afectivos con el grupo al que está adscrito.

Inducción. Lo que ocurre a uno, por contagio emocional desencadena una reacción en otros: un «ataque» en un grupo propicia la aparición de otros ataques; la tristeza de unos, el llanto de otros.

Altruismo. La experiencia de ayudar, ayuda. Cuando nos preocupamos por los demás, crecemos como seres humanos y nos beneficiamos tanto o más que aquellos a quienes ayudamos.

Presión emocional de grupo. Lo que a veces no seríamos capaces de hacer por propia cuenta, o a solicitud de otra persona individualmente, el grupo nos conmina a hacerlo por presión moral. Se potencian resortes emocionales que comprometen. Es como una sumatoria de fuerzas que inducen un movimiento por la vía emocional: No queremos ir a la fiesta, pero nos llevan a puro ruego.

Emergencia. Es como un resorte emocional latente que expresa las tensiones grupales y hace «saltar» a las personas, dando sentido a una situación: un bostezo en una clase, una mirada al reloj en una larga reunión, son ejemplos de la vida cotidiana de cómo el clima emocional se expresa en una conducta, no siempre consciente, de la

cual es posible leer algo que refleja el sentir del grupo en esos momentos. Un paciente dice o hace algo en la sesión grupal que expresa el sentimiento de la mayoría o que da luz sobre la esencia de lo que se analiza y no se acaba de decir. Es un mensaje que el buen terapeuta no deja de advertir.

Transferencia. El grupo constituye espacio para la transposición de afectos, por asociación e identificación. Subliminalmente, percibimos a los demás como lo que son y como lo que nos recuerdan o deseamos que sean. Así, simpatizamos o rechazamos de entrada al otro por transferencia emocional. Podemos sentirlo como amigo, padre o hermano, como contrincante o aliado en la medida que transcurre la terapia, sin que, necesariamente, la otra persona esté jugando ese rol. Se mueven por debajo fuerzas emocionales que influyen catatímicamente en la percepción. Las significaciones traumáticas, por su mayor carga afectiva, repercuten más. Por eso el polígono familiar puede verse a su modo reproducido transferencialmente en el grupo de terapia, contaminando la reacción «objetiva» a la realidad. El terapeuta puede utilizarlo para sus fines.

Catarsis. Abrir las compuertas de la emoción al desahogarse en grupo, inducido por el estado afectivo existente en él, es una experiencia, más que personal, colectiva. Por inducción, una catarsis favorece otras catarsis. Todos hemos sentido inclinación a confidencias cuando hemos sido depositarios de confesiones ajenas. Las confidencias colectivas son altamente terapéuticas.

Confianza. La experiencia emocional de poder comunicar ante un grupo sus temores, de ser espontáneo sin percibir rechazo o ser mal juzgado, es correctora de condicionamientos sociales previos en sentido contrario.

Apoyo. Recurso terapéutico universal, el grupo lo ofrece potenciado por el solo hecho de su objeto. Al estimular, consolar, solidarizarse, está dando un apoyo cualitativamente superior, debido a la fuerza que le confiere su carácter social, legitimado por condicionamientos históricos, propios de la esencia humana.

CONATIVOS

Retroalimentación conductual. El *feedback* que el sujeto recibe sobre sí mismo a través de la reacción o conducta grupal, le permite

comprobar los resultados de su experiencia práctica relacional. La función de relación perturbada sale a ruedo en el grupo y es reentrenada por interacciones que, a su vez, van siendo concientizadas mediante la acción de la terapia, uniendo lo desfasado y haciendo temática la dinámica.

Presión conductual de grupo. «¿A dónde va Vicente? A donde va la gente», reza un refrán popular. Vimos que el grupo enseña por imitación –entre otras formas de aprendizaje– pero esto es algo más. Implica la acción intencionada de influir en la conducta de sus miembros a través del modelado de su comportamiento mediante el empeño grupal. El grupo los va guiando acerca de cómo actuar, utilizando el ejemplo de otros miembros, presionándolos a comportarse de un modo determinado en una situación concreta que se analiza, trazándoles tareas, diseñando para ellos conductas asertivas y comprometiéndolos con ellas, entrenando roles, llevándolos junto con el grupo a lugares o actividades que han venido evadiendo.

Refuerzo grupal. El sistema premio-castigo y el correspondiente aprendizaje por condicionamiento operante se manifiestan en el grupo por su propia dinámica. El terapeuta orienta y manipula el aprendizaje en beneficio del grupo. El refuerzo grupal a las conductas que estimula lo otorga a través de su anuencia, su respuesta afectiva, sus mensajes verbales y extraverbales de aprobación, potenciados por su carácter colectivo y la importancia que tienen estos vínculos para el sujeto.

Interacción. El intercambio en sí, como el ejercicio, entrena. Las relaciones interpersonales y la comunicación en el seno del grupo son un proceso consustancial a su conformación. Pero hay fenómenos que, aunque inconvenientes, son también propios del accionar grupal entre pacientes y que se producen como resultado de la dinámica que se va estableciendo en su seno, reflejo de conflictos no resueltos, actitudes, transferencias, que se ponen en juego y van dando sentido a la interacción. Conocerlos, nos permite actuar sobre ellos. Dentro de estos fenómenos podemos individualizar, entre otros, los siguientes:

- *Dependencia.* Unos miembros se someten en la relación o buscan patológicamente apoyo en otros.
- *Apareamiento.* Se forman parejas o triángulos que tienden a competir con otros subgrupos, o a separarse de los demás.

- *Lucha*. El patrón de hostilidad se reproduce en el grupo, de modo que se trata a los otros como adversarios en una competencia neurótica por el control grupal.
- *Fuga*. El patrón evasivo, medular en las neurosis, se expresa evitando la participación, la tarea o al grupo mismo, para evadir con ello, entre otras cosas, enfrentar las evidencias que este aporta, como portavoz de la necesidad de cambiar. El fenómeno se expresa de diversas maneras: no cooperando, distrayéndose, ausentándose, «bloqueándose», cuchicheando, rehuyendo a los demás, aislándose, olvidando, etc.
- *Reafirmación*. La pugna por sobresalir, manipular, focalizar la atención, ser más atendido que otros, siempre surge en el grupo.

Como puede verse, son procesos que se manifiestan en la interacción grupal de una manera *sui generis* y que es menester manejar. Reflejan sets actitudinales propios de los nexos neuróticos a los que el grupo da la oportunidad de expresarse y que, por ser comunes a muchos, se manifiestan como patrones-tipo de interacción.

Cooperación. Viene dada por la cantidad de elementos (cognitivos, afectivos y conductuales) que aporta cada sujeto a la tarea grupal. La cooperación expresa un grado de compromiso con la finalidad del trabajo grupal. Puede resultar pertinente o no.

Pertinencia. Representa el nivel de adecuación de cada cual a la tarea colectiva, independientemente de la cuantía de su cooperación.

12.4.2 DEFENSAS Y RESISTENCIAS GRUPALES

Además de las defensas y resistencias del individuo estudiadas a propósito de la terapia individual, las cuales se pueden expresar en el grupo –con las peculiaridades de esta modalidad– tenemos algunas que aparecen solo en este contexto, y que son propias de él. Ellas hacen oposición inconsciente a cualquier cambio en el *status* alcanzado o en los roles que se desempeñan, de acuerdo con las actitudes individuales y colectivas. Algunas responden al individuo en situación de grupo; otras, corresponden al sistema grupal y operan defendiendo la integridad de dicho sistema. Estas son:

Rechazo al nuevo miembro. Al igual que un niño puede rechazar la llegada al hogar de un nuevo hermanito que viene a desplazarle, en su fantasía, de la preferencia de sus padres, así algunos miembros, o el grupo en su conjunto, pueden mostrar hostilidad inconsciente al recién llegado, no queriendo compartir al terapeuta con él, considerándolo como algo propio.

Ausencias, llegadas tarde, abandono del grupo. Formas evasivas de expresar el rechazo inconsciente al cambio, que posibilitaría su cooperación a los objetivos del grupo. Constituyen resistencias grupales.

Temas banales. Abordar temas intrascendentes es una labor de diversión que obstaculiza la consecución de los objetivos, al no enfrentar la temática fundamental. Es otra forma de evasión y resistencia.

Bromas, burlas, chismes. Son otras maneras de sabotear al grupo, enrareciendo su atmósfera, como rechazo al cambio.

Minimización. Restar inconscientemente importancia a un tema que lo tiene, es evadir y boicotear.

Cambios de tema. Igualmente, se busca desviar la atención de un área conflictiva, evitando angustia. Tanto el sujeto como el grupo, acuden con frecuencia a esta defensa.

Interrupciones. En medio del análisis de un problema, alguien rompe el hilo del debate para introducir un comentario, o pedir permiso para ir al baño, fumar, o bien retomar un tema que ya había sido abandonado y que no viene al caso, distrayendo la atención del tema crítico. A veces se busca con ello centralizar la atención, como también, evadir el confrontar con los problemas.

Monopolización. Hay pacientes que necesitan acaparar la atención del auditorio, hacerse centro del grupo, o usurpar la función de dirección grupal que corresponde al terapeuta. Esto responde a necesidades inconscientes de reafirmación, pero también, puede reflejar resistencia inconsciente a dejar al terapeuta conducir el grupo hacia el cambio, o a permitir que otros controlen la situación.

Reacciones físicas. Atracción sexual, rubor, crisis de ira, temblores, lipotimias, cefaleas, náuseas, son, entre otras, formas somáticas, cenestésicas, de comunicación, evitación o resistencia, de acuerdo con la dinámica que va moviendo al grupo. Pueden ser lo uno o lo otro, en dependencia del momento o sentido grupal. Tales lecturas han de ser tenidas en cuenta por el terapeuta en su traducción del lenguaje semántico y psicodinámico.

Subgrupos. Su formación, tanto dentro de las sesiones como en la vida extragrupal, es una forma de boicotear su unidad y espíritu de cuerpo. Puede expresar necesidad de apoyo en otros, frente a las angustias por soledad, o bien una estrategia inconsciente para manipular el derrotero grupal, estableciendo alianzas o competencias.

Silencio. Este mecanismo, que puede ser de un miembro o de todo el grupo, tiene múltiples lecturas de acuerdo con la actitud que exprese: no cooperación, inhibición «protectora» (bloqueo), evasión, comunicación de estados de ánimo como el disgusto, el temor o la consternación, etc. En cambio, el manejo o interpretación del silencio, es un recurso en manos del terapeuta.

Ataques al terapeuta, a otros miembros o al grupo. Se manifiesta por expresiones, acusaciones, «indirectas», insinuaciones, que tienden a caldear el ambiente y reflejan una falta de cooperación, o la oposición –activa o pasiva– a reconocer sus propias dificultades, proyectando en otros su hostilidad inconsciente y poniendo de manifiesto con ello, su resistencia al cambio.

Miedo al ataque. El paciente teme manifestarse tal cual es y ser por ello objeto de críticas, burlas o rechazo por parte del grupo, debido a lo cual no coopera, no se entrega a un intercambio abierto y sincero, como las circunstancias demandan. Teme ser atacado si cambian sus actitudes. El sobresalir puede despertar envidias u otros sentimientos hostiles, y su temor, hace al sujeto tratar de pasar inadvertido.

Miedo a la pérdida. El temor a ser abandonado, a sufrir decepciones, a no ser reciprocado en sus afectos, a perder *status* o los beneficios que le confiere su «enfermedad», propicia la resistencia a cooperar y abrirse o entregarse al grupo, para conseguir el cambio. Puede temerse el perder aquellas ventajas que peligrarían al desaparecer el síntoma o cambiar las actitudes. En la dinámica comunicacional del *ganar-perder*, se teme a la pérdida.

Mecanismos defensivos clásicos. Proyección, represión, disociación, negación, inatención selectiva, supresión, distorsión, desplazamiento, aislamiento, catatimia, racionalización, sublimación, sustitución, transformación en su contrario, reafirmación, multa contra sí mismo, expiación, fragmentación, pasivo-agresividad, hipocondría, fuga en la fantasía, *acting-out*, sumisión, externalización, pseudoconfirmación, internalización, regresión, autoengaño, evasión, realización

simbólica, reducción al absurdo y descalificación –entre otros– son mecanismos considerados «defensivos» que, por ser utilizados por los pacientes en situaciones de tensión, salen a relucir en la dinámica del grupo, exponiéndose en sus interacciones, razón por la cual el terapeuta grupal debe tenerlos en cuenta en su papel como coordinador y controlador de la comunicación. Como fueron descritos en la primera sección de esta obra, no los explicamos aquí.

Morfostasis. Capacidad que tiene el sistema grupal para mantener su integración dentro de ciertos parámetros que les vienen establecidos por su finalidad terapéutica, y que hacen que el comportamiento del conjunto neutralice las conductas de sus componentes individuales que tienden a su desintegración, o a la negación de sus fines.

12.4.3 RECURSOS TÉCNICOS

Se incluyen en este epígrafe los procedimientos o instrumentos técnicos que pueden utilizarse en la terapia grupal de actitudes. Algunos son propios o específicos de la terapia grupal. Otros, procedentes de la terapia individual, son empleados también en el grupo y solo los mencionaremos, por haber sido tratados en el capítulo 8.

RECURSOS ESPECÍFICOS

Ronda (rueda, barrido, dar la vuelta, go round). Consiste en ir dando la palabra sucesivamente a cada uno de los miembros, para referirse a un asunto que se ventila. Contribuye a desarrollar el sentido de pertenencia, estimular la participación, promover la equidad y el balance grupal, y enriquecer el análisis de la temática. Sienta bases para que todos perciban que están comprometidos con el resultado, así como para que vayan ganando confianza, desinhibiéndose y asimilando que la producción grupal es resultado de la ineludible contribución de todos.

Caso del día. La historia o problemática de uno de los miembros del grupo es tomada como tema del día en la sesión grupal. El terapeuta y demás miembros van haciéndole preguntas y posteriormente opinando acerca de lo comunicado por el paciente, constituyendo el análisis de dicho caso, el componente fundamental de la sesión.

Derivar preguntas a terceros. Al igual que en terapia individual, una pregunta que hace un paciente puede serle devuelta para que dé su propia respuesta, o, en este caso, el terapeuta no da contestación y solicita a otros miembros que den su opinión sobre ello.

Manejo de posiciones. Cada persona tiende a definir su propio «territorio», espacialmente hablando: su lugar en la mesa, el lado de la cama en que duerme, su asiento en el aula, etc. Esto es válido en el grupo y en la entrevista familiar, ya que cada cual tiende inconscientemente a ocupar un sitio definido, a perseverar en él y a «defenderlo». Esto tiene valor de comunicación y el terapeuta ha de tomarlo en cuenta. Al lado de quién se sentó, con qué grado de proximidad, la postura en el asiento, etc.

Cuando es oportuno, el psicoterapeuta puede manipular las posiciones, cambiando a determinada persona de lugar, aproximando a otros, dejando una silla vacía para el ausente (por ejemplo, en la terapia de duelo, propiciando una conversación imaginaria con el familiar fallecido). Ante un niño, puede inclinarse y acercarse a él, o jugar en el suelo, o sentarlo en sus piernas y continuar la sesión. Para dar autoridad a sus palabras, puede ponerse de pie, mirar fijamente a los ojos y hablar «desde arriba», con las manos puestas sobre los hombros, a un paciente en quien se quiere influir. Al iniciar la sesión, por ejemplo, se ubican los asientos en círculo, de modo que nadie quede sentado en posición distinta ni fuera del alcance de la vista de cada uno de los demás. Esto favorece la comunicación extraverbal e insinúa su carácter democrático.

Interpretación y manejo de interacciones. Las interacciones que se establecen entre los miembros del grupo, y las actitudes implícitas, son identificadas por el coordinador, analizadas y manipuladas, en interés de la modificación de actitudes. Hacerle comprender a un paciente cómo está actuando con otro, *in vivo*, favorece el *insight* del porqué tiene problemas con la gente en su vida cotidiana.

Intermediación. El terapeuta interviene en un diálogo de sordos entre dos miembros del grupo, haciendo ver a cada uno las razones y necesidades del otro. Habitualmente este recurso viene acompañado de alguna interpretación secundaria por parte del grupo, hacia uno o ambos involucrados. Siempre que el terapeuta intermedie, debe quedar una moraleja.

Transacción. Procedimiento a través del cual se logra que partes en conflicto cedan terreno a cambio de concesiones por la contraparte.

Se realiza entre miembros del grupo o entre alguno de ellos y figuras significativas de su vida. Frecuentemente esto se promueve como tarea extrasesión en el proceso de diseño y modelado de conductas por parte del grupo terapéutico. El análisis transaccional de *Eric Berne* entiende este recurso de modo diferente a como expresamos aquí.

Presentación de materiales. Para inspirar, motivar o lograr determinado objetivo en una sesión, se introduce al comienzo de ella una charla, lectura, material fílmico o de video, dramatización, ejercicio proyectivo o procedimiento afín, de modo que sirva de base para el análisis de un tema o para el refuerzo de aprendizajes previos.

Unión de contrarios. Maniobra mediante la cual el terapeuta aproxima posiciones a través del procedimiento de esclarecer la unidad de los contrarios. Así, destaca el momento positivo de la intervención emergente de un saboteador, o los peligros de un exceso de optimismo al valorar la aparente solución de un problema, expresado por alguno de sus miembros con la mejor de las intenciones.

El papel del «provocador» y del «líder del progreso grupal» en un momento determinado, se analizan como dos aspectos necesarios de la tarea. Ambos puntos de vista son tomados en cuenta en la producción grupal, no como un término medio que pueda no resolver nada, sino como consideraciones ambas que entran a formar parte de la construcción de la tarea.

Presión emocional del grupo. Los vínculos emocionales y enlaces comportamentales establecidos entre los miembros, así como el compromiso del paciente con el grupo en su conjunto, son utilizados para influir sobre sus miembros, en interés de un objetivo.

Desarrollo de la tarea. El grupo terapéutico que preconizamos es un grupo operativo que tiene como tarea el análisis y modificación de las actitudes inadecuadas de sus propios componentes. Consiste en la producción grupal mediante el trabajo colectivo para dar cumplimiento a dicha tarea, a través de la creación de un clima empático y una situación terapéutica participativa que lo hagan posible.

Remotivación. Cuando el grupo cae en un *impasse* o pareciera que la temática en debate se ha agotado, el terapeuta procede a reestimar el análisis introduciendo temas, haciendo preguntas, volviendo sobre materiales abordados con un nuevo enfoque, reencuadrando, etc.

Hojas de preparación. Resulta una práctica conveniente el facilitar las reglas del grupo, por escrito, al incorporar a los pacientes. A ma-

nera de código ético y organizativo, permite abreviar y facilitar el enmarque de objetivos y el ajuste de los miembros a un patrón de conducta en el grupo, al cual se puede volver en cualquier momento. Funciona como un elemento autorregulador del sistema.

Presentación del grupo. En los grupos abiertos y al inicio de los grupos cerrados, al comenzar la sesión sus distintos integrantes, en rueda, van presentándose por sí mismos, ocasión que aprovecha el terapeuta para dejar explícitas las reglas a los nuevos miembros. En los grupos abiertos, es conveniente sean los pacientes más antiguos los que hagan dicha explicación a los recién llegados, lo cual es conveniente aun cuando se cuente con «hojas de presentación» a disposición de todos.

Control antes y después de la sesión. Con más razón todavía que en terapia individual, cuando se funciona en equipo terapéutico el revisar antes y después de cada sesión sus objetivos, desarrollo, comportamiento, incidencias y tareas, no solamente tiene un carácter didáctico y facilita retener los aspectos fundamentales en análisis, sino que, con el aporte del cerebro colectivo, permite profundizar en la evaluación y toma de decisiones acerca de la estrategia que se debe seguir, lo cual resulta altamente recomendable. Esto es válido también en terapia familiar.

Refuerzo grupal. Basándonos en el condicionamiento operante, se propicia el refuerzo intermitente de las respuestas positivas que se quieren consolidar, buscando la aprobación afectuosa y entusiasta a los progresos de sus miembros por parte de los participantes, en el seno del grupo. La censura espontánea del grupo –nunca del terapeuta– a un *acting out*, también opera como correctivo comportamental en el proceso de aprendizaje por ensayo y error.

Meditación. Poner al grupo a meditar un rato sobre un tema, generalmente sobre algo concerniente a sí mismos, es una maniobra que facilita el «calentamiento» para la sesión y es rica fuente para la temática y la dinámica.

Generalizar. El terapeuta propicia la universalización cuando lleva al grupo a compartir experiencias comunes, haciendo ver a los miembros que sus problemas no son exclusivamente suyos, porque otras personas presentes han pasado por experiencias semejantes, lo que disminuye vergüenzas y culpas, como vimos a propósito del mencionado mecanismo grupal.

Reelaboración cognitiva. El grupo da otra interpretación a los hechos que conciernen a todos que es cualitativamente diferente a la que inicialmente dio cada cual sobre la base de su esquema conceptual referencial operativo (ECRO) primario. Ello va integrando un ECRO secundario que es producto grupal y que va sustituyendo el sistema de referencia primario, con todo el sesgo de subjetividad que sus significaciones neuróticas confieren.

El ECRO secundario es producto de la validación consensual, o prueba de realidad que la tarea grupal posibilita en el proceso de cambio de actitudes. El terapeuta propicia la reelaboración cognitiva cuando hace verbalizar una y otra vez, en opiniones ajenas, conceptos que han ido cristalizando en cultura grupal, a lo largo de la terapia.

Externización. Consiste en la puesta en práctica por los pacientes –ya por propia iniciativa– de lo aprendido en el grupo, expresado en mecanismos de afrontamiento, marcos conceptuales e interacciones personales positivas, con roles renovados y adecuada conciencia de interacción. En la medida que todo esto se va automatizando, y se asumen como reacciones propias valores y comportamientos interpersonales procedentes del acontecer grupal, va consumándose la externización y cambiando la actitud.

RECURSOS DE LA TERAPIA INDIVIDUAL APLICABLES EN GRUPO

La coterapia, el rediscutir aspectos de las sesiones grabadas en video, la interpretación de necesidades, sentimientos, conflictos y actitudes; la ventilación y la catarsis; la reformulación y el reencuadre; el preguntar opiniones, la descalificación, la dramatización y la actuación; la comunicación extraverbal controlada, el señalamiento de lado, la experiencia emocional correctiva y el ensayo y modelado de conductas –para citar solo algunos de los recursos que provienen de otras modalidades de terapia más frecuentemente empleados por nosotros– se utilizan a criterio del coordinador, en dependencia de los objetivos y el momento de la terapia. Por haber sido explicados previamente, me dispense de reseñarlos aquí.

Como en las otras formas de terapia de actitudes, el terapeuta debe desplegar las estrategias de intervención con creatividad e iniciativa, en función de las necesidades concretas del grupo que atien-

de porque, como los individuos, cada grupo tiene sus propias características e historia y no conviene tener una norma rígida para trabajar con él. También cada terapia grupal es «cortada a la medida», sin dejar de proceder con lineamientos normalizadores, puesto que ellos facilitan el desarrollo de las distintas etapas de maduración terapéutica por las que debe transcurrir para dar cumplimiento a su finalidad.

12.5 TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL DE ACTITUDES

12.5.1 CONSIDERACIONES GENERALES

El objetivo básico de esta terapia es propiciar el cambio en los pacientes que integran el grupo: cambio en la conciencia de sí mismos, de la realidad y de sus interacciones; cambio en su nivel de madurez emocional y en sus sentimientos; cambio en su conducta, su capacidad para relacionarse, satisfacer necesidades, ajustarse al medio; cambio al eliminar los síntomas como forma equívoca de comunicación; cambio en sus actitudes.

La vía para lograrlo pasa por cierta resocialización de los pacientes, por una modificación de su esquema conceptual referencial operativo, por la aplicación de los principios científicos del aprendizaje y la técnica operativa de grupo a la modificación y consolidación de conductas. Este tipo de terapia se aplica a neuróticos, en los que hay distorsión de los procesos de comunicación e internalización social, por trabas afectivas y valorativas que los interfieren y que cristalizan en actitudes inadecuadas.

El neurótico, en su intercambio, arrastra consigo la perturbación de su capacidad para relacionarse y comunicarse, lo que implica actitudes y conductas contraproducentes a la adaptación, y una conciencia falsa de su propia realidad personal en las esferas afectadas, lo cual el grupo entra a considerar. Ante el trascendente papel del aislamiento, la incomunicación y la agresión en el código simbólico de los mecanismos neuróticos, la terapia tiene que dar atención especial a los procesos de resocialización. Para ello ha de crear una situación terapéutica que lo posibilite, a través de un clima interpersonal adecuado, una ayuda técnica consecuyente y una posibilidad

situacional propiciadora de habilidades en la relación y la comunicación.

La psicoterapia es un proceso de reaprendizaje, y el reaprendizaje grupal pasa por un proceso instrumental, descrito por *Pichón-Riviere*, según el cual, el «grupo interno primario», que está condicionado por las experiencias anteriores en la familia, la escuela y el ambiente de la niñez, se va transformando en «grupo interno secundario» a través del proceso operativo grupal alrededor del cambio. Este grupo interno secundario, que es la internalización de la cultura grupal, luego va a ser externizado en conductas, roles y conceptos renovados, los que, sometidos al criterio de la práctica social, según sus resultados, van a ser reforzados hasta consolidar definitivamente la modificación del ECRO y las correspondientes actitudes y conductas interpersonales.

Tres son los elementos esenciales para el aprendizaje grupal: la *información* o caudal de conocimientos y valores que se incorporan, la *emoción* o nivel de movilización afectiva y motivación para el cambio que se alcanza, y la *producción* o modificación externa del comportamiento y adquisición del esquema referencial sobre la acción resultado de la experiencia trabajada junto al cambio en las actitudes. Por su parte, la información resultante en dicho proceso de aprendizaje es un compuesto informacional que adquiere muchas características del grupo.

El cambio afectivo se expresa en una mayor seguridad y madurez emocional, donde los sentimientos de aceptación y pertenencia vivenciados en el grupo terapéutico se extrapolan, por condicionamiento, a los nexos interpersonales naturales que fueron objeto de desmitificación, con lo que resulta enriquecido el diapasón de sus respuestas afectivas, más amplias ahora y más congruentes con la realidad.

En todo momento el terapeuta ha de saber diferenciar los planos temático y dinámico del grupo, pasando a ser una de las más importantes pautas técnicas *ir haciendo temática la dinámica*. Igualmente, la consideración del papel del emergente, portavoz de la dinámica grupal, así como la noción y manejo del liderazgo, que se ha de rotar y que se expresa en los polos del sabotaje y el progreso, contradictorios y necesarios ambos, son elementos de los cuales el terapeuta ha de valerse para mover al grupo en dirección al cambio.

En otra dimensión, el líder intelectual del momento contribuye habitualmente al objetivo; el líder afectivo, moviliza la dinámica. Estas dos dimensiones, enlazándose en su bipolaridad y desplazándose entre los distintos miembros, temáticas y momentos, confieren gran riqueza y potencialidad al movimiento grupal.

Decíamos que aplicábamos la técnica operativa de grupo, que se organiza alrededor de una tarea. En este caso, como sabemos, la modificación de aquellas actitudes de sus miembros que les dificultan su ajuste personal. Al implementar la tarea, el terapeuta-coordinador lleva a sus pacientes a «trabajar por solucionar los problemas que los aquejan, por ayudarse a sí mismos a sentirse mejor y eliminar los trastornos que los afectan, actuando sobre las posibles causas, identificando aquellas conductas y circunstancias que están relacionadas con sus dificultades». En estos términos u otros semejantes se verbaliza inicialmente la misión grupal, que se va formulando posteriormente en su progresiva complejidad, pero haciéndolo siempre en oportunidad y lenguaje adecuados a la buena comunicación.

Para nosotros la tarea es un complejo problémico integrado por:

- Ajuste a la realidad.
- Descalificación de los síntomas y defensas.
- Aprender a satisfacer con madurez las necesidades involucradas.
- Tomar conciencia de los sentimientos y conflictos en juego.
- Concientizar el rol desempeñado por las actitudes inadecuadas.
- Asumir madurez emocional ante las dificultades.
- Desarrollo de seguridad personal en sus relaciones.
- Encontrar y consolidar actitudes y comportamientos adecuados.

Por último, con *Hiram Castro*, conferimos un lugar privilegiado a la identificación y manejo de tres grupos de actitudes, que él consideró «predisposiciones» en el sentido de las *uztanovkas*, presentes como denominador común en la mayor parte de los pacientes neuróticos y que son la *evasión* y las demandas de *apoyo* y de *reafirmación*. Tendremos ocasión de referirnos a ellas posteriormente.

12.5.2 FASES DE LA TERAPIA GRUPAL DE ACTITUDES

Reconocemos, con *Bauleo*, tres fases en la psicoterapia. Estas son indiscriminación, discriminación y síntesis, pero nosotros preferimos llamarles del modo siguiente:

- Estructuración o conformación del grupo.
- Desarrollo o análisis de la dinámica.
- Consolidación de los cambios o etapa resolutive.

FASE DE ESTRUCTURACIÓN

Esta etapa corresponde a las primeras sesiones de terapia, y presenta una serie de características distintivas que iremos desarrollando a continuación.

Los miembros del grupo, al no estar conformada aún la estructura, muestran inseguridad y reticencia, tienen un vínculo exclusivo con el terapeuta, y desconocen en el fondo, o rechazan, tener que compartir sus problemas con personas desconocidas. La relación, por tanto, es fundamentalmente diádica, no se establece una verdadera dinámica y el terapeuta debe esforzarse por desviar las preguntas hacia el grupo y hacer que los expositores se dirijan al colectivo y no a su persona.

Es importante que vaya haciendo hablar, preguntar y opinar a todos, aun cuando están confusos los objetivos, hay una incoherencia organizativa frente a la tarea, faltan el *rappport* y la empatía y los roles y funciones de los participantes vienen predeterminados por situaciones anteriores, externas al grupo. De cierta forma, se evaden las informaciones escabrosas o desfavorables a la autoestima, primando la ansiedad confusional y las actitudes defensivas.

El coordinador hará su mayor esfuerzo por despertar corrientes de simpatía, mitigar angustias y buscar el «enganche». Los señalamientos centrales deben estar dirigidos más sobre el encuadre que sobre la tarea propiamente dicha, señalando las «reglas del juego», los objetivos y ventajas del método, dando seguridad y garantías de la privacidad, espontaneidad y absoluto respeto a los límites que cada cual quiera establecer a sus confidencias.

Es útil concentrarse en la presentación de los miembros, los motivos que atribuyen a sus dificultades y en los síntomas que presentan, buscando desde el inicio resaltar los elementos comunes y la asociación síntoma-problema.

Cuando hay personas que han participado previamente en sesiones grupales, se aprovecha su experiencia para «romper el hielo» y

que expliquen a los demás en qué consisten, en su criterio, la terapia y sus ventajas, ocasiones que va aprovechando el terapeuta para esclarecer y encuadrar. El uso de hojas de presentación posibilita comentar e ir introduciendo las normas de funcionamiento, a partir de ellas. A continuación expondremos la estructura aproximada de las primeras sesiones.

Apertura. Introducción por parte del terapeuta. Chequeo de tareas cuando ya han sido establecidas.

Obtención de información. A partir de preguntas, se busca que los pacientes expongan sus problemas –sin que aún se profundice demasiado en ellos– tratando de que los distintos miembros, por asociación, vayan poniendo en evidencia puntos de coincidencia, al tiempo que todos van conociendo, a grandes rasgos, los problemas que aquejan a los demás.

El coordinador no monopoliza el interrogatorio. Por el contrario, promueve que sean los propios pacientes quienes pregunten y puede apelar al recurso de la ronda o barrido para que todos expresen sus interrogantes e inquietudes, dejando que se intercalen proyecciones, comentarios y alusiones a las experiencias respectivas, con todo lo cual se va conformando una especie de «bolsa de información» que pasa a ser la temática que se va a debatir ese día. No hace énfasis en buscar síntomas, pero cuando aparecen, trata de que aquellos que tienen quejas del mismo tipo lo expresen, procurando afinidades y universalización.

Cuando considera se ha acumulado un volumen de datos suficiente, hace un resumen parcial, reformulando lo expresado de forma que sus esencias no sean perdidas de vista, recalando todo lo que haya tenido que ver con la ventilación de sentimientos.

No será nada rígido en la temática que surja. Respetará las iniciativas del grupo, por cuyas rutas transitará, independientemente de que el tema del día haya derivado al análisis de un caso o a experiencias comunes de la vida que hubiesen creado dificultades a varios miembros. Siempre habrá tela por donde cortar.

Manejo de información. Realizado el resumen parcial, el coordinador hará el reencuadre de la sesión, pidiendo a los participantes procedan a dar sus opiniones sobre un aspecto concreto de lo conocido hasta allí, evitando que surjan temas nuevos. De formularse estos por alguien, se derivan para su análisis en próxima sesión, pero, como norma, no se abren a debate.

Si se hacen nuevas preguntas sobre el tema del día, se permite reabrir e incorporar la información de este modo recogida. No obstante, se solicitará en ese caso al que interroga emitir su opinión sobre el tema, con lo cual se reencauzará el debate a su nuevo estadio de manejo grupal de la información. Tomaremos cuidado en no convertir el análisis en un ejercicio intelectual. Por el contrario, se pesquisarán las emociones que están detrás de las palabras y los gestos, identificando sentimientos y necesidades insatisfechas donde sea posible, propiciando interacciones y proyecciones, buscando en todo momento crear un clima de confianza, aceptación y espontaneidad, donde se desestime la emisión de «juicios morales» a través de su descalificación y esclarecimiento, así como usando inteligentemente la connotación positiva, el apoyo y la inspiración.

El grupo no está aún preparado para profundizar mucho en la dinámica de la interacción, por lo que evitaremos las interpretaciones, confrontaciones y recursos afines que pudieran reforzar resistencias en un auditorio todavía inseguro. No coincido con *Hiram* en el criterio de comenzar «a carga de machete», puesto que se requiere completar una información que solamente obtendremos mediante la confianza, y de un enganche que podemos enajenar si vamos demasiado aprisa. (Prefiero crear inseguridad para que la interpretación rompa defensas y resistencias solo cuando el sentido de pertenencia grupal haya cuajado y el vínculo afectivo con el terapeuta y el grupo sea lo suficientemente sólido como para que permita no sentirse solos y desamparados al ser lanzados, desnudos e iluminados de pronto, en el mundo de sus tinieblas.) Por tanto, aún no es el momento para ello.

Pedimos y derivamos una y otra vez opiniones, se delegan responsabilidades al grupo, esclarecemos la misión. En cada caso que va surgiendo a la luz, identificamos las áreas-problema, los sentimientos involucrados en sus necesidades insatisfechas, así como los mecanismos de afrontamiento –en términos de conducta– utilizados en dichas áreas-problema. De este modo, podemos conformar en el grupo la idea de que las dificultades de las personas tienen que ver precisamente con lo que hacen para evitarlas y solucionarlas, y focalizar las opiniones alrededor de las conductas (el término actitudes surgirá después, posiblemente algún paciente lo introducirá incidentalmente, y nosotros lo secundaremos). Se insistirá en el papel de las conductas que conviene asumir, con relación al manejo de las dificultades que se van planteando por los pacientes.

Se permite y estimula que los distintos miembros refieran experiencias análogas, particularizando en lo que hicieron para solucionarlas; o cómo, por actuar igual, se vieron en dificultades similares, expresando sus criterios y debatiendo sobre ello.

Cuando el terapeuta considera que el tiempo o la temática lo aconsejan, hará un resumen preliminar de la sesión, destacando sus momentos trascendentes, resaltando el papel evidenciado por algunas conductas o actitudes en vínculo con los problemas debatidos. Significados, sentimientos, conductas y propósitos han de estar representados, en alguna medida, en dicho resumen.

Formulación de las tareas. Del recuento de la sesión se deriva que, del caso o los casos analizados se pueda pasar a precisar la formulación de una tarea, la cual es una conducta asertiva, desgajada lógica y respetuosamente —sin injerencias ni sustituciones a la libre decisión— de la moraleja resultante de cada caso, hecha explícita a través de un consenso del que nuestro interesado participó, y nunca a pesar de él, de modo que se formule como un comportamiento que el grupo recomienda ensayar y de cuyos resultados, a manera de experimento, se informará en la próxima sesión.

De una misma temática pueden resultar tareas para varios miembros aunque solamente haya sido uno el caso del día; pero las asociaciones y la universalización hacen posible el uso de este recurso para todos a quienes «les sirva el sayo». Esto ha de manejarse con extremo tacto y flexibilidad.

Aunque sugeridas casi siempre en el estadio precedente, luego del resumen aludido, el terapeuta pide a los pacientes en los que proceda, precisen en su propia voz cuál es la tarea que se proponen, dando paso a que los restantes integrantes le ayuden a concretar sus ideas, fundamentando sus opiniones cuando es el caso, cooperando en el diseño de la conducta, con los mayores detalles posibles, pero —y es muy importante— sin violentar en modo alguno su libre albedrío: está en su derecho de hacerlo o no, y no tiene por qué realizar algo si no estuviese plenamente de acuerdo con ello, por lo que se le pide dé su sincera opinión al grupo acerca de lo que se le va sugiriendo. Si no hay consenso, no hay tarea; esa es la regla. Si hay convencimiento, entonces el terapeuta perfila y concreta la tarea consensualizada, a partir de lo cual el grupo tiene derecho a pedir se haga un esfuerzo por tratar de cumplir el compromiso, prueba de que la tarea de autoayuda se toma en serio.

Cierre. Esclarecidas las tareas, el terapeuta recuerda las reglas que procedan, pregunta si se han sentido bien y si consideran útil volver a la próxima sesión. Se precisa su fecha y hora, no dejando en modo alguno que se reabra el debate, derivando firmemente para otra ocasión cualquier aspecto que intentara retomarse. Podemos terminar con algún pensamiento positivo, o realizar ejercicios de relajación. Las muestras de estimación y simpatía deben presidir la despedida, sin margen para microdiálogos o monopolizaciones de la atención del terapeuta u otros miembros del equipo. Las dudas, aclaraciones, consultas, medicación individual –en el caso que las hubiese, lo cual se desaconseja– se derivan para momento y lugar distintos de los establecidos para la reunión grupal.

FASE DE ANÁLISIS

Cuando, en grupos pequeños, todos los miembros han expuesto su caso, o en grupos relativamente grandes, una parte importante lo ha hecho y, los que no, han podido opinar y proyectarse libremente, sintiendo ya el espíritu de cuerpo, deseando participar y colaborar en la tarea, hemos entrado en la siguiente fase, en la cual el grupo ha quedado constituido, en los hechos, como sujeto colectivo de terapia. No obstante, en esta etapa ha de consolidar la estructura, débil todavía. En ella los roles y funciones se van determinando, no ya por la indicación del terapeuta sino por la propia dinámica interna del grupo. Se van perfilando los objetivos, aparecen los líderes, son visualizados los miedos al cambio a través de resistencias y defensas, a menudo ostensibles. Comienzan a manifestarse dos lenguajes: el manifiesto, dado por la temática que se discute y el latente, en el que la dinámica puede ser leída a través de las emociones, conductas e interacciones que están detrás de las palabras. Aparecen sentimientos de pertenencia y actitudes de pertinencia y cooperación, en diversos grados y medidas. Surge aquí el fenómeno de la emergencia –ya descrito– que va confiriendo sentido a la situación, de acuerdo con el movimiento de la dinámica grupal.

La actividad del terapeuta se dirige fundamentalmente a:

- Creación de un clima de seguridad, a pesar de las ansiedades.

- Esclarecimiento de la tarea, evitando desvíos y divertimentos.
- Acercamiento y rotación de los liderazgos.
- Desarrollo de la pertenencia, la pertinencia y la cooperación, valores clave para el progreso de la tarea.

En esta etapa el grupo va «entrando en calor». Varias y muy activas son las sesiones que la conforman. El nivel de confianza y confidencias que se logra permite identificar conflictos y actitudes, esclarecer sentimientos, hacer observaciones y señalamientos de lado, e ir focalizando la atención del grupo en las defensas evasivas y en las necesidades morbosas de apoyo y reafirmación, que son tan comunes entre ellos. No se formulan interpretaciones todavía, pero se prepara el terreno para la emergencia y el *insight*.

Las sesiones, como en la etapa anterior, muestran la estructura aproximada que veremos a continuación.

Apertura. Chequeo de las tareas. Explicación por parte de los propios pacientes a los nuevos miembros sobre las características de la terapia –en el caso de que se tratase de un grupo abierto. Encuadre de la sesión por parte del coordinador, partiendo de la tarea, de un asunto pendiente de la reunión anterior, o de un tema que se desprende lógicamente de ciertos aspectos abordados por alguno de los presentes a propósito del chequeo de las tareas. Corresponde al terapeuta encaminar el tema del día y dar la palabra a quien entienda, si no es que algún paciente asume la iniciativa, planteando una inquietud, y el terapeuta decide, entonces, tomar el tema como objeto de análisis.

Se debe comenzar exactamente a la hora fijada. No deben abordarse más de uno o dos temas por sesión, tanto si se trata del análisis de un caso o de una problemática de interés común. El segundo tema solo se desarrolla si el primero parece haber agotado sus posibilidades, por el momento, en la primera media hora de la sesión. De ser este el caso, puede incorporarse el segundo, el cual dejaremos en suspenso si se agota el tiempo preestablecido. De haber transcurrido más de media hora cuando agotamos el tema del día, es preferible cerrar la sesión a violentar el análisis de una nueva temática; si esto llegara a ocurrir se recomienda pasar revisión a tareas de sesiones pasadas y reforzar progresos alcanzados, después concluir el encuentro.

Sean, pues, una o dos las temáticas del día, como en la fase anterior se procede primero a esclarecer el contenido de la información, antes de que el grupo vaya a apresurar opiniones intempestivas. Procederes como la ronda, la autoscopia mediante grabación en video, la presentación de materiales, el caso del día, la dramatización, así como las preguntas, la solicitud de opiniones y la derivación a terceros, entre otros, son recursos que ayudan al esclarecimiento de los objetivos y la interacción inicial en la sesión.

Manejo de la información. Con más rapidez que en la primera etapa, comenzamos a considerar los componentes dinámicos de la información, de una forma más profunda y activa, desde momentos tempranos de la sesión.

La identificación de los conflictos y de las necesidades, sentimientos y actitudes que les están involucrados y la asociación de todo ello con la conducta sintomática, pasa a ser objeto de trabajo operativo grupal.

Se propician y comienzan a interpretar interacciones estereotipadas: apareamiento, dependencia, lucha, fuga, miedo al ataque o a la pérdida, evasión, necesidades y demandas neuróticas de apoyo y de reafirmación. No solamente van focalizándose y ventilándose las conductas relacionadas con estas y otras actitudes, sino que se va enseñando al grupo a reconocerlas y arremeter contra ellas. Se inicia una batalla campal alrededor de la actitud.

Comienzan a perfilarse los liderazgos y la emergencia en relación con la tarea; el peso principal de la sesión va pasando del coordinador al grupo. La afectividad sube de tono y los síntomas y las defensas relacionadas con ella hacen aparición en las interacciones, lo que permite trabajarlas. Diversos pacientes van asumiendo liderazgo. Unos apoyan activamente el objetivo, otros lo sabotean inconscientemente; todos contribuyen a profundizar en la conciencia grupal y el coordinador debe integrar y aproximar ambos polos (dialéctica de los opuestos y de la emergencia).

No consentimos la rigidez del rol: el que siempre apoya al terapeuta no piensa con su propia cabeza, se muestra conformista y dependiente, pierde liderazgo y termina por obtener rechazo del colectivo; el que siempre sabotea, consolida actitudes negativistas, entra en conflicto con el grupo o lo lleva por senderos equívocos, ganando en rechazo y perdiendo ascendencia. Por eso el coordinador propicia

rotar los liderazgos y estimula el que todos ejerciten ambos roles por más de una vez.

Sabotear no es perjudicial, porque expresa angustias latentes en el grupo, puntos de vista discrepantes que reflejan aspectos necesarios de la tarea, que de otro modo pudieran no ser considerados, obligando a pensar y a buscar síntesis creativas que resuelvan la contradicción, al incorporar los momentos positivos de los criterios extremos, evitando lo negativo que ambos supieron alertar del otro.

Quien discrepa expresa y defiende su criterio; y eso es bueno si se hace correctamente. Quien defiende el bien común desarrolla el altruismo y aprende con ello, pero tiene que exigir que también lo hagan los demás. Un balance justo entre lo colectivo y lo individual, entre el desprendimiento y el esfuerzo por satisfacer la necesidad, dan contrapeso y madurez al carácter. Eso debe estimularse. No olvidar que dependencia, lucha y evasión, son transferencias a las interacciones grupales de actitudes defensivas arraigadas en la historia personal. Por otra parte, el análisis de las conductas va permitiendo perfilar las actitudes, y contribuye a delinear mejores formas de ejercer el rol, lo cual se va expresando en las tareas.

Las conductas y actitudes no se valoran aisladas, sino en el contexto de su sentido y significación, los que se captan en el grupo con mayor facilidad a medida que se profundiza en la dinámica, tomando en cuenta factores provenientes de la historia personal de los distintos miembros («verticalidad»), así como de la interacción presente entre los componentes del grupo («horizontalidad»).

La circunstancia de que aparezcan las defensas, a modo de mecanismos de evitación, cuando el paciente se enfrenta o avizora significados estresantes, da oportunidad para contender con ellos, interpretarlos, descalificarlos, cada vez que aparecen, mientras se analizan conflictos y se movilizan afectos. Cuando se trabaja con las defensas, se está trabajando con actitudes y conductas, que son su forma de materialización. Es por eso que, en este momento de la estructuración grupal, se va enlazando lo cognitivo (tomar conciencia), lo emocional (movilizar afectos) y lo conductual (cambiar comportamientos), por la vía de la interpretación y modificación de las actitudes. Este proceso no es fácil, sino lento y progresivo. Pero es el momento de ir profundizando en el manejo de la información.

Las interacciones y el desarrollo de la conciencia de interacción constituyen el aspecto esencial en la intensificación de la dinámica.

Lo latente se hace manifiesto; la dinámica, temática. Hay intenso intercambio entre todos los miembros. El terapeuta se va viendo como facilitador, no como eje de la tarea, que es asunto de todos.

La confrontación, la interpretación, la experiencia emocional correctiva, van apareciendo como recursos cada vez más frecuentes y oportunos. El terapeuta entra al juego para golpear, pero el grupo asume el modelo y golpea aún con mayor intensidad, porque su capacidad multiplicada para presionar es una fuerza correctiva de la mayor importancia.

Conformación de las tareas. Del análisis de las actitudes se van desprendiendo tareas que contribuyen a modelar nuevas formas de afrontamiento. El diseño y ensayo de conductas es una de las vías por las cuales se remodelan las actitudes, por cuanto la práctica retroalimenta al sujeto, quien puede ir ajustando su comportamiento y predisposición a reaccionar en consecuencia.

El éxito constituye el mejor refuerzo. De ahí que, por ensayo y error, se desarrolla un nuevo aprendizaje –es el aprendizaje skinneriano– el cual, al cristalizar, consolida estados funcionales del sistema nervioso que van automatizando la tendencia a la nueva respuesta: la actitud. Esta no surge solo de conductas, es cierto; pero no olvidemos que el cambio de referencias cognitivas y de respuestas emocionales asociadas a la terapia, actúa también, simultáneamente, en la misma dirección.

La tarea es el momento conativo de la nueva cognición, mediada por un cambio en el balance emocional, tras el clima de empatía, *rapport* y seguridad que posibilita la situación terapéutica. Entonces, luego de resumir la sesión, pacientes y terapeuta, de consuno, van delineando los perfiles del trabajo individual intersesión que constituye la tarea. Sin caer en juego de palabras, pudiera decirse que la más importante tarea de la sesión es delinear la tarea –lecturas distintas de un término no suficientemente reconocido en terapia. No es una concesión al conductismo; es la integración de sus importantes aportes a un enfoque holístico e integrativo del sistema terapéutico grupal.

Como expresáramos a propósito de la primera fase, este recurso –producto del trabajo del grupo, que lleva consigo su producción cultural acumulada– requiere de la anuencia y participación en su diseño de los interesados. Estos validarán o no, con el criterio de la

práctica social, el consenso al que se llegó y externizarán valores e interacciones del grupo que retroalimentarán su esquema de referencia, en conciencia, afectos y comportamientos.

Cierre. Con la despedida, el terapeuta enunciará desde el comienzo de la fase, y reiteradamente, el contrato terapéutico. Cada cual resolverá sólo aquello que se empeñe en resolver. Cada quien es responsable por sí mismo. Quien quiera curar, ha de llevar a conductas sus buenas intenciones y eso solamente se logra con esfuerzo y perseverancia. El grupo y la terapia lo ayudarán. El futuro está en sus propias manos.

FASE DE CONSOLIDACIÓN DE LOS CAMBIOS Y TERMINACIÓN DE LA TERAPIA

Este es el estadio de máxima productividad grupal: información, emoción y producción se ponen plenamente en función del nuevo aprendizaje, que se expresa en forma de cambio en la conducta. Habiéndose creado condiciones para el *insight* o concientización de conflictos y actitudes significativas, se va ordenando la información que les compete y que interesa a las interacciones grupales a las que aquellos se transfieren. Se liberan inhibiciones emocionales, se reconocen afectos reprimidos, se trabaja sobre catatimias. Las actitudes inadecuadas son confrontadas y descalificadas por el grupo una y otra vez, reforzando las conductas nuevas, hasta consolidarlas.

Validación consensual, reorientación cognitiva y condicionamiento operante, experiencia emocional correctiva, ensayo y modelado de conductas, son puntales en la etapa, junto al clima de seguridad, espontaneidad, franqueza y simpatía que presiden el ambiente grupal.

Al quedar clara la simbología comunicativa personal e identificadas las amenazas, se reducen los mecanismos de evasión y otras defensas. Los síntomas pierden su razón de ser al disminuir la angustia y la retroalimentación provenientes de emociones y actitudes interpersonales negativas que los perpetúan. Al integrarse la verticalidad personal y la horizontalidad del grupo, las significaciones individuales con las sociales, internalizadas mediante la interacción grupal, se modifica definitivamente el ECRO, con sus valencias cognitivas,

afectivas y conductuales incluidas. Es momento ya de saber satisfacer las necesidades por medios maduros, de tolerar superiores niveles de estrés, desensibilizando, porque existe una mayor seguridad y autoconfianza al irlos enfrentando.

El ejercicio de los roles requeridos para ajustarse a las necesidades de la interacción actual, intra y extragrupal; el comunicar de una forma socializada, para entender y que lo entiendan; el adecuar conductas a las realidades presentes; el entregar afecto maduro a cambio de respeto y madurez, llevan progresivamente a los participantes a cambios internos, en la medida en que se practican en el grupo y se externizan y retroalimentan en su vida cotidiana. Esto es aprendizaje de interrelaciones y significaciones, vitalmente enriquecedor, que cristaliza en esta etapa.

Como el nuevo aprendizaje no debe implicar tipo alguno de dependencia, en la medida en que se refuerza el cambio, se prepara para el alta y la afirmación independiente. Como adelantamos, en este período las sesiones pueden espaciarse, las tareas se van tornando más complejas y mediatas, con mayor autonomía e iniciativa del sujeto en su elaboración.

Previamente al alta, en las últimas sesiones, levantamos el vuelo de lo conductual e inmediato a lo motivacional y mediato. ¿Cuál es el sentido de la vida? ¿Cuál el ideal existencial que cada uno se traza como meta de futuro? La asertividad, la ruptura en lo posible de la introversión, la socialización, han allanado el camino para la confianza en sí mismos, la apertura a la vida social, el optimismo, las sanas ambiciones, los planes y los sueños.

El intercambio sobre motivos y aspiraciones permite armonizar las realidades y posibilidades con los requerimientos de un marco referencial de valores y motivaciones, así como con las necesidades de realización y trascendencia, tan caros a los seres humanos y tan afectados en la población neurótica. Ello es parte importante, también, de la reorientación cognitiva implícita en el cambio terapéutico, en este caso con la aprehensión de un nuevo sentido y significado vitales, enriquecidos significativamente en el proceso de terapia.

Presentaremos a continuación la estructura tipo de las sesiones de esta fase, la que, por razones obvias, constituye solamente una muestra aproximada. Esta es precisamente la fase más abierta y flexible de la terapia, por lo que la iniciativa y experiencia del coordina-

dor y las características particulares de cada grupo, darán la tónica, en última instancia más que los esquemas.

Apertura. A diferencia de etapas anteriores, el chequeo de las tareas no es operativo sino estratégico. Los miembros del grupo van informando sus consideraciones acerca de los resultados de su comportamiento extrasesión, lo cual permite la conceptualización de la práctica, el revalorar sobre los roles y las actitudes, al tiempo que la evaluación de la capacidad interpretativa, la autocrítica alcanzada y la materialización de los progresos por parte de todo el grupo.

La retroalimentación de la conducta ensayada es su propio refuerzo. Pero el grupo también, a su modo, premia y castiga; y es a partir de este repensar sobre la tarea que la sesión pasa, imperceptiblemente, al siguiente momento, de información y análisis, con lo cual la integración en sistema de lo cognitivo con lo conductual y lo afectivo, se hace más evidente para el observador avezado. El terapeuta no hace ningún resumen parcial sino que se profundiza directamente en la temática. Cada miembro va sacando sus propias conclusiones.

Recogida y manejo de la información. Con el análisis que van realizando los miembros al hablar de su experiencia exterior, se activa la dinámica grupal. Aquí no hay diferenciación estructural entre recogida y manejo de la información, puesto que la propia enunciación temática por cada exponente, lleva consigo juicios y valoraciones. Rápidamente surge la interacción y, tras ella, la conciencia de la interacción, es decir, se comunica y luego se comunica sobre la comunicación (metacomunicación), de modo que, de sucesos y comportamientos externos al grupo, se vuelve una y otra vez adentro y, de aquí, afuera otra vez, en un proceso ininterrumpido de ventilación, interpretación, validación consensual y externización de actitudes, con las correspondientes experiencia emocional correctiva y toma de decisión. Primero, en el contexto interno, para luego ensayarlas y consolidarlas en el contexto externo, en un nuevo ciclo de tareas y reanálisis de tareas que resulta corrector.

Las tres actitudes básicas o «predisposiciones» en que insiste la escuela cubana de psicoterapia: las tendencias a la *evasión*, a la *búsqueda enfermiza de apoyo*, afecto o conmiseración, y a la *reafirmación del ego* por las vías del narcisismo, la autosuficiencia, el individualismo o la superioridad —entre otras que cada grupo concreto «descu-

bre» y debe trabajar— son bombardeadas con todo el fuego de la artillería grupal, buscando la ruptura definitiva de las defensas. También debemos aprovechar la disonancia entre viejas actitudes y nuevas conductas, apelando a la interpretación y a la confrontación, así como promover la asertividad legítima, la superación de la inseguridad y la expulsión de los «fantasmas».

Las amenazas inconscientes de cada cual, anacrónicas, han de quedar lo suficientemente caracterizadas por la conciencia y la emocionalidad actuales al grupo, para que pierdan su vigencia en tanto puedan ir siendo sustituidas por los propios valores y seguridades que transmiten la cultura y atmósfera grupales, externizadas a su realidad. El ECRO secundario va sustituyendo al ECRO primario, la horizontalidad se va integrando con su par dialéctico, la verticalidad—experiencia concreta asimilada por cada cual a lo largo de su historia personal, lo que llamamos, con *Henry Ey*, la historicidad de su conciencia— de modo que un sujeto renovado, que integra lo mejor de su experiencia vital como individuo con la experiencia enriquecedora compartida en el grupo, va emergiendo de la terapia.

Las significaciones sociales definidas colectivamente, internalizadas ya como lenguaje simbólico, modifican desde adentro las significaciones individuales, neuróticas, adecuándolas a la realidad y a la vida. Podrán articularse en ellas valores y emociones, desfasados antaño, en la misma proporción en que el grupo haya sabido integrarlos en un contexto emocional donde el absurdo de los fantasmas pueda ser percibido, y la responsabilidad por la conducta correspondiente, asumida como propia, libre de enajenaciones y deudas anacrónicas.

Cito a *Bauleo* en un párrafo de su obra *Ideología, grupo, familia* en el cual se refiere a la técnica operativa de grupo y que considero importante recordar aquí:

El interactuar, el reacomodar conductas, el repensar lo que se expresa para que lo entiendan, lleva a cada integrante a modificaciones personales, a reinstalarse en la actualidad de los sujetos presentes. Lo que aquí surge como elemento clave es el rol. La asunción y adjudicación de roles, el intercambio de los mismos y el lograr el adecuado para ubicarse en este grupo, diferente a otros en los cuales el sujeto actuó, es un aprendizaje de relaciones o interrelaciones que

lleva a una conciencia de situación, en el sentido de aprender a lograr el rol que concuerda con los otros que se hallan en ese momento (*sic*).

Esta etapa resolutoria de la terapia tiene mucho de conductual. Pero conductual «pensado» y relacionado con el *insight* de los conflictos y actitudes que tienen que ver con ello. Así, cuando en el grupo acorralamos en alguien un mecanismo de evasión, obligándole a reconocerlo, le presionamos a que defina una conducta que niegue la evasión en esas circunstancias concretas y a que se responsabilice con responder por ello ante el grupo. Cuando esto es aceptado así por el sujeto, él mismo autoformula una tarea, la cual será más o menos compleja en la medida de los requerimientos específicos de la situación que la contextualiza. Esta es la ruta crítica del proceso que llamamos *tránsito de la dinámica a la temática-a la concreción conductual-a lo conductual repensado*, cerrando un ciclo sistémico que retroalimenta la dinámica grupal.

Como alerta *Bauleo*, el rol cumple en la técnica una función capital en su carácter de elemento clave para el reentrenamiento de la función de relación perturbada, consustancial a la indicación de terapia grupal. Y no es que el ejercicio y análisis del rol vayan por un lado y la consideración del conflicto, la defensa y la actitud vayan por el otro. Es que el grupo pone su capacidad de relación y comunicación en función de la dinámica, tanto personal como interpersonal, puesto que estas son, en esencia, indivisibles: si tengo conflictos con la autoridad «a causa» de mi padre, voy a expresar dificultades en el grupo con aquellos que, en la rotación de roles, representan autoridad o crítica, o cuando siento que el grupo «me quiere controlar»; si tengo sentimientos de inferioridad, seré hipersensible a los intercambios en los que me siento preterido o devaluado, y así sucesivamente.

Al grupo se transfieren los «fantasmas» y en las interacciones saltan las actitudes frente a ellos; al pasar a ser temáticas y cambiar la lectura de la narrativa, tenemos la posibilidad de integración, si ello alcanza los niveles emocionales necesarios. Y mientras solucionamos nuestros conflictos, vamos aprendiendo a relacionarnos con madurez, a comunicar en forma clara, directa, honesta y adecuada; a encontrar el rol consecuente con cada interacción, dentro del contexto grupal y, fuera de este, en la medida en que aquel monitorea su

externización en el período de la psicoterapia. No obstante, puede apreciarse que nuestro modelo no es solo un grupo operativo. Es también un grupo de análisis psicodinámico basado en el papel de las actitudes, que integra las técnicas del aprendizaje. Como en las modalidades individual y familiar, busca un enfoque sistémico-integrativo, que responda a las necesidades de la psicología concreta de esos miembros y ese grupo específicos.

Cada grupo tiene su historia y sus propios problemas, resultado de la dialéctica de su verticalidad y su horizontalidad concretas, por lo cual cada cura grupal es una experiencia única, que enriquece tanto a los pacientes como al equipo terapéutico. Es arte y es ciencia. Es técnica y vivencia humana y profesional, que siempre deja consigo algunas gotas de sabiduría.

El período resolutivo, que termina por lisis de la necesidad, se va condicionando mediante anuncios de su proximidad y conveniencia. Una y otra vez se recalca en que ya pueden «resolver» solos. Ante cada nuevo planteamiento: «¿Qué crees? Estás en plena capacidad de asumir tus decisiones por ti mismo. ¿Cuál es tu opinión sobre el asunto?». Expresiones así, y la pauta grupal de no opinar sobre lo que debe hacer el otro, sino limitarse a estimular por los compromisos que se han ido cumpliendo, junto a desaprobar y responsabilizar por lo que no se cumple; la derivación de la temática hacia la mirada al futuro, acompañando al espaciamiento progresivo de las sesiones –en los grupos cerrados– y a la no individualización de las tareas, crean condiciones para el fin de la terapia.

Tareas. Propósitos grupales. Actividades colectivas. Sugerencias de realizaciones con sentido prospectivo. Responsabilización por propósitos individuales pendientes. Compromisos de resolver por sí mismos algún problema que se trajo a la sesión y sobre lo cual el grupo no opinó, «devolviendo la pelota».

Cierre. Sugerimos terminar las sesiones con ejercicios de relajación, tras una breve lectura colectiva, inspirativa, con una moraleja para el grupo, la cual los pacientes pueden ir trayendo por sí mismos.

La sesión final, anunciada previamente, puede terminar en un intercambio amistoso, breve y sin intimidades que lo puedan alejar del marco terapéutico, donde se confraternice en plano de igualdad, quedando los vínculos definidos como amistosos a partir de allí, presididos por un respeto afectuoso.

12.6 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS QUE DEBE REUNIR EL TERAPEUTA GRUPAL

El terapeuta no es un dios. Posee, como todo humano virtudes y defectos que lo hacen un sujeto irrepetible. Pero hay características elementales que debe reunir. Y defectos que no se puede permitir. Como su instrumento de trabajo es su personalidad —como hemos expresado reiteradamente— debe cultivarse a sí mismo en todo lo posible y dominar la técnica de utilizar los recursos positivos de su propia forma de ser, y su integración a ella de los aportes de la teoría y la práctica psicoterapéuticas, en bien de sus pacientes.

Por tanto, entre las cualidades que requiere, están ser auténtico, espontáneo y saber ponerse en el lugar de los demás; es decir, ser empático. Sin tener que ser «simpático», necesita cierto sentido del humor y caer bien a las personas sin violentar su personalidad, parecer forzado o actuar con frivolidad. Ha de acumular experiencia vital, porque nadie puede transmitir a los demás lo que no tiene y todo terapeuta es, aun sin proponérselo, un educador. Sin saber de la vida no se es capaz de entender el alma humana; y eso es algo que se espera de todo terapeuta, lo que se pone a prueba en la situación grupal.

Se necesita una firme base ideológica: una cosmovisión culta, con arraigo filosófico que no intentará transmitir, pero que le será imprescindible para orientarse a sí mismo. En la medida en que comprende al obrero en la fábrica, al campesino en su tierra, al gerente en su responsabilidad, al estudiante en su escuela, al ama de casa en su drama cotidiano, así podrá estar en condiciones de ayudarlos. Sin compromiso social, es poco probable que sea auténtico y, mucho menos, confiable.

El psicoterapeuta debe poseer conocimientos amplios de Psicología, Medicina, Sociología, Psiquiatría y psicoterapia. No debe ser dogmático, sino estar abierto a la información y a la actualización vengan de donde vengan (si es incapaz de pensar con su propia cabeza, ¿estará en condiciones de no extraviarse en la psicoterapia, y no extraviar consigo a los demás?).

Ha de ser un gran observador, buscando siempre identificar los canales sensoriales predominantes y las claves de acceso a la comunicación con sus interlocutores, entrenándose y adaptando su experiencia sensorial a comunicar naturalmente en dicha sintonía. Junto

a ello, dispondrá de un amplio repertorio de actitudes y modelos conductuales para transmitir en grupo. *Minuchin* recomienda estudiar mucho y luego dejar en calma lo estudiado; practicar entonces al lado de un maestro. Se puede ser terapeuta cuando los recursos técnicos salen espontáneamente, en la relación de ayuda, como una prolongación de sí mismo en su capacidad de comunicación, sin preconcebirlos demasiado. Que broten de adentro de acuerdo con los requerimientos de la situación concreta, y que sea nuestra experiencia sensorial directa, nuestra propia actividad inconsciente, quien haya procesado y automatizado patrones comportamentales de ayuda, pero que puedan aflorar a la conciencia, venir a la memoria y orientar nuestra acción en el momento en que se los necesite, al llamado de una estrategia consciente de intervención, que es el modelo asimilado que guía nuestra acción.

No somos autómatas. Todo lo contrario. Nuestra conciencia como terapeutas está en alerta siempre, o nos perdemos. Pero el buen guía en el bosque lleva los puntos cardinales dentro: tiene los vericuetos y las sorpresas del monte en su interior. Por eso lo orienta su intuición, percibe olores y sonidos inaccesibles a otros; la fiera no lo sorprende ni dormido, puede ir conversando y sabe muy bien por dónde y hacia dónde va.

Así, no se es psicoterapeuta mientras no se «internalizan» y «externizan» las leyes y reglas del accionar grupal, y mientras no se está seguro de sí mismo en el papel de conductor. De ahí que el terapeuta requiera entrenamiento al lado de un experto. Como el discípulo zen, va develando misterios y desplegando habilidades nivel a nivel, hasta convertirse él también en un maestro. No es hacerse fanático de una nueva secta. Es aprender a pensar y a resolver los problemas por nosotros mismos lo que el buen maestro nos debe enseñar.

En cuanto a las funciones del terapeuta grupal, aceptamos con plena satisfacción las que nos presentan *Sadock* y *Kaplan* en su *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, al cual remitimos: directriz, estimulante, extensional, interpretativa, didáctica y modeladora, las tres últimas de las cuales concentramos en una *función reeducadora* que es, a nuestro juicio, la principal de todas.

12.7 LO QUE NO SE DEBE HACER EN PSICOTERAPIA GRUPAL

Hicimos alusión en el epígrafe anterior a los defectos que no se podrá permitir el terapeuta. Todos tenemos derecho a los defectos siempre que no dañen a los demás, y este es el rasero por donde hemos de medir nuestro nivel de tolerancia.

Primum non noxere, reza el viejo aforismo médico. Terapeutas enfermos ellos mismos, personas inauténticas, frustradas, inhibidas, sociopáticas, mal preparadas, desmotivadas, egoístas, afectivamente frías o con serios problemas sexuales, no deben ejercer la psicoterapia. Tampoco los que se sientan incómodos en grupo, o quienes carezcan de asertividad. No hago un inventario, sino que pongo algunos ejemplos, aceptados por las más diversas escuelas. Pienso que es un asunto tan ético como científico, porque tiene mucho de ambos. La decisión de «hacer psicoterapia» no puede dejarse a la sola responsabilidad personal de quien quiera hacerla. Como terapia del hombre sobre otros hombres, es asunto social, y corresponde a la sociedad establecer algunas reglas que protejan el derecho de los pacientes a no ser manipulados, a tener garantías de que aquellos que traten con su intimidad, sean idóneos, humana y técnicamente. Si son los colegios o sociedades psicoterapéuticas, los gremios y grupos profesionales, las universidades o los ministerios de salud, es asunto que la ley y cada sociedad deben resolver oportunamente. Pero la decisión, en su esencia, no debe ser administrativa, sino ética. No es asunto solo de conocimientos sino de actitud y aptitud. Y a ese arbitrio debemos someter a todo aspirante, en beneficio de todos.

Dando por supuesto que no haya incompatibilidad en la moral o en el carácter, nos referiremos aquí a ciertas reglas que debemos cumplir en psicoterapia grupal de actitudes, desde el punto de vista técnico. Aclaramos que, algunas de ellas, no son válidas para otros modelos de terapia u otro tipo de pacientes: niños, psicóticos, sujetos muy desvalidos, por ejemplo. Estas reglas son:

- No aconsejar.
- No estimular el desarrollo de transferencias hacia el terapeuta.
- No alimentar dependencias.
- No identificarse contratransferencialmente con algún paciente.

- No permitir subgrupos.
- No dejarse envolver o manipular por el paciente o el grupo.
- No ponerse de ejemplo.
- No juzgar ni regañar.
- No imponer nuestros conceptos o soluciones personales.
- No mantener relaciones extragrupalas con pacientes en terapia, fuera de las estrictamente terapéuticas y de convivencia social.
- No consentir reuniones de pacientes fuera de la sesión, salvo las excepciones aprobadas por el grupo.
- No aceptar confidencias si no es con la condición previa de que, como norma, se está en libertad de llevarlas al grupo.
- No comentar de los miembros ausentes, salvo para inquirir sobre eventuales motivos de la ausencia.
- No permitir llegadas tarde ni ausencias injustificadas.
- No dirigir, sino facilitar.

Capítulo 13

PSICOTERAPIA FAMILIAR

13.1 INTRODUCCIÓN

La familia es célula de la sociedad y forja primera en la que fragua y comienza a desarrollarse la personalidad. De ahí que las enfermedades psiquiátricas, las cuales ocurren y se expresan en ella, estén muy relacionadas con las dificultades presentes en el medio familiar. Como quedó expresado en la sección segunda, la familia es un sistema llamado, entre otras cosas, a satisfacer las principales necesidades materiales, emocionales y morales de cada uno de sus miembros, en estrecha interdependencia recíproca. Cuando funciona bien este sistema y cumple sus objetivos biológicos y sociales, todos estarán satisfechos. Cuando uno o más de sus componentes ven frustrada en la familia la satisfacción de una o varias de las necesidades que ella está llamada a facilitar, se sienten mal, emocionalmente hablando y, como respuesta a ello, desarrollan actitudes y conductas que, en su interacción con los demás, contribuyen a incrementar la tensión en el sistema; es decir, complican o dificultan aún más la comunicación y, con ello, provocan el malestar familiar. Tal situación puede llegar a desencadenar la ruptura o descomposición del sistema (divorcio, separación familiar) o la salida de alguno de sus miembros en busca de mejor suerte (hijos pródigos). Es obvio que sujetos predispuestos a los trastornos psiquiátricos, meoprágicos ante el estrés, pueden quebrarse fácilmente y devenir enfermos mentales, como también, somáticos.

Se ha hablado de «chivos expiatorios» por autores que defienden una verdadera «patología de la familia», refiriéndose a esa dinámica alterada del campo sociológico familiar, que puede «cargar» de angustia a uno o varios miembros del grupo, en beneficio del equilibrio y las culpas de otros que suelen no percatarse de ello y, por el contra-

rio, inculpar a los enfermos por los problemas de la familia. Pero este enfoque tiene un punto débil: la sociogénesis de la enfermedad y la disolución del concepto de enfermedad mental como categoría biológica, asimilándola al de cargas de angustia que se transfieren de un individuo a otro como resultante de este campo «enfermo». He aquí el equívoco: no considerar a la familia como una institución social que puede o no funcionar mal, cumplir o no con sus objetivos, pero que no sigue directamente las leyes de la Biología como lo hace un organismo vivo individual, por estar el componente biológico familiar, que realmente existe, subordinado a la esencia social de su dinámica y funcionamiento y, por tanto, a la legalidad de este nivel superior de organización que es el social. Se enferman individuos, no figuraciones sociales.

Poniendo las cosas en su justo sitio, toda familia tiene una dinámica interior que es expresión de sus necesidades y reflejo del medio externo que pauta sus objetivos, acorde con una legalidad biosocial en la cual, repetimos, lo biológico está subordinado a lo social, sin dejar de responder a necesidades tanto de una como de otra índole. Aclarado esto, resulta fácil comprender que, como ocurre en todo sistema, si surgen dificultades en las interrelaciones de sus componentes, que ponen en peligro la consecución de los objetivos que lo mantienen como tal, el problema es eliminado por ajustes internos en la propia dinámica, o puede producirse la desorganización de todo el sistema. Entonces, aparecen presiones internas que compulsan a los integrantes en sentido centrífugo o centrípeto (hablando en sentido figurado), que tiran de cada uno de los eslabones en diferentes direcciones y con disímiles fuerzas. Ello hace posible la fractura de aquellos componentes biológicamente quebradizos, cuando elementos como la sobreprotección, el rechazo, la agresión, el tener que decidir sin alternativas entre padre y madre –por ejemplo–, o toda una suerte de posibilidades psicosociológicas traumáticas que podemos observar, violentan la capacidad de equilibrio biológico individual, por un exceso de tensión y estrés. En tal caso, al «salirse de control» determinados miembros, de los mecanismos de autorregulación del propio sistema –si ello quiebra la integridad biológica del sujeto–, hay posibilidad de enfermedad. Cuando hay enfermedad en algún miembro o la familia está en riesgo y se considera que el manejo familiar es importante para el control de dicho riesgo o la corrección del trastorno, está indicada la terapia familiar.

13.2 CONCEPTO

Es la aplicación de la interacción psicológica profesional por parte de un equipo de salud capacitado y entrenado para tratar familias, con la finalidad de alcanzar objetivos psicoterapéuticos en uno, varios o todos los miembros de estas, a través de la utilización de diversos recursos técnicos de la comunicación.

No debemos confundir la psicoterapia con la llamada «dinámica de familia» que consiste en la interacción psicológica calificada con los miembros de una familia para obtener otros objetivos pedagógicos o psicológicos, y no precisamente una acción terapéutica específica, aunque ello puede repercutir favorablemente, de forma indirecta, en el bienestar de la persona o la familia. Tal es el caso del consejo matrimonial, por ejemplo.

En la terapia familiar, como en toda terapia, se aborda específicamente el proceso salud-enfermedad. En relación con esto, cabe nuevamente la precisión conceptual de que el sujeto de la terapia no es una familia «enferma», como decíamos, sino aquella desajustada o disfuncional en cuyo seno hay personas enfermas o en riesgo de estarlo, y que se pueden beneficiar con la atención al sistema familiar. Los pacientes son, entonces, aquellos de sus miembros cuyo equilibrio interno, biológico o funcional, ha sido quebrantado, y se escoge esta modalidad de tratamiento cuando el núcleo familiar, en forma primaria, guarda relación significativa con la problemática morbosa, o cuando esta influye desfavorablemente en aquella y se necesita de su concurso para lograr los objetivos terapéuticos, o ambas cosas, lo cual es usual.

13.3 CLASIFICACIÓN

Hay muchas formas de terapia familiar. En las últimas décadas sus modalidades se han multiplicado extraordinariamente. Como en la grupal, hay terapia *en familia* y terapia *de familia*. También terapia *con la familia*. En la primera, se circunscribe el tratamiento a la atención de uno de sus miembros, con la participación sistemática de los distintos integrantes del núcleo. En la segunda, el sujeto de la terapia es la familia, sus relaciones internas, su funcionamiento de conjunto,

la dinámica de sus interacciones o el complejo actitudinal que da sentido al comportamiento sintomático. La psicoterapia con la familia es aquella modalidad de interacción psicológica generalmente aplicada en el ámbito de programas de tratamiento a través de encuentros didácticos o participativos, de sesiones conjuntas en las que se abordan los problemas de los enfermos y la mejor forma de ayudarlos, se ventilan las inquietudes del núcleo y se les orienta con vistas al refuerzo de la red de apoyo social de los pacientes, entre otras formas de colaboración. En esta modalidad se puede agrupar a una o más familias o a uno o más equipos terapéuticos, y es particularmente útil en la rehabilitación comunitaria de enfermos psicóticos y en la atención a grupos de autoayuda o en desventaja social.

La psicoterapia en familia, que tuvo su máxima vigencia en los períodos iniciales de la terapia familiar, parte del intento de aplicación de la concepción y el método psicoanalítico al contexto familiar, trabajando el caso con sus parientes allegados, haciendo del manejo de los procesos transferenciales y del análisis del vínculo triangular primario, el objeto central de la terapia. El propio psicoanálisis familiar evolucionó hacia formas de análisis psicodinámicos de familia; modalidad de ello es la corriente «histórica» algunos de cuyos componentes más connotados son *Murray Bowen*, *Norman Paul* e *Ivan Nagy*, con aportes originales al respecto.

En el medio latinoamericano, particularmente en Argentina, un grupo de colegas de adscripción freudomarxista, fuertemente influidos por *Pichón-Riviere*, han venido trabajando en terapia familiar analítica, con técnicas de grupo operativo. Otras escuelas, además de las psicodinámicas, fueron haciendo sus respectivas incursiones en el campo familiar. Tal es el caso de la psicoterapia comportamental, la de las relaciones interpersonales y la guesáltica, dentro del grupo de las que *Lynn Hoffmann* justamente ha llamado «terapias interpersonales». Con esta autora, aceptamos la clasificación de las más importantes corrientes contemporáneas de terapia familiar, agrupándolas, además de en las psicoanalíticas e interpersonales señaladas, en terapias de enfoque histórico, ecológico, estructural, estratégico y sistémico, así como aquellas de corte integrativo, como es el caso, en nuestro medio, de la terapia familiar «dinámico-sistémico-integrativa», preconizada por *Raymundo Macías*, y la «terapia familiar de actitudes», cuyas particularidades desarrollamos en este libro.

13.4 PRINCIPALES APORTES QUE NOS LLEGAN DEL CAMPO DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR CONTEMPORÁNEA

Personalidades de la talla de *Salvador Minuchin*, *Virginia Satir*, *Don Jackson*, *Nathan y Norman Ackerman*, *Milton Erikson*, *Carl Whitaker*, *Jay Haley*, *Lynn Hoffman*, *Paul Watzlawick*, *Ivan Nagy*, *Braulio Montalvo*, *David Kaplan*, *Harry Aponte*, *Raymundo Macías*, *Mara Selvini*, *Bateson*, *Auerswald*, *Madanes*, *Weackland*, *Fish*, *Andolfi*, *Kaufman*, *Hirsch*, *Byng-Hall* y *Robin Skinner*, por solo mencionar algunos de los más distinguidos, han abierto el camino a un nuevo momento –de síntesis y creación– en el desarrollo vertiginoso que la terapia familiar hubo de alcanzar en todo el mundo.

La Medicina y la Psiquiatría del siglo XXI han de dar un trato privilegiado al enfoque familiar. Todo induce a ello en el movimiento prospectivo de la educación médica contemporánea y en la apreciación integral de las ciencias de la salud. La psicoterapia familiar será un instrumento imprescindible en manos del médico y el enfermero de familia, el geriatra, el trabajador social, el defectólogo, el psicopedagogo, el psicólogo y el psiquiatra, en el futuro próximo. Lo que pueda lograrse con el conjunto familiar es mucho más, y mejor, que lo que obtenemos generalmente del clásico abordaje individual en el cual buena parte de estos profesionales hemos sido formados. Se impone todo un trabajo de revisión curricular, en este sentido.

Respetando la síntesis histórica aportada por *Hoffman** diremos que, de *Virginia Satir* nos llega el aporte de lo que llamaba «sistema de familia disfuncional», su insistencia en ayudar a sus integrantes a aceptar las diferenciaciones entre ellos y a poner en claro las discrepancias en la comunicación, su énfasis en bloquear las secuencias repetitivas que conducen a la adopción de roles sintomáticos estereotipados, como es el caso del chivo expiatorio, y su enseñanza de convertir el problema más negativo en algo positivo, de desenredar a las personas de las trampas comunicacionales en que son atrapadas por el sistema familiar disfuncional. Esta autora supo dar a sus curas, además, el justo valor que en ellas tienen el amor y la alegría.

* Hoffman Lynn. Fundamentos de la terapia familiar. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.

Ackerman aportó, entre otras cosas, su visión de cuál es el problema que la familia debe cambiar, relacionando los síntomas con estructuras familiares disfuncionales, siguiendo las secuencias de relación vinculadas con el síntoma y bloqueando dichos comportamientos y secuencias con intervenciones originales. Destaca el papel del terapeuta para inducir el cambio. De ello es expresión su creativo uso del humor y de la provocación, el manejo del ingenio, así como de su propio encanto personal, para esos fines.

Whitaker, terapeuta del absurdo, nos lega el concepto de retroalimentación positiva, que consiste en incrementar los síntomas hasta que estos se destruyan por sí solos. Desarrolla técnicas para la toma del control de la relación y para el establecimiento de las reglas del juego en la comunicación. Su teoría del cambio la toma del budismo zen: «La psicoterapia del absurdo puede ser un esfuerzo deliberado por romper las viejas pautas de pensamiento y comportamiento. En cierto punto, llamamos a esta táctica la *creación de procesos koans*».*

De *Milton Erikson* toma *Jay Haley* el principio de fomentar la resistencia, base de la técnica directiva desarrollada para inducir el cambio terapéutico. Su obra es un ejemplo del papel que juega en los resultados terapéuticos la magia personal del terapeuta: su don de sorprender, sugestionar y fascinar, y su refinamiento en el arte de persuadir. Para él no existe problema en sí sino algo definido por alguien como problema: si se cambia la percepción que lo considera tal, este habrá dejado de existir. Se nos hace evidente el subjetivismo a ultranza de tal afirmación, pero en cambio, nos alerta acerca de la importancia que puede tener la percepción individual del evento para la actitud que se asuma ante él, con las consecuencias de todo tipo que de ello se pueda derivar.

Don Jackson incorporó del concepto de *Bateson* sobre la doble atadura en el vínculo del esquizofrénico con su familia, la técnica de la «doble atadura terapéutica», su principal estrategia para el cambio. Para ello desarrolla distintos artificios como la prescripción del síntoma y la exploración con la familia acerca de cuáles serían las consecuencias negativas del cambio para ella, lo que permite al terapeuta ponerla en una situación paradójica, que induzca al desafío y a la eliminación de la conducta sintomática.

* Whitaker Carl. *Psychoterapy of the Absurd. Family Process*, t. 14, p.11, 1975.

Por otra parte, de los *modelos históricos e interpersonales* de fondo psicodinámico, nos llegan la exploración de sentimientos, la abreacción en el contexto familiar, la reelaboración de acontecimientos pasados –terapia de duelo–, el énfasis en la maduración y el crecimiento de la personalidad, la transmisión multigeneracional de las presiones emocionales, los conceptos de «triangulación», «desenredo» «diferenciación», «escultura familiar», entre otros aspectos del mayor interés desarrollados a partir de los aportes a la psicoterapia acumulados por estas escuelas en su ya larga evolución y que hemos estudiado en los capítulos dedicados a las terapias individual y grupal, muchos de los cuales les son aplicables.

Del modelo ecológico, representado primariamente por *Auerswald*, discípulo de *Minuchin*, y por *Aponte*, tenemos el aporte de un enfoque holístico de la problemática familiar, considerada esta en su multifactorialidad biopsicosocial, que valora a la familia como un subsistema ecológico con dinámica propia en simbiosis con su entorno. A ellos debemos el método de intervención en crisis y el desarrollo de unidades de salud mental familiar, para su atención en el contexto de estrategias activas de intervención comunitaria.

La contribución de *Langsley* y de *Caplan* a la terapia breve de la crisis familiar, particularmente rica e inscrita en esta misma dirección, ha influido especialmente –junto a la multiplicación de unidades de urgencia familiar y de intervención en crisis, desprendidas de esta corriente– en el desarrollo de los enfoques de atención psiquiátrica en la comunidad, fomentados a lo largo de las últimas décadas.

El *modelo estructural*, obra capital de *Salvador Minuchin*, desarrolla una teoría y un método consecuente con esta: la familia tiene una estructura y una organización, aportando todo un sistema de categorías para su descripción, así como un modelo normativo y funcional válido para ella. La terapia detecta la desviación y rediseña la organización funcional familiar de manera que pueda aproximarse lo máximo posible a ese modelo normativo. El síntoma es expresión de la disfuncionalidad del sistema familiar; si la organización familiar se acerca a la funcionalidad, expresión del comportamiento de acuerdo con la norma, el síntoma desaparecerá. Para este autor, el terapeuta es un intruso activo que intenta reestructurar el sistema de relaciones en la familia y alterar el contexto que viene alimentando el síntoma. Sus aportes técnicos son cuantiosos y de probada utilidad. No

insisto en ellos porque muchos son incluidos en diversas partes de este libro y porque, a mi juicio, el estudio directo de su obra es tarea obligada para quien pretenda incursionar en el campo de la terapia familiar.

El *modelo estratégico*, acuñado por *Jay Haley* y asociado al trabajo de *Weakland, Watzlawick* y *Fisch* en Palo Alto, se caracteriza porque el terapeuta diseña estrategias de intervención específicas para cada problema, desarrollando su técnica a la manera de un detective empeñado en desentrañar el misterio del síntoma, detrás de las secuencias comunicacionales autorreforzantes que se le asocian. Entienden que el problema está siendo combatido, al tiempo que provocado, por los propios comportamientos de la familia, estableciéndose un círculo vicioso.

Las estrategias terapéuticas son formas originales de interrumpir o desviar este círculo vicioso. Reenmarcar, prescribir el síntoma, utilizar la doble atadura terapéutica, la intervención paradójica, ofrecer ilusión de alternativas, «pactar con el diablo», manipular la comunicación y las conductas, obligándoles a cambiar al desafiar la orden de no hacerlo, rastrear las secuencias comunicacionales asociadas al problema y pasar por etapas en el proceso de cambiarlo, son recursos «estratégicos». Los terapeutas de esta escuela identifican qué cambiar y tratan de hacerlo económica y rápidamente, reenmarcando la percepción que se tiene del contexto del comportamiento que alimenta el síntoma, haciendo uso para ello de los recursos más audaces e intuitivos para interrumpir y cambiar, con la percepción, las secuencias relacionales involucradas.

El *modelo sistémico*, representado por los «Asociados de Milán», como se autotitulan, con *Mara Selvini Palazzoli* como figura principal, constituye un momento trascendente en el desarrollo de las nuevas corrientes de terapia familiar. Integran y organizan con ingenio y creatividad muchos de los aportes de las escuelas estratégica, ecológica y estructural, presentando un formato bastante coherente. Toman la epistemología cibernética del grupo de *Bateson* y, a partir de su obra principal, *Paradoja y contra-paradoja*, publicada por *Selvini* en 1978, desarrollan una escuela propia, de gran ascendencia en Europa, la cual descansa en la teoría de sistemas.

Con una comprensión circular de la causalidad, innovaciones técnicas –como la terapia «a cuatro manos»: dos terapeutas en la

sesión y dos observadores del otro lado del espejo unidireccional intercambiando información entre sí y haciendo uso de mensajes escritos con la familia por medio de notas intrasesión y cartas al término de ellas, con copia para los ausentes—, con su concepto de la connotación positiva sistémica, el uso del tiempo y la neutralidad terapéutica, entre otros aspectos, hacen importantes contribuciones a la terapia.

Aprehender el «juego» familiar, sistema intrincado de comunicaciones paradójicas, y no dejarse atrapar por el pensamiento lineal, sino entrar en la danza a través de la contraparadoja sistémica. Tomar en consideración la teoría del control de la comunicación de *Haley*, de modo que, una vez establecido el juego que está desarrollando la familia con el terapeuta, aprobar dicho juego y fomentarlo; no sólo prescribiendo el síntoma o rejuego de comportamientos que lo conforman, sino la configuración general de las relaciones que rodean al problema. De aquí su forma original de aplicar el concepto de connotación positiva: hay que dar una razón que sea coherente con la táctica de estimular el comportamiento sintomático. Para ello hay que reenmarcar toda la situación para que parezca lógica esta intervención, connotando positivamente todos los comportamientos de la familia relacionados con el síntoma, presentándolos como esfuerzos conjuntos y loables por mantener la cohesión familiar. La connotación positiva y la intervención paradójica quedan entonces íntimamente asociadas en la interioridad de la trampa sistémica.

En sus intervenciones paradójicas utilizan la prescripción de jerarquías incongruentes, como forma de desafío. Pero, quizás lo más importante del enfoque sistémico sea la elaboración y utilización pragmática de una hipótesis *ad hoc*, que explique la conducta sintomática de modo que, en dicha hipótesis, articulen todas las fuerzas como en un rompecabezas: es la hipótesis sistémica, que permite leer coherentemente la política interna y externa de la familia. Este acertijo «debe ser circular y relacional» y «organizar todos los datos anexos a un síntoma, de manera tal que tengan sentido en el marco de las relaciones familiares».*

* Hoffman L. Fundamentos de la terapia familiar. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1987, pp. 273.

Viendo el síntoma como comportamiento en la búsqueda de una solución, siempre se podrá aplicar la connotación positiva y hacer posible la dialéctica de las polaridades que se establece en las estrategias de intervención. Dar prioridad a las cuestiones contextuales o ecológicas del tratamiento, plantear preguntas y hacer intervenciones que enfoquen las diferencias o definan la relación y subrayen su circularidad, y utilizar referencias cruzadas de información, son elementos que se deben destacar. A su vez, *Mara Selvini* hace énfasis en la neutralidad terapéutica, dada por su actitud y «la capacidad de evitar las alianzas con miembros de la familia, de evitar los juicios morales, de resistir a todas las trampas y enredos lineales... y mantener una actitud apacible aunque respetuosa» que la llevan a decir: «el terapeuta solo puede ser eficaz hasta el punto en que logre obtener y mantener un nivel distinto (metanivel) del de la familia».*

Por último, su particular manejo de la resistencia —a manera de experto en judo que utiliza el impulso a la resistencia de la propia familia para propiciar el cambio— y su espíritu abierto al enriquecimiento constante de la teoría y la técnica, son otras tantas contribuciones de esta escuela al desarrollo de la psicoterapia familiar.

Del medio latinoamericano, con gran influencia de estas escuelas y una notable asimilación creativa de los aportes de las corrientes psicodinámicas, en particular de la obra de *Fromm*, *Raymundo Macías* nos entrega un modelo de terapia familiar coherente y eficaz, con un inteligente abordaje de la dialéctica de las necesidades humanas, la perturbación emocional de las familias y las respuestas sintomáticas, intra e interpersonales, así como de las estrategias de intervención psicoterapéutica; modelo que nos permite engarzarle con los aportes de la psicología experimental y la teoría de la actitud, y con un enfoque metodológico consecuente en el abordaje de las ciencias del comportamiento. En Cuba, *Cristóbal Martínez* es sobresaliente continuador de sus enseñanzas. De ellos tomamos el patrón fundamental para el desarrollo de la técnica familiar que proponemos al lector.

* Hoffman L. Fundamentos de la terapia familiar. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1987, pp. 282.

13.5 HACIA UNA PSICOTERAPIA FAMILIAR INTEGRAL

La terapia que requiere una familia depende de sus necesidades, su grado de funcionalidad, motivación y capacidad de respuesta. La que le brindamos, depende de lo que esta requiera, pero también de lo que estamos nosotros en posibilidad de ofrecer, de acuerdo con factores del medio, la formación del terapeuta y el nivel de sus conocimientos y habilidades. Por eso es impermissible que nos preparemos en una sola forma de terapia, que pueda responder a los requerimientos de unas personas o contextos, pero no de otros. No podemos dar a todos de la misma medicina, por lo que al evaluar familias, han de ser sus necesidades las que tracen el camino a nuestra elección y no los prejuicios derivados de nuestros propios marcos de referencia. El alcance y tipo de objetivos y, por tanto, los recursos técnicos que se deben emplear, variarán. Al decidir, ha de tomarse lo mejor de cada aporte, con tal que ello sea científicamente coherente y capaz de satisfacer los objetivos trazados.

La terapia será más breve o prolongada, más frecuente o espaciada, tendrá más componentes dinámicos o conductuales, etc., en dependencia del diagnóstico y de las características concretas de la familia. Es la evaluación de los componentes estructurales, funcionales, dinámicos, sistémicos, semánticos, ecológicos y actitudinales asociados a las necesidades, los problemas y los síntomas, lo que nos ha de llevar a utilizar recursos de un tipo u otro, al concertar las estrategias de intervención. No quiere decir que escojamos un modelo u otro de acuerdo con el caso. Nada más alejado de lo que queremos expresar. Lo que hacemos es incorporar al modelo de psicoterapia concreta, la cual descansa en el estudio y manejo de las actitudes involucradas en el drama familiar específico, recursos tomados de una modalidad terapéutica u otra, en dependencia de las áreas y los ángulos implicados en el problema objeto de terapia, de acuerdo con la evaluación familiar.

No es lo mismo diseñar estrategias de intervención para cada problema, que aplicar una terapia estratégica; entender y tratar a la familia como sistema, que hacer terapia sistémica; tomar en consideración los problemas estructurales que hacen disfuncional una familia e inciden en sus dificultades, que practicar terapia estructural; apre-

ciar y manejar los aspectos psicodinámicos que la afectan, que hacer psicoanálisis familiar; valorar e incorporar los distintos factores y recursos neurolingüísticos resultado de considerar la semántica de la comunicación familiar, que aplicar PNL; tener en cuenta los factores medioambientales que actúan en el caso, que utilizar el modelo ecológico. En fin, lo que pretendo resaltar es que cada escuela suele hacer énfasis en determinados ángulos, desde los cuales pueden ser considerados los problemas familiares, y que la profundización doctrinaria y práctica de cada una de ellas en esos aspectos, puede contribuir a desarrollar técnicas útiles para trabajar con tales facetas, lo que debemos ser capaces de justipreciar en nuestra comprensión holística e integrativa de la terapia.

La psicoterapia de actitudes tiene esa ventaja, porque la actitud es un estado funcional inductor y regulador de los fenómenos que se ponen en juego en el proceso de satisfacción recíproca de las necesidades, en el cumplimiento de las funciones familiares, en las interacciones psicodinámicas del grupo, en el sistema comunicacional que mantiene la integración, equilibrio y movimiento evolutivo de la familia hacia el cumplimiento de su finalidad. Por ello un modelo terapéutico que se apoye en el manejo de las actitudes está en condiciones de incursionar en cualesquiera de las áreas y aspectos en que aquellas cumplen un papel: ya veíamos en la primera sección de este libro cómo desde los procesos inconscientes de la predicción de la probabilidad, los sistemas integradores de la personalidad y la dialéctica de la satisfacción de necesidades, hasta su repercusión en el proceso salud-enfermedad, todo esto transita por la actitud. Apreciamos su papel en terapia individual y grupal. Veamos ahora cómo las valoramos cual elemento central, en la modalidad de terapia familiar que proponemos a su consideración.

13.6 PSICOTERAPIA FAMILIAR DE ACTITUDES

Es la modalidad de terapia en la que el análisis y la modificación de las actitudes relacionadas con los síntomas y problemas de la familia constituyen el eje fundamental. Emplea recursos provenientes de diferentes corrientes de la psicoterapia, adecuándolos a las necesidades del drama concreto de la familia, de acuerdo con la capacidad de

estos de ser congruentes con un enfoque integral de la terapia y con su eficacia en la intervención sobre las actitudes inadecuadas involucradas en el problema familiar.

En esta técnica, el elemento cohesionante básico está dado por los valores afectivos presentes en la familia y el elemento fundamental de la comunicación terapéutica, por el manejo técnico de las actitudes problemáticas.

Hemos de estar conscientes de que la dramática social se refleja en los problemas de la familia a través del prisma de las actitudes, de modo que su reacción ante los eventos vitales capaces de ponerla en crisis, o la conflictualidad propia de su desarrollo interno, reproducen, cada uno a su modo, el lenguaje contradictorio de su tiempo. Son precisamente las actitudes que se asumen por el grupo las que refractan esa influencia, de un modo peculiar e irrepetible para cada conjunto y para cada persona. Esas actitudes, como sabemos, expresan la predisposición a manipular la información interna y externa al sistema familiar, en coherencia con el principio de equifinalidad entre los diferentes elementos del sistema. Deseamos recalcar que esta técnica considera el contexto social de la familia con su influencia sobre ella, así como las relaciones internas del conjunto familiar y su retroalimentación sobre el medio social.

Nuestro modelo de terapia pretende aprehender el sentido y significado del acontecer familiar, leyendo en el movimiento de las relaciones micro y macrosociales de las cuales la familia es fuente y expresión. Una vez captado este significado en el trabajo psicoterapéutico, el terapeuta queda situado en un metanivel con respecto a la familia, lo cual le permite comprenderla y acompañarla en su movimiento, esta vez como observador participante conocedor de su papel. La brújula del psicoterapeuta es, pues, el rastreo de la actitud y su sentido.

En páginas anteriores estudiamos la dialéctica de las actitudes en la personalidad y en la dinámica familiar. Lo allí analizado debe ser tomado en cuenta al diseñar las estrategias en psicoterapia.

A través de la actitud, la terapia actúa sobre los mecanismos de inducción y de regulación de la conducta grupal, lo cual le permite incidir sobre el síntoma y las pautas y secuencias de interacción relacionadas con este, sobre el juego y las trampas de la comunicación, y sobre el proceso de intersatisfacción recíproca de necesidades que

son esenciales a la funcionalidad familiar, siempre involucradas en las familias con dificultades.

De *Bustamante, Miasischiev, Uznadzé, Bassin, Sullivan, Politzer, Béquart y Muldworf, Bonnafé, Símonov y Khannanashvili* agradezco los aportes fundamentales que me permitieron integrar la dialéctica de la actitud, los mecanismos inconscientes del manejo de la información y los paradigmas de la psicología concreta, al universo de la terapia familiar, al que, por su parte, me introdujo y motivó ese maestro de las relaciones humanas y la psicoterapia que es *Raymundo Macías*, mentor indiscutido de los terapeutas familiares cubanos.

13.7 TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR DE ACTITUDES

La terapia familiar tiene tres etapas:

- Definición del *problema* de la familia.
- Diagnóstico sistémico-actitudinal.
- Manejo y modificación de las actitudes.

13.7.1 PRIMERA ETAPA: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA, DEFINICIÓN DE OBJETIVOS Y CONTRATO TERAPÉUTICO

El terapeuta se ha de reunir con toda la familia. En este caso se considera como familia, operacionalmente, a todos aquellos que conviven en el mismo domicilio, existan o no lazos consanguíneos y compartan, con agrado o no, intereses cotidianos comunes.

Al recibirla por primera vez, independientemente de lo que pueda saberse previamente a través del remitente, o porque cualquiera de los terapeutas haya participado en la evaluación de alguno de sus miembros, tras la autopresentación del equipo terapéutico se invitará a que, indistintamente, uno de los integrantes del grupo familiar presente a sus componentes y proceda a plantear el problema que, desde su óptica, motiva la consulta. Se respetará, en lo posible, la espontaneidad del relato, mostrando la mayor atención y asumiendo, desde el primer instante, una actitud empática y de aceptación in-

condicional, haciendo que se respete por todos el derecho del familiar que tomó la iniciativa de expresar su opinión. Se irá observando cuidadosamente cualquier interrupción, réplica o desmentido que pudiera producirse, así como las señales extraverbales de todos los interlocutores ante lo que se va planteando. Podrán realizarse algunas preguntas para precisar la información, pero sin cambiar el rumbo del informante.

Al término de la exposición, el terapeuta resumirá brevemente, de forma interrogativa –como quien busca confirmación– lo manifestado, insistiendo en los sentimientos involucrados de modo que todo lo que diga pueda ser, o no, confirmado por la familia.

Precisada la percepción que tiene el expositor sobre el problema, lo que este siente acerca de ello y acerca de la participación de los demás miembros en él, se va pidiendo sucesivamente a los restantes familiares que vayan ofreciendo su versión, esclareciendo el terapeuta las opiniones y los sentimientos implícitos, y destacando las similitudes y diferencias que van apareciendo en el relato. Al ventilar los sentimientos y delimitar los matices diferenciales sobre la percepción del problema, irán haciendo aparición las contradicciones existentes en el seno familiar.

Cuando la evaluación es bien conducida el grupo deriva imperceptiblemente a ciertas confrontaciones que se van dejando emerger y se manejan de manera tal que no tomen demasiada fuerza, pero que, en cambio, permitan ir observando actitudes, mecanismos de enfrentamiento y pautas de interacción, así como obtener información sobre las formas de comunicación y las defensas que operan en la familia en una situación de cierta tensión.

En contraste con una comunicación equipo-familia basada en argumentaciones racionales, se trata de ir liberando, ventilando y esclareciendo las emociones que están detrás de lo que se dice, de modo que *la dinámica se vaya haciendo temática*; pero sin interpretar, solo subrayando afectos mediante interrogación. Poco a poco, esto posibilita que se vaya ampliando el campo de percepción sobre lo que está ocurriendo emocionalmente.

En la primera entrevista lo esencial es ganar la confianza y simpatía de la familia y su aceptación para abordar con interlocutores «extraños» problemas íntimos de la vida hogareña, así como dejarlos lo suficientemente motivados como para continuar dicho proceso de

ayuda en sucesivas sesiones. Para ello, como señalábamos, debe ir quedando esclarecido qué problemas tienen, de acuerdo con la óptica de cada uno de los integrantes, y qué actitudes asume cada cual ante ellos, explorando los intentos de solución ensayados, quiénes toman la iniciativa y quiénes los entorpecen; sobre todo, qué necesidades siente insatisfechas cada uno de los integrantes, así como el papel de los demás en dicha insatisfacción.

Las expectativas de cada cual hacia los otros con respecto a dichas necesidades, constituyen, técnicamente, el elemento básico que se va a explorar, por cuanto en ello está la clave para que cada quien vaya ampliando su óptica sobre cómo lo ven, qué piden de él los demás y qué debe ir haciendo para que sus seres queridos lo entiendan y le den lo que por su parte necesita.

La traducción o interpretación de sentimientos y la intermediación, constituyen recursos técnicos que siempre conviene emplear; de lo que va diciendo «cognoscitivamente» cada cual, el terapeuta va repitiendo –en forma de preguntas casi siempre– lo que desde el punto de vista emocional está implícito, pero no explícito en la comunicación.

Por ejemplo, una esposa está dando quejas del cónyuge, diciendo que este se pasa fuera del hogar la mayor parte de su tiempo libre y no le ayuda a «controlar» a los muchachos, quienes, en este caso hipotético, están presentando trastornos de conducta; ella manifiesta que su esposo no se ocupa de los hijos, ni de la casa, que todas las obligaciones y tareas las tiene ella sobre sus espaldas, etc. El terapeuta bien pudiera señalar, dirigiéndose a la señora: «Usted *siente* que su esposo la deja sola en la formación de los muchachos y que no da el calor al hogar que usted quisiera; *siente* que todo el peso de su casa recae sobre sus espaldas y que no puede con él, que necesita ayuda... ¿es eso lo que usted *siente*?».

Quizás entonces el esposo replique, algo airado, que él no para en la casa porque a ella no hay quien la soporte, que se pasa el día peleando, que trata en mala forma a los muchachos, pegándoles «por gusto», que cuando él ha tratado de intervenir, ella no le hace caso, lo inculpa de todo y lo trata «como un cero a la izquierda». El terapeuta pudiera dirigirse al esposo más o menos en estos términos: «Me pareció sentirlo molesto por lo que dijo su esposa, como si sintiera que ella lo responsabiliza a usted de todos los problemas.... ¿es eso? De lo

que ha dicho, *siento* que usted también tiene quejas; algo así como si su señora no tomara en consideración sus opiniones y no lo dejara participar en lo que tiene que ver con sus hijos... ¿es eso? *Siente* que pelea mucho con usted y con los muchachos... y quisiera un trato más cariñoso con ustedes, una atmósfera más apacible en la casa... ¿es cierto? Percibo que ambos *se sienten mal* y quisieran que las cosas funcionaran mejor entre ustedes y con los muchachos... ¿*sienten* realmente eso?».

A continuación, pediríamos sucesivamente a los hijos que expresen lo que sienten cuando mamá pelea o los golpea, o cuando papá no está en casa para interesarse por sus problemas. De este modo, cada cual va «viendo a los demás por dentro», en lo que siente, y se va percibiendo a sí mismo, retratado en los sentimientos propios y ajenos. Ello va evidenciando las dificultades y la *necesidad de un cambio* en el estado de cosas, lo cual debe quedar suficientemente explícito.

Cuando hay tensión emocional y aparecen defensas o actitudes inadecuadas, se toma nota mental de ello, pero no se interpreta todavía. En cambio, se hacen explícitos y resaltan el malestar y los sentimientos de insatisfacción que se corresponden al trato de los unos para con los otros. Vamos tomando información cuidadosa de los síntomas y de todo lo que concierne a estos. Ventilamos la percepción que se tiene sobre el comportamiento de los demás, en relación con dichos síntomas, así como acerca de la participación propia.

A este nivel, podremos tener en claro varios aspectos:

- La *percepción diferenciada del problema familiar* por parte de sus diferentes miembros y su grado de involucración en ello.
- Los *sentimientos de malestar* de la familia en relación con las *necesidades insatisfechas* y con la contribución de cada uno para que existan ese malestar y esa insatisfacción.
- Las *formas de comunicación y defensa* más típicas en el intercambio entre ellos en situación de tensión. Lo semánticamente bien o mal elaborado del *lenguaje*.
- El *diagnóstico clínico* de quienes estuvieren enfermos, valorando en ello cómo repercute esta presunta enfermedad en la interacción familiar, cómo influye la familia en que se hagan presentes los síntomas y qué hacen ante ellos, cómo y cuándo estos mejoran o empeoran.

- Las *actitudes más características* que aparecen en el juego de la familia.

En lo que al terapeuta se refiere, debe asumir una actitud empática, manteniendo equidistancia emocional con todos los miembros, cuidando que no se le perciba tomando partido, pero propiciando el *rappport* con cada uno de ellos, reflejando equidad, simpatía y espontaneidad. Debe saber escuchar, preguntar, confrontar e intermediar. Todos tienen que sentir que sus necesidades son consideradas, y sus opiniones escuchadas imparcialmente. Se protege a todos de los ataques de los demás y, de producirse, se hacen explícitos y se exploran los sentimientos que suscitan y las actitudes de respuesta que propician.

Habitualmente, el llegar hasta aquí consume el lapso de varias sesiones. Véase que no hemos hecho énfasis en ninguna intervención correctiva. Lo terapéutico hasta entonces viene dado por el efecto liberador de la ventilación y la eventual catarsis, la aceptación empática, el clima comprensivo, el esclarecimiento de sentimientos, así como la autocognición y el desahogo que se va logrando al ventilar, aceptar y confrontar.

Al agotarse el tiempo, que no deberá pasar de dos horas en la primera entrevista, ni de 90 minutos en las próximas –a las que recomiendo entre 45 y 60 minutos– el terapeuta va cerrando las sesiones. Para ello, resume lo ocurrido, delineando y enmarcando la percepción colectiva del problema familiar, los sentimientos involucrados, sus aristas polémicas, e insistiendo en el malestar que percibe, en lo interesados que pudieran estar ellos en hallar solución al problema. Preguntará a todos si esto es así, aplicará la connotación positiva en lo posible y planteará tareas para las próximas citas: la primera de ellas, observar los síntomas, cuándo aparecen, mejoran, empeoran o desaparecen, en qué circunstancias, cuál es la participación de cada quien ante ellos. Se confirma si se han comprendido bien las tareas y si se produjo el enganche de la familia para continuar en terapia, lo que interesa de cada uno de los participantes que, por este medio, adquieren un compromiso explícito de asumir por entero la responsabilidad por el tratamiento y sus resultados. En próximas entrevistas, tras conocer del cumplimiento de las tareas, se trabaja la correlación entre los síntomas y el comportamiento de los

distintos familiares, precisando las secuencias conductuales que aparecen asociadas a dichos síntomas. Luego se procede a fijar la atención en la solución del problema. Qué intentos han realizado, quiénes lo han hecho y quiénes no, qué resultados han logrado, qué ayuda han obtenido y qué obstáculos ha enfrentado cada uno en esos intentos. Esto abre un nuevo capítulo en la exploración: el desplazamiento del énfasis en los síntomas hacia el problema y su solución, y a la relación de estos con las necesidades.

Las necesidades no suelen hacerse explícitas como tales de entrada, pero pueden ser aprehendidas del entretejido de la interacción familiar, enunciándolas en términos de sentimientos: «¿Sientes necesidad de que papá y mamá te digan de algún modo, que te quieren? ¿Sientes, a veces, como si no te considerasen un miembro de la familia, que no cuentan contigo lo suficiente?».

Al abordar los intentos de solución salen a relucir, más tarde o más temprano, los conflictos entre las necesidades, así como las actitudes de los distintos integrantes del grupo en contradicción con estas. Los terapeutas deben aprovecharse de ello y favorecer la discusión y el análisis, sin intervenir demasiado, de modo que la familia asuma el protagonismo y refleje espontáneamente sus patrones de conducta, valores y actitudes, tras sus mecanismos reales de afrontamiento.

Aún no se interpreta, se hacen solo «señalamientos de lado», observaciones, subrayados, cuestionamientos acerca de si esas formas de percibir y asumir la realidad, y de enfrentar el problema, constituyen soluciones viables. De venir al caso, se resalta su ineficacia y los sentimientos de malestar que les han estado asociados.

Al «trabajar» la percepción del problema, los mecanismos de afrontamiento y la utilización de los recursos familiares y de su red social de apoyo, en función de la solución –conociendo ya las relaciones de la familia con su ambiente, y su marco de referencia– se van delineando, también, los mecanismos de defensa y las actitudes implícitas (en el grupo y en cada uno de sus miembros), así como el papel de los síntomas en relación con todo ello.

Como puede apreciarse, hay bastante información acumulada, que va necesitando ser ordenada, por lo que tendremos suficientes elementos como para, al menos, formular algunas hipótesis sobre los mecanismos diagnósticos clínico, dinámico, ecológico, semántico y

actitudinal de la familia. Mucha información para su diagnóstico estructural y funcional ha salido a relucir sin que, necesariamente, se hayan explorado de un modo específico, aunque los terapeutas deberán haberlos tenido en cuenta en todo momento. Su interconexión dentro del sistema con las necesidades, el problema y las actitudes es indisoluble, y un terapeuta bien orientado no puede dejarlos de apreciar.

A partir de este momento, conociendo las funciones de la familia y las necesidades que deben ser satisfechas a través de estas, profundizará en la evaluación acerca de cuál es su comportamiento en tal sentido. A su vez, considerará la organización estructural del núcleo, pasando revista a las categorías fundamentales de la estructura, funcionamiento y dinámica de la familia que estudiamos en la Sección Segunda, valorando la funcionalidad o disfuncionalidad del sistema. Podrá entonces confeccionar el esquema de organización funcional dinámico-estructural (familiograma), el cual le servirá para consignar sintéticamente en la historia clínica familiar, de forma gráfica, la situación de partida del proceso terapéutico. Este familiograma inicial constituye un punto de comparación con el estado dinámico-estructural de la familia en momentos posteriores de su evolución. También, con el esquema ideal de la familia que aspiran a ser, recurso que algunos terapeutas familiares utilizan en el proceso de construcción del contrato terapéutico.

Considerando en su conjunto los distintos aspectos que se deben tomar en cuenta en la evaluación diagnóstica, vemos que del análisis del «problema» y su vinculación con las necesidades, intereses y motivaciones de la familia, deben quedar en claro, al final de las primeras sesiones, qué objetivos se traza esta con respecto al tratamiento y qué conducta se comprometen a asumir con vistas a su solución, lo que se debe precisar de un modo tal que pueda ser chequeado.

Posteriormente, de acuerdo con las necesidades que han sido planteadas, se invita a los miembros a que pidan a cada uno de los demás lo que esperan de ellos y, a su vez, expresen a qué se comprometen con sus necesidades respectivas. Este pedir y ofrecer podrá tomar la forma de una ronda circular, y vincularse con las tareas que a cada uno asignarán los demás, a cambio de lo que cada uno solicitará de los otros, frente a frente, estimulados por preguntas e intermediaciones del terapeuta.

La tarea de cada uno para las próximas sesiones es un ritual digno de destacar en la terapia. Al propio tiempo, asumirán tareas colectivas, siempre vinculadas con la familia que quisieran ser y con un enfoque inspirativo, lo cual reviste gran importancia.

Se va dejando en claro en qué consistirá el tratamiento, visto en líneas generales, cuál es la responsabilidad de cada quien y cuáles los términos del contrato. Se pregunta cómo se han sentido, si tienen claras las ideas acerca de la manera en que pueden comenzar a ayudarse unos a otros, si consideran que la psicoterapia puede beneficiarlos. Se deja definido que la responsabilidad por los resultados está en el esfuerzo de ellos mismos, y se convenia un número discreto de sesiones para, entonces, reevaluar los objetivos y asumir un contrato definitivo.

El cierre y despedida de cada sesión deben concitar el mayor nivel de afectividad posible, y el terapeuta no concluirá una entrevista hasta sentir —con un nivel aceptable de confiabilidad— que la familia está «enganchada» y lista para continuar el trabajo de terapia.

En el transcurso de las sesiones subsiguientes se continúa la exploración de los problemas y de las necesidades, mientras se van delineando las actitudes que caracterizan el comportamiento con respecto a los demás, y a los problemas de la familia en su conjunto. Se van precisando los organizadores psicológicos, económicos, socioculturales, ideológicos o de otra índole que están detrás de las actitudes y motivos que asumen y de las necesidades materiales y sociales involucradas en el problema. Nada de esto se «interpreta», sino que es aprehendido en la búsqueda del sentido y las significaciones del movimiento familiar, evidenciado y confirmado a través de preguntas, observaciones, subrayado de expresiones, lecturas de *acting out*, etc., lo que nos da elementos que emplearemos cuando se proceda al análisis de determinada actitud. Una buena vía para llegar a esta última es la elucidación de las necesidades presentes, y de los sentimientos y emociones de emergencia que les están asociados. Cuando, posteriormente, se identifica una actitud significativa en el clima familiar, no se interpreta en sí misma sino en tanto respuesta a una configuración familiar de acción reverberante, de la que ella es, a un tiempo, causa y consecuencia.

Las triangulaciones y figuraciones que emergen en el grupo son resultado del drama concreto de la familia en su interacción. Aquí se

imbrican la historia familiar, las necesidades pasadas y presentes y las influencias externas con vistas al futuro, reflejadas a su modo por la actitud familiar. Todo lo que acontece, por las razones que fueren, se revierte en retroalimentación del sistema familiar, pasando de consecuencia a causa, y así sucesivamente.

A esta madeja se enfrenta el terapeuta en las primeras sesiones. Tendencias opuestas se contraponen en la familia, buscando por un lado solución y alivio a las tensiones y, por otro, protección al *status quo*. Fuerzas centrífugas y centrípetas reclaman y rechazan la terapia en un devenir no consciente, pugnando por imponerse. La capacidad y tacto del terapeuta para reflejar, a su modo, los intereses globales de la familia logran imponerse, siempre y cuando todos se sientan comprendidos y apoyados, sin desmedro de las legítimas necesidades de los demás. Este es el efecto de la mediación, la sintonía experiencial, la comprensión y la empatía, es decir, de la buena comunicación, aplicadas en la intervención sobre el grupo familiar.

Las interacciones entre los integrantes durante las sesiones se van haciendo, progresivamente, más intensas y, como en todo grupo terapéutico, las afinidades y rechazos pueden mostrar el carácter de alianzas y coaliciones. Estas interacciones se expresarán como tendencias al apareamiento, la sumisión, el dominio, la lucha o la fuga, y como temores al ataque o la pérdida, entre otros procesos o figuraciones grupales que se ponen en juego. Se van haciendo señalamientos, acotaciones, confrontaciones, *interpretaciones de primer orden*, formuladas en forma de preguntas, inquiriendo que no afirmando, creando condiciones subjetivas para ulteriores y más profundas interpretaciones (las de *segundo orden*). Como en terapia individual, la interpretación precoz refuerza resistencias y puede ser tomada por unos como argumento en su pugna contra otros, o abortar, racionalizando, las posibilidades de *insight* y de *experiencia emocional correctiva*.

Al terminar la etapa, todos deberán poseer una imagen aceptablemente clara de la familia que son, con sus debilidades y fortalezas, sus oportunidades y amenazas, así como una opinión de la familia que quisieran ser, y de los principales senderos que tendrán que recorrer para lograrlo. Al menos, el esclarecimiento de las conductas que requieren de los demás, tanto como una conciencia definida de lo que los demás están pidiendo de él. Una vez que se ha llegado a este punto, es el momento de reconsiderar y concretar el

definitivo *contrato terapéutico familiar*. Se ha consolidado el «enganche», es sólida la relación terapéutica y existe el compromiso sincero de continuar.

Cumplido este ciclo en el transcurso de varias sesiones, realizados los diagnósticos clínico, dinámico, ecológico, semántico, actitudinal, funcional y estructural de la familia, confeccionado el familiograma inicial y establecido el contrato terapéutico, se ha vencido el primer estadio de la terapia.

13.7.2 SEGUNDA ETAPA: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INTENSIVA

Desde el grupo de sesiones en que se evaluaba la familia se venían realizando acciones terapéuticas, aunque no era ese el objetivo esencial que buscábamos en ese momento. La relación terapéutica establecida y el uso de diferentes recursos de la comunicación para obtener información, propiciar la dinámica y poner en claro las actitudes, conflictos y defensas, entre otros aspectos, lo cual va propiciando un cierto grado de *insight*, se inscriben en esta dirección. Pero, como decíamos, no es todavía el cambio terapéutico el objeto de nuestras intervenciones.

Tras vencer los propósitos específicos de la etapa diagnóstica comienza propiamente el ciclo terapéutico intensivo. Para ello el equipo ha de concertar su proceso que podemos esquematizar del modo siguiente: uso de (x) recursos para manejar (y) problemas y lograr (n) objetivos, empleando una determinada técnica o tipo de psicoterapia.

Desde este momento, el terapeuta debe elegir la modalidad técnica que va a utilizar y, en consecuencia con ello, la estrategia y los recursos psicoterapéuticos que le permitirán alcanzar los objetivos trazados, para resolver los problemas de esa familia concreta.

No todas las familias se tratan igual. La cultura técnica y humana de los terapeutas harán más o menos rico el muestrario de posibilidades a su alcance. El entrenamiento, la habilidad y el talento, constituyen variables determinantes en los resultados, por cuanto todo proceso de terapia constituye un desafío y una posibilidad abierta a la creación, en el que se ponen a prueba la experiencia, madurez, imaginación y dominio de sus recursos por parte del equipo terapéutico.

Todos los que han pretendido ofrecer una receta universal para manejar familias, olvidan la heterogeneidad de los problemas que se presentan en ellas. Nada más alejado de la diversa y cambiante realidad de las disfunciones familiares. Por eso insistimos en que las estrategias de intervención se diseñan *ad hoc*, y que solo el entrenamiento, el conocimiento profundo del tema y la evaluación sistemática de las familias pueden dar la posibilidad de una intervención eficaz.

Como venimos desarrollando la psicoterapia familiar de actitudes, definiremos los recursos (x), los problemas (y) y los objetivos (n) que esta modalidad suele considerar, dejando establecido que los terapeutas están en libertad de acción para seleccionar los recursos que entiendan, según el caso y circunstancias. Enfatizaremos en el análisis y modificación de actitudes y en propiciar el cambio hacia la funcionalidad familiar.

- *Problema*. En terapia de actitudes, es toda actitud o suma y secuencia de ellas, que entorpece o dificulta la satisfacción de una necesidad, que genera o prolonga conflictos, que propicia la aparición de un síntoma o tiende a mantenerlo.
- *Objetivo*. Es la modificación de aquellas actitudes y pautas de comportamiento que provocan, intervienen, mantienen o refuerzan el problema familiar.
- *Recursos técnicos*. Son aquellos procederes que propenden a la toma de conciencia del vínculo con el problema de las actitudes asumidas por la familia, y a la movilización emocional con respecto a ello; a la exacerbación de la disonancia entre las actitudes presentes y las exigencias de la realidad para poder satisfacer las necesidades; a la elaboración y refuerzo de conductas adaptativas influyentes sobre la satisfacción de estas necesidades y sobre la transformación de la secuencia de comportamientos involucrados en el problema; a la corrección de la disfuncionalidad familiar, trabajando para ello su estructura, el cumplimiento de sus funciones, el ajuste con su ambiente, la mejoría de su comunicación, el manejo dinámico interpersonal en su seno. En esencia: modificando el complejo sistémico-actitudinal asociado a la conducta sintomática y a la disfuncionalidad familiar.

El terapeuta comienza esta segunda etapa haciendo un recuento de lo alcanzado hasta allí. Se chequean las tareas que cada cual se

trazó anteriormente y sus resultados. Se precisa lo no logrado por la familia en su conjunto, y se pasa revista a los propósitos individuales no alcanzados, desde el punto de vista propio y del de los demás. Aquí surgen, necesariamente, diferencias de opinión que se someten a debate, explorando el criterio de todos y los sentimientos de cada uno sobre ello.

A este nivel el terapeuta, con dominio ya de los componentes estructurales, funcionales, ecológicos, dinámicos, semánticos y actitudinales de la familia, pasa a otro plano en su rol de coordinador grupal: va manteniendo un alto clima emocional en la sesión y confrontando a cada miembro de la familia con sus sentimientos y con el cumplimiento de sus compromisos, resaltando la paradoja de que, mientras por un lado se siente insatisfacción y malestar, y se recrimina a los demás por ello, no se suele cumplir suficientemente con lo que por su parte corresponde, en la contribución a la satisfacción de las necesidades individuales y grupales de su hogar.

Quedan así en evidencia ciertas actitudes disonantes con los discursos y con los intereses propios o ajenos. Este es un material de trabajo, una tarea que debe enfrentar el núcleo familiar. La producción grupal, entonces, será el resultado del análisis de las actitudes inapropiadas a la misión familiar y el esfuerzo por modificarlas. La técnica que se va a emplear toma mucho del grupo operativo (*Pichón-Riviere*) y del análisis de actitudes (*Bustamante*), sobre la base del esquema terapéutico de *Macías*.

Es imprescindible fomentar un adecuado nivel de tensión y, en ocasiones, de angustia grupal. Pero no solo se promoverán y aprovecharán tensiones y angustias; se movilizarán también sentimientos de cariño y solidaridad familiar, buscando en la medida de lo posible contacto piel con piel, aproximaciones físicas, muestras de atención y simpatía. El terapeuta deberá provocar en la familia sentimientos y vivencias favorables hacia su persona, y ser convertido en modelo de identificación. Debemos procurar que se condicionen acontecimientos y experiencias gratas a la vida actual y futura de la familia y también a la terapia, propiciar rituales que aproximen la familia, así como luchar por satisfacer necesidades, en un descubrimiento por ellos mismos de sus potencialidades al respecto.

Las relaciones constructivas con el mundo exterior a la familia son tan importantes como las que se establecen en su mundo inte-

rior: la proyección al medio externo de su seguridad, autoconfianza y autonomía, retroalimentará positivamente la dinámica familiar.

Temáticas en tal sentido podrán ser ventiladas y servirán para ejemplificar actitudes y propiciar oportunidades a la cooperación, la solidaridad, la intersatisfacción de necesidades y la modelación del diálogo en el seno familiar. Se enseña a oír la opinión de los demás, pero a decidir por sí mismos y a respetar tales decisiones, en un clima de aceptación incondicional, con apertura al medio y a la problemática social.

Cuando se ha logrado identificar, ahora por la familia, aquellos elementos clínicos, estructurales, funcionales, dinámicos, semánticos, ecológicos y actitudinales involucrados en el problema familiar, corresponde profundizar en las hipótesis formuladas, mediante el análisis sistémico de las relaciones internas entre todo ello, a lo cual llamamos *hipótesis sistémico-actitudinal*, con la intención de su consideración para promover el cambio.

Para mí, la hipótesis sistémico-actitudinal, momento clave de la psicoterapia, resulta de la formulación interior por parte del terapeuta, acerca de cuáles son las secuencias actitudinales y las pautas de comunicación que dan sentido y significado a la conducta sintomática. Constituye la *explicación apriorística general* sobre cómo los elementos clínicos, estructurales, funcionales, dinámicos, semánticos, ecológicos y actitudinales están involucrados en el problema familiar, y cuál es la relación interna entre ellos y con la conducta sintomática de la familia, de modo que todo embone como un rompecabezas.

Por supuesto que este modelo mental del terapeuta no es más que una hipótesis sobre la realidad, a la cual la familia, probablemente, no está en condiciones de llegar espontáneamente, pero que, como posibilidad coherente, pasa a ser un instrumento de trabajo en manos del equipo terapéutico, el cual ha de contrastarlo y someterlo a la prueba de la práctica, criterio último de la verdad, en labor conjunta con la familia. Modelo sobre una realidad que, mediante tomas de conciencia y vivencias sucesivas, puede ir siendo progresivamente validada por la familia, en la medida en que el trabajo psicoterapéutico sea capaz de irlo confirmando, con lo que se favorece el cambio hacia la salud. Detallemos, en lo posible, algunos procedimientos que van preparando al grupo en la dirección deseada.

Si la ventilación e interpretación de sentimientos ha sido aplicada consecuentemente, cada familiar ha podido ir percibiendo cuáles

son sus necesidades insatisfechas y por parte de quién, así como la manera en que reacciona ante esto. También podrá tener, a este nivel, cierta noción de que su conducta está relacionada con las necesidades e insatisfacciones de los demás. Esto se aprovecha al máximo, estimulando a que cada uno vaya pidiendo a los otros –ahora a un nuevo nivel– lo que necesita de ellos y no le han ofrecido, a cambio de que los demás le soliciten lo que requieren de su parte y tampoco ha concedido; todo ello en un clima de fuerte carga emocional, cara a cara, piel con piel, sin intermediarios. El terapeuta actúa aquí solo para esclarecimientos y para facilitar que el intercambio se produzca de tú a tú y no a través de la intervención de terceros, siempre que esto sea factible.

Este procedimiento crea movilización emocional en el grupo, favorecedora de catarsis y expresiones afectivas de todo tipo, por lo que el terapeuta está en posibilidad de intervenir cuando aparezcan resistencias, se hagan objetivas las actitudes y las defensas, o se haga ostensible la inoperancia de los mecanismos de enfrentamiento al problema. Al hacerlo bajo fuerte carga afectiva, provocará el *insight* y la experiencia emocional correctiva, confrontando, interpretando, descalificando, desarticulando y llevando al absurdo las actitudes inapropiadas, para fomentar en el momento propicio las adaptativas. Para esto reforzará comportamientos maduros y presionará al cambio de conducta en una atmósfera de compromisos recíprocos mutuamente ventajosos, autorreforzadores. Asimismo, analizará y promoverá la modificación de las actitudes problemáticas, tratando de comprobar la operatividad de las hipótesis formuladas, sometidas a validación consensual. Por otra parte, manipulará los síntomas, tratando que pierdan su efecto retroalimentador de la disfuncionalidad dentro del sistema familiar.

El terapeuta podrá hacer uso de distintos recursos estratégicos como la paradoja, la prescripción del síntoma, el aprovechamiento de la resistencia; utilizar la inhibición recíproca; modificar las secuencias de comportamiento, manipulando conductualmente; sugestionar, modelar, reforzar. Este manejo del síntoma chocará con las actitudes una y otra vez, y con ellas trabajarán los terapeutas, reorientando cognitivamente a la familia acerca de su significación. Cuando no se debe a causas biológicas definidas, el síntoma puede cobrar sentido y significado en el contexto del sistema

de actitudes familiares y, aun teniéndolas primariamente, puede cobrarlos secundariamente en el rejuego de actitudes en que se inserta.

Por otra parte, se tenderá a mejorar la organización estructural y funcional del núcleo familiar, considerando las respectivas categorías, en aras de facilitar una mayor funcionalidad. Así, tras evaluar la comunicación intrafamiliar, se promoverá que esta vaya haciéndose funcional, enseñando a los integrantes de la familia a comunicar correctamente, con lenguaje semánticamente bien elaborado, estimulándolos a expresar sus afectos y necesidades, e imponiéndolos en la realidad de que no solo se comunica con palabras sino también afectiva e instrumentalmente, por distintos canales sensoriales y con formas semánticas que no siempre coinciden entre sí, llevándolos a evaluar su desenvolvimiento al respecto, y modificarlo en todo lo que sea posible.

Véamos que en la familia operaban reglas explícitas e implícitas. Se han de esclarecer las dañinas, aplicando la reorientación cognitiva, promoviendo su transformación. En cuanto al desempeño de los roles, el cumplimiento de los tradicionales y la presencia de los idiosincráticos o proyectivos, como es el caso del chivo expiatorio, nos hace considerar los papeles y posiciones de frente a las necesidades y funciones de la familia, y hacerles ver lo distorsionado de un rol, ayudándolos a desarrollar y cumplir aquellos necesarios a su buen funcionamiento y a la adecuada adaptación social de todos.

Una vez identificadas y analizadas las formas de control, se han de propiciar modos flexibles, evitando la rigidez, la inconsistencia o la falta de control, coadyuvando a que la autoridad se ejerza adecuada y justamente. Al mismo tiempo, debemos esclarecer los problemas de autonomía y promover niveles aceptables al individuo y al grupo. Lograr que se tomen las decisiones racionalmente por quienes corresponda y en interés de todos. Romper coaliciones permanentes y promover aquellas alianzas transitorias convenientes al interés terapéutico. Trabajar los límites y la permeabilidad familiares cuando estos son inadecuados. Neutralizar el exceso de involucración o de significancia en determinados miembros, mientras se estimulan en otros. Descalificar los mitos dañinos. Considerar la presencia, accesibilidad y conveniencia de las metas familiares. Estimular la armonía. Tomar en cuenta los procesos y estilos de refuerzo. Velar porque se satisfagan convenientemente las necesidades de paternaje

y maternaje y se cumpla con pautas adecuadas de maritalidad, división de tareas y cooperación.

Al propio tiempo, pasando revistas a las funciones específicas que debe satisfacer la familia (ver 4.2), se trabajará porque estas se cumplan adecuadamente, en cantidad y calidad, por el conjunto de sus integrantes. De nuevo se tropezará con las actitudes, lo que constituirá una nueva oportunidad para interpretarlas e intentar modificarlas. Si el motor afectivo se mantiene en combustión y la brújula acerca de las actitudes, en forma, ello es perfectamente posible.

Se estimulará la contribución individual y colectiva a los objetivos comunes, de donde se tendrán en cuenta categorías como compromiso, pertinencia, sentido de pertenencia, cooperación y cohesión, entre otras, reforzando toda producción grupal tendiente a ello, e interpretando las actitudes disonantes. Es evidente que cuando hacemos esto caminamos por terreno peligroso: no somos árbitros, y se ha de mantener el «enganche» operando en todos, por lo que existe el riesgo de que, si nos descuidamos, los rasgos individualistas y la carga de egoísmo presentes en parte considerable de las personas, puedan ser factor de deserción o resistencia a la terapia. Esto es cierto, por lo que no se deberá hacer ninguna interpretación mientras, o si los sujetos no están preparados para ello, o no resulta conveniente a los objetivos perseguidos. Recordemos que no deben trazarse objetivos terapéuticos para una familia que no sean procedentes a sus propias condiciones internas. Se aspira solo a lo que se puede, y con aquellos con quienes se puede. Pero la presión emocional y moral de grupo es un organizador de la conducta que no debemos subvalorar.

Entregados de lleno en esta fase al análisis de las actitudes, es el momento apropiado para intervenir en la dinámica de la familia, y tomar en consideración los aportes que las escuelas psicoanalíticas y las llamadas, por *Hoffman*, corrientes interpersonal e histórica, han hecho llegar hasta nosotros (dinámica de la hostilidad, del poder, de la sexualidad, de la culpa, de la soledad, de la seguridad, de las deudas generacionales, etc.). ¿Cómo operar con esto? Si desde los tiempos de *Freud* se hizo patente que en la familia se han acunado estos conflictos, con esta mejor que con nadie pueden ventilarse y trabajar para su solución *in situ*.

Al estudiar la psicoterapia individual, opinábamos sobre cómo contender con estos conflictos. Aquí, el conflicto se expresa en siste-

ma en el contexto familiar. Y en sistema ha de ser acometido. Hemos de traducir del lenguaje de conductas (verbales, instrumentales y afectivas) a lenguaje de necesidades o problemas no resueltos. Habremos de colegir de las contradicciones afectivas de la familia la involucración emocional de cada uno –y del grupo en su conjunto– en los problemas que estos conflictos reflejan. Estos se interpretan a su tiempo, buscando *insight* y experiencia emocional; y se hace siempre en interconexión con la actitud que está detrás de la necesidad esencial insatisfecha, como información que se aprehende de conjunto, gestálicamente, con sus valencias conscientes e inconscientes.

Unir lo que es integral y está desfasado, es función de la terapia. Lo emocional no debe andar de un lado y lo racional por otro, porque eso es cantera de trastorno familiar y personal. Quiero que quede especialmente claro que, en esta modalidad terapéutica el aspecto de elaboración cognoscitiva del conflicto se subordina al lenguaje de la actitud. No es tanto tener claro por qué es que me siento inferior a los demás, sino saber y vivenciar que estoy actuando como si fuera inferior a los demás y, tras ello, rebelarme contra eso, sintiendo en mi familia que soy igual que ellos, considerado en mis valores y querido igual que ellos –ni más ni menos–, reforzado esto por la consideración y el respeto auténticos que percibo en mi relación con el equipo terapéutico.

Al considerarme entonces seguro, no tengo por qué sentirme inferior y, tras no ser retroalimentada como antes la actitud, esta puede extinguirse y ser sustituida por una de autorrespeto y adecuada autoestima –estado funcional distinto de la personalidad– para sus futuras relaciones con el mundo.

Este trabajo con la psicodinamia familiar nos hace tomar en cuenta, con *Sullivan* y *Bustamante*, los procesos de comunicación y defensa. Contender con los mecanismos de defensa presentes en la familia y valorar con ella la operatividad de sus mecanismos de afrontamiento, es trabajar con actitudes tales como la evasión, la búsqueda de apoyo y la necesidad de reafirmación, presentes tanto en el individuo como en el grupo, y con las cuales son particularmente válidas las técnicas de «modificación de predisposiciones», descritas en nuestro medio por *Hiram Castro*.

Puesto orden en casa, concentremos nuestra atención en la armonización de las relaciones de la familia con su ambiente.

Resulta conveniente estimular en el grupo un aceptable nivel de realización ocupacional, de compromiso social, motivación cultural, intercambio con su comunidad y sus amigos –para solo mencionar algunos aspectos. Familias con fuertes convicciones, valores éticos plausibles, una sólida ideología, con sentimientos altruistas y solidarios para con los demás, estarán en mejores condiciones para enfrentar los avatares de la vida que aquellas alienadas o encerradas en sí. Este principio, hartamente demostrado en terapia individual y acerca de lo cual he investigado y publicado en su oportunidad desde 1972, es válido también en la que nos ocupa.

Como eslabón concatenante de los universos social y personal, la familia desajustada, en conflicto con su medio o desvinculada raigalmente de él, tendrá dificultades, como las tendrán sus componentes. Buscar la integración constructiva a su ambiente natural y social, su ajuste ecológico, constituye objetivo del tratamiento. Poner en función de la «cura familiar» su red de apoyo social, es recurso obligado. Dar atención preferencial a este asunto cuando el tratamiento va profundizando, es ir caminando en la dirección correcta. Cuando se empieza a mirar hacia afuera y al futuro, la terapia va madurando. Y la familia con ella.

Tras venir analizando las actitudes en sucesivas sesiones y modelando conductas funcionales que permitan la cristalización y refuerzo de nuevas actitudes y formas de comunicación, el equipo terapéutico está en condiciones de sintetizar lo logrado y trabajar la interiorización definitiva, por parte de la familia, de la dialéctica de la relación sistémica actitud-necesidad-problemas-síntoma, la cual, como hemos podido ver por partes –y atendido en sus relaciones parciales– se da en el contexto familiar, de modo que pueda integrarse cabalmente por el núcleo lo que ha estado sucediendo, así como asumirse comportamientos maduros, favorecedores de la adecuada solución al problema y necesidades de la familia, en el marco de una conjugación actitudinal que propicie la funcionalidad y el ajuste adaptativo.

Como se puede apreciar, son múltiples los aspectos sobre los que se trabaja en la intervención terapéutica, y los podemos resumir como intervención sobre:

- los sentimientos y los afectos.
- la percepción del problema y los mecanismos de enfrentamiento.

- las necesidades y las actitudes.
- la integración estructural y funcional.
- la integración psicodinámica.
- la integración semántica y la comunicación.
- la integración ecológica.
- las conductas secuenciales y el refuerzo asociados al síntoma.
- los síntomas en sí.
- la relación sistémica «actitud-problema-necesidad-síntoma».
- el refuerzo y la externización.

Es importante que la familia interiorice y sienta, en una experiencia holística, cómo sus síntomas son expresión de su problema y este, resultado de secuencias de actitudes y pautas de conducta inapropiadas, que entorpecen la satisfacción de necesidades esenciales y que, a su vez, determinan formas de afrontamiento ineficaces, todo lo cual produce intensos sentimientos de malestar y actitudes de respuesta interpersonal negativas, retroalimentando así el problema y los síntomas que se confrontan. Al hacer esto, estamos interviniendo sobre la hipótesis sistémica (fig. 13.1).



Fig. 13.1. *Ciclo de la relación sistémica.*

La familia debe sentir que el mayor problema que tienen no es precisamente el síntoma –que, a veces, es un intento baldío de solución– sino las necesidades que están insatisfaciendo y que dependen de ellos mismos; las funciones que no están cumpliendo y les corresponden; y las actitudes que están facilitando o provocando los síntomas desprendidos de su estado de malestar, y de la no satisfacción de necesidades, las cuales tienen que manejarse de otro modo.

Esta vivencia debe conllevar una alta carga emocional y moral, un sentimiento profundo de que «esto que nos pasa es porque nosotros mismos lo estamos provocando, porque lo estamos manejando de una forma inconsecuente, porque no hemos querido o no hemos sabido solucionarlo, o, sencillamente, no hemos decidido aceptar las cosas como son... y asumir nuestra responsabilidad». Esta percepción no se produce como resultado de un ejercicio intelectual, sino que es la síntesis de todo un proceso de *insight*, con fuerte carga afectiva y proyección de futuro. Si se logra movilizar los afectos y concertar las voluntades, el cambio de actitudes es posible.

Entonces vienen el modelado de conductas y los procesos de cambio, aprendizaje por condicionamiento operante en el cual los principales refuerzos son el éxito por las nuevas conductas, la desaparición de la angustia, y la gratificación emocional, tras un nuevo clima de armonía familiar.

En esta etapa, junto a modificaciones significativas en la percepción de los problemas, se afirman los problemas de satisfacción e intersatisfacción de necesidades, a través de la maduración del individuo y la familia y del cambio en los mecanismos de enfrentamiento a los problemas, demandas y conflictos presentes, reforzando positivamente las nuevas conductas adaptativas que van apareciendo frente a estos, tomando conciencia de los motivos, afirmando convicciones y valores.

Cuando la familia tiene bien identificados sus problemas, sus necesidades y las actitudes que tienen que ver con dichos problemas y necesidades trabajando seriamente en su solución, mejorando su comunicación y dinámica internas, abriéndose a una relación activa y constructiva con el mundo exterior, se han cumplido los objetivos de esta segunda etapa. Se insiste a este nivel en los refuerzos, en los condicionamientos skinneriano y pavloviano, asociados a conductas y actitudes funcionales de nuevo tipo, mediante el continuo trillar y retrillar de los caminos.

Esta fase, aunque trabajosa y relativamente prolongada, es determinante para los resultados de la terapia. Vencidos sus objetivos, estamos en condiciones de pasar a la fase final del tratamiento.

13.7.3 TERCERA ETAPA: EVALUACIÓN DE OBJETIVOS, RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

El momento en que se inicia esta etapa es muy variable, en dependencia de la familia, frecuencia de las sesiones, tipo de problemática, etc. Es el momento de la consolidación del cambio y del desarrollo de la autorresponsabilidad y el autocuidado. Como la placa de un buen encofrado, cuando las nuevas actitudes han fraguado se va quitando el entablado y la solidez de la construcción se pone a prueba. Así, las sesiones se van espaciando y, en ellas, se chequea lo logrado, se refuerzan las conductas maduras, se estimulan la asertividad y la iniciativa de la familia para enfrentar los retos que van apareciendo; se promueven sus funciones recuperativa y emancipatoria, su relación y comunicación con el mundo externo, un estilo saludable de vida, una vinculación sólidamente afectiva entre ellos, un análisis consciente de las motivaciones, de los valores sociales y morales (respetando los criterios familiares y personales y modelando el ejercicio del derecho a las discrepancias).

En los aspectos técnicos, es importante que la dinámica se haya hecho temática, que cada miembro de la familia sea capaz de expresar, a su modo, de dónde partieron y hasta dónde han llegado; qué hizo él o ella para llegar hasta allí, qué actitudes cambió, qué conductas modificó y cuáles necesidades satisfizo. A su vez, que sea capaz de reconocer los cambios en los demás, los esfuerzos ajenos y los beneficios que esto hubo de reportar a la satisfacción de sus propias necesidades.

Deberán opinar acerca de la familia que son ahora, y expresar cada uno, a grandes rasgos, el nivel en que considera se han alcanzado los objetivos propuestos; exponer qué deberá seguir haciendo, y qué se compromete a hacer concretamente cada uno, para llegar a ser la familia que desean. Deberán agradecer y pedir a los demás por el trayecto que falta, en especial en todo lo que a sí concierne, y establecer sus propósitos y compromisos consigo y para con los demás.

Por otra parte, la circunstancia de que, al término de la terapia, corresponda la evaluación final de lo alcanzado no exime de que, a mediano camino, se hayan hecho evaluaciones parciales que permitan corregir el rumbo para alcanzar o modificar los objetivos y que, al término de cada una de las sesiones, el equipo terapéutico realice una valoración crítica de la terapia y de lo conseguido hasta allí, dentro y fuera de la sesión.

En la fase final, correspondiente a conclusiones y recomendaciones, se hace una evaluación, objetivo por objetivo, de lo que se propuso el equipo y formó parte del contrato terapéutico. En qué proporción aproximada fue o no satisfecho, qué consideración de conjunto puede hacerse de los resultados globales y particulares del proceso de terapia.

Hecho esto, se pasa a la reformulación de posibilidades, ya con la experiencia de meses de tratamiento, de modo que se podrá trabajar con la familia por objetivos más ambiciosos para alcanzar por cuenta propia, o sencillamente, adecuar las aspiraciones a los objetivos que pudieron lograr, asumiendo hacia ello una actitud realista, y formulándoles, en ese caso, las recomendaciones que fueran necesarias.

Es el momento de acometer, si se desea, la realización del familiograma comparativo de la situación en el momento del alta, el cual será contrastado con el inicial y con el de la familia que deseaban ser, los que fueron elaborados cuando el contrato terapéutico. Esto da mucha materia para trabajo prospectivo por parte de los interesados, puesto que es el momento de plantearse propósitos para lograrlos por cuenta propia, sin el manto paternalista de la terapia, lo que es altamente conveniente.

El momento final, de conclusiones y despedida, es la oportunidad para reforzar la confianza de la familia en sí misma, para un recuento global por parte del terapeuta de todo lo logrado, de una manera en la que el mérito principal por superar sus dificultades y crecer en madurez y funcionalidad quede de parte del esfuerzo realizado por la propia familia. Los recursos de connotación positiva, inspiración, aprovechamiento de potencialidades y validación consensual, entre otros, son particularmente útiles en este instante, trascendente para el colectivo que termina así su proceso de terapia.

Las últimas entrevistas deben ser cada vez más espaciadas entre sí, y con mayor carga de autorresponsabilidad por las decisiones que

en los períodos iniciales del tratamiento, con el objetivo de condicionarlos e irlos preparando para su definitiva emancipación.

Es recomendable dar el alta con una cita para chequeo evolutivo en un período entre tres y seis meses posteriores. De ese modo, ni se sugiere que vuelvan ante la primera dificultad, ni se cierran las puertas para una eventual necesidad de ayuda, sino que se les exhorta y anima a resolver con sus propias fuerzas los problemas consustanciales a la vida en común, dejando abierta la posibilidad de estar a su disposición en el caso excepcional de que realmente lo necesiten.

Los lazos afectivos establecidos y las corrientes de simpatía cultivadas de modo empático, quedan como vivencias gratas de la experiencia terapéutica, pasando a ser un organizador conductual que compromete a la familia a dar continuidad, con posterioridad al tratamiento, a los propósitos enriquecedores de la terapia.

Jamás alcanzaremos la familia ideal, pero podemos obtener la familia «mejor posible», momento en que se decidirá el egreso definitivo, o, de ser estrictamente necesario, junto al alta familiar, el seguimiento de uno o más miembros –si no es que había sido previamente indicado– dejando en tal caso bien aclarados los propósitos de dicha terapia, colocándolos en manos apropiadas.

13.8 FASES DE LA PSICOTERAPIA FAMILIAR DE ACTITUDES

Proponemos al lector un esquema, modificado de *Macías*, que considero de interés práctico.

Etapa inicial

- | | |
|--|---|
| I. Fase de evaluación diagnóstica | II. Fase de definición de objetivos y plan de terapia |
| a) Definición del problema | a) Definición de objetivos |
| · Motivo de consulta que presenta la familia | · Inmediatos |
| · Otros problemas que presenta la propia familia | · Mediatos, a corto, mediano y largo plazos |
| · Problemas que detecta el terapeuta, pero no la familia | · Finales |

- b) Patrones de identificación y solución de problemas que plantea la familia
- c) Detección y jerarquización de recursos familiares (fortalezas y debilidades)
- d) Hipótesis diagnóstica (clínica, estructural, funcional, dinámica, ecológica, actitudinal, semántica)
- e) Hipótesis sistémico-actitudinal

- b) Decisión sobre la estrategia terapéutica
- c) Contrato terapéutico

Etapa intermedia

III. Fase de ejecución técnica (intervención intensiva)

- a) Utilización de distintos recursos técnicos para manejar los problemas y lograr los objetivos. Intervención sobre:
 - Los sentimientos y afectos
 - El problema y los intentos de solución
 - Los síntomas
 - Las actitudes y las necesidades
 - La integridad estructural
 - La integridad funcional
 - La integridad psicodinámica
 - La integridad semántica
 - La integridad ecológica
 - Las conductas secuenciales y el comportamiento sintomático
 - La relación sistémica problema-síntoma-necesidad-actitud

IV. Fase de reajuste de objetivos, refuerzo y externización

- a) Evaluación parcial
- b) Reajuste de objetivos
- c) Consolidación de las nuevas actitudes
- d) Refuerzo de comportamientos adaptativos
- e) Externización

Etapa terminal

V. Fase de evaluación final

- a) Evaluación final por objetivos
- b) Reformulación de posibilidades

VI. Fase de conclusiones y recomendaciones

- a) Conclusiones de la terapia
- b) Recomendaciones
- c) Alta

VII. Cita de control

13.9 COMENTARIOS FINALES

He tratado de mantener una relación consecuente entre las formas de psicoterapia individual, grupal y familiar siguiendo el denominador común de las actitudes. La elección de la modalidad dependerá más de las necesidades del caso identificado que de cualquier consideración preconcebida apriorísticamente por preferencias o hábitos individuales: es la necesidad del enfermo y no la inclinación personal del terapeuta lo que debe determinar la conducta que se debe seguir. El terapeuta ha de estar preparado para abordar sus curas en las formas más diversas, sin que los dogmas, los prejuicios o el desconocimiento, priven al paciente, la pareja o la familia, de recibir al máximo nivel posible, los beneficios del tipo de terapia a la que tienen derecho de acuerdo con sus necesidades.

¿Qué relación hay entre crisis y psicoterapia de familia?

Para que una familia se interese y se mantenga en terapia a pesar de las dificultades que acarrea reunir repetidamente a varias personas con intereses y grados de motivación diversos, sus miembros tienen que sentir malestar agudo en el momento de solicitar ayuda y esto solo es factible en situaciones de crisis. En frío, poco puede hacerse. Probablemente les faltará motivación para un trabajo perseverante por el cambio, al menos a una parte significativa de sus componentes. La férrea rigidez de su estructura haría casi imposible modelarla. No obstante, no debemos ser absolutos al respecto, puesto que el sufrimiento crónico que suele acompañar a las neurosis, lleva a familias cultas y preocupadas a solicitar ayuda especializada, cuando

toman conciencia del mal funcionamiento de su núcleo familiar. Esto se aprecia cada vez con mayor frecuencia. Pero son la excepción.

La experiencia del trabajo con familias y, sobre todo, las experiencias exitosas, demuestran que las situaciones de crisis son criterio y oportunidad principal para el trabajo psicoterapéutico con ellas. La posibilidad de modificación de actitudes, parece depender mucho de ello. Por eso, este es un tratamiento de elección en familias que llegan a nosotros en crisis, cuando se pretende comprometerlas en el intento de alcanzar cambios terapéuticos de largo alcance.

La psicoterapia familiar de actitudes que desarrollamos *in extenso* aquí, no está concebida para yugular la crisis aguda y terminar, sino para obtener cambios profundos luego de contender con ella. Pero los principios en que se fundamenta y los recursos que aporta, capacitan al terapeuta para la intervención breve con técnicas de actitudes, en familias, grupos e individuos, cuando ello está indicado, o la «cirugía mayor» no resulta imprescindible. Lo mismo podemos decir de nuestra terapia profunda de actitudes.

El haber escogido como temática de esta obra la crisis, la familia y la psicoterapia, responde a una lógica interna que esperamos haber dejado en claro a lo largo de sus páginas: sin considerar la familia es difícil hablar de integralidad en la terapéutica psiquiátrica; al considerar las crisis como un momento privilegiado para el cambio, nos ponemos en condiciones ventajosas para desenvolvemos profesionalmente con personas y familias desestabilizadas. Al considerar la psicoterapia, abordamos un recurso imprescindible para intervenir eficazmente en los más diversos problemas de las personas y las familias, en un mundo con tensiones y permanentes conflictos que parece habrán de acompañarnos largo tiempo. El enfoque familiar y la capacitación para la intervención psicoterapéutica en crisis constituyen baluartes de una medicina integral, de cara al siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

- Adler A. El conocimiento del hombre. Buenos Aires: Ed. Espasa-Calce, 1947.
- _____. El carácter neurótico. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1959.
- Aguilera DC. Crisis intervention, theory and methodology. St. Louis:Ed.Mosby, 1993.
- Airpetyans GM. Nuevos aspectos en el estudio de las neurosis experimentales. Boletín del Centro de Estudios sobre la Neurosis de la Academia de Ciencias de Cuba 1978;3:37-42.
- Álvarez MA. Stress, un enfoque integral. La Habana:Ed. Científico-Técnica, 1998.
- Alexander F, French T. Psychoanalytic therapy. New York: Ed. Roland Press, 1940.
- Amir M, Weil G, Kaplan Z, Tocker T, Witztum E. Debriefing with brief group psychotherapy in a homogenous group of non-injured victims of a terrorist attack: a prospective study. Acta Psychiatr Scand 1998;98(3):237-42.
- Anderson CM. Dilemmas and challenges of the new millennium. Fam Process 1999;38(1):1-3.
- Anderson H. Reimagining family therapy: reflections on Minuchin's invisible family. J Marital Fam Ther 1999;25(1):1-8.
- Anthi PR. Resistance analysis and psychic reality. Psychoanal Study Child 1995;50:32-47.
- Arditti JA, Prouty AM. Change, disengagement, and renewal: relationship dynamics between young adults and their fathers after divorce. J Marital Fam Ther 1999;25(1):61-81.
- Athanasiou MS, Gunning MP. Filial therapy: effects on two children's behavior and mothers, stress. Psychol Rep 1999;84(2):587-90.
- Baker KA. The importance of cultural sensitivity and therapist self-awareness when working with mandatory clients. Fam Process 1999;38(1):55-67.
- Balint ME. Técnicas psicoterapéuticas en Medicina. México: Ed. Siglo XXI, 1966.
- Bandler R, Grinder J. La estructura de la magia I y II. Santiago de Chile:Ed. Cuatro Vientos, 1996.
- Barasch AS. Psychotherapy as a short story: selection and focus in brief dynamic psychotherapy. J Am Acad Psychoanal 1999;27(1):47-59.
- Barrientos G, Castro H. Tendencias actuales en psiquiatría. La Habana:Ed. Científico-Técnica, 1990.
- Bassin FV. El problema del inconsciente. Buenos Aires:Ed. Granita, 1972.
- Bateson C. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires:Ed. Lohlé, 1976.
- Beach SR, Fincham FD, Katz J. Marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. Clin Psychol Rev 1998;18(6):635-61.
- Béquart P, Muldworf B y otros. Psicoterapia y materialismo dialéctico. Buenos Aires:Ed. Nuestro Tiempo, 1965.
- Bergmann MV. The nature and function of a pathological oedipal constellation in a female patient. Psychoanal Q 1995;64(3):517-32.
- Bittner S, Bialek E, Nathiel S, Ringwald J, Tupper M. An alternative to managed care: a «guild» model for the independent practice of psychotherapy. J Marital Fam Ther 1999;25(1):99-111.

- Borduin CM. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(3):242-9.
- Boweng K. Family systems theory and therapy. 1981.
- Brewin CR, Andrews B. Recovered memories of trauma: phenomenology and cognitive mechanisms. *Clin Psychol Rev* 1998;18(8):949-70.
- Briggs HE, Koroloff NM. Enhancing family advocacy networks: an analysis of the roles of sponsoring organizations. *Community Ment Health J* 1995;31(4):317-33.
- Bright JI, Baker KD, Neimeyer RA. Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(4):491-501.
- Busch F. Beginning a psychoanalytic treatment: establishing an analytic frame. *J Am Psychoanal Assoc* 1995;43(2):449-68.
- Bussell DA, Matsey KC, Reiss D, Hetherington M. Debriefing the family: is research an intervention? *Fam Process* 1995;34(2):145-60.
- Bustamante JA. Psicología médica. La Habana:Ed Científico-Técnica, 1970; t. II y III.
- _____. Psiquiatría. La Habana:Ed. Científico-Técnica, 1976; t II.
- _____. Concepto de neurosis. *Boletín del Centro de Estudios sobre la Neurosis de la Academia de Ciencias de Cuba* 1977;1:5-14.
- Bustamante JA, San Román A, Aquino J, Rodríguez A. Las actitudes, el inconsciente y las neurosis. *Boletín del Centro de Estudios sobre la Neurosis de la Academia de Ciencias de Cuba* 1981;5:45-53.
- Bustamante JA. La escuela cultural del psicoanálisis. La Habana:Ed. Lex, 1960.
- Byrnes EI, Hansen KG, Malloy TE, Carter C, Curry D. Reductions in criminality subsequent to group, individual, and family therapy in adolescent residential and day treatment setting. *Int J Group Psychother* 1999;49(3):307-22.
- Cabral AC. Psicoterapia grupal: ciencia y mito. Buenos Aires:Ed. Buenos Aires SA, 1985.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
- Carbonell DM, Partelano-Barehmi C. Psychodrama groups for girls coping with trauma. *Int J Group Psychother* 1999;49(3):285-306.
- Castro H. Algunas manifestaciones de los sets inconscientes, consideraciones sobre su relación con los sueños y los síntomas de las neurosis. *Rev Hosp Psiq Hab* 1982;23(1):59-66.
- _____. Histeria y neurosis. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 1989.
- Castro H, Barrientos G. Psiquiatría clínica. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1990.
- CITMA/UNICEF. La familia cubana. Situación actual y proposiciones para su fortalecimiento. Mayo, 1996.
- Chang SC. An effective analytical psychotherapy in crosscultural context. An east asian student in the United States. *Am J Psychother* 1998;52(2):229-39.
- Certcov D. Psicoterapia racional. Buenos Aires:Ed. Paidós, 1984.
- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS-Meditor, 1992.

- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Ludgate J, Gelder. Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 1999;68(4):193-8.
- Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(3):272-9.
- Clavijo A. Manual de psiquiatría para el médico de la familia. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1990.
- _____. Vindicación de las neurosis. *Rev Hosp Psiq Hab* (en prensa).
- _____. Consideraciones sobre la actividad psicológica inconsciente en terapia de actitudes. *Rev Hosp Psiq Hab* (en prensa).
- _____. Psicoterapia con la familia vs psicoterapia de familia. Memorias del IX Congreso de la Asociación Psiq. Am. Latina. La Habana:Ed. Científico-Técnica, 1981:981-7.
- _____. Psicoterapia e ideología. *Rev Hosp Psiq Hab*. Jul-Sept, 1975.
- _____. Psicoterapia de grupo e ideología. *Rev Hosp Psiq Hab*. Abril-Jun, 1976.
- Cobham VE, Dadds MR, Spence SH. The role of parenteral anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(6):893-905.
- Cohen BD, Ettin MF. Self-structure and self-transformation in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1999;49(1):61-83.
- Córdova A. Algunos aspectos filosóficos, teóricos y prácticos de la psiquiatría. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1979.
- Combs G, Freedman J. Tellings and retellings. *J Marital Fam Ther* 1998;(4):405-8.
- Counselman EF, Gans JS. The missed session in psychodynamic group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1999;49(1):3-17.
- Craske MG, Maidenberg E, Bystritsky A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1995;26(2):113-20.
- Daiuto AD, Baucom DH, Epstein N, Dutton SS. The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: implications of empirical research. *Clin Psychol Rev* 1998;18(6):663-87.
- Revilla L de la. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed. Doyma, 1994.
- Derdeyn AP, Graves CL. Clinical vicissitudes of adoption. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998;7(2):373-88.
- Santis L de, Ugarriza DN. Potential for intergenerational conflict in Cuban and Haitian immigrant families. *Arch Psychiatr Nurs* 1995;9(6):354-64.
- Urtubey L de. Countertransference effects of absence. *Int J Psychoanal* 1995;76(Pt4):683-94.
- Diamond GS, Liddle HA. Transforming negative parent-adolescent interactions: from impasse to dialogue. *Fam Process* 1999;38(1):5-26.
- Diamond GS, Serrano AC, Dickey M, Sonis WA. Current status of family-based outcome and process research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(1):6-16.

- Díaz Miniet E. Factores sociales en las neurosis. La Habana: Ed. Academia, 1988.
- Dollard J, Miller NE. Personality and psychotherapy. N York: Mc Graw Hill, 1950.
- Dyckman J. The impatient therapist: managed care and countertransference. *Am J Psychother* 1997;51(3):329-42.
- Estrada AU, Holmes JM. Couples' perceptions of effective and ineffective ingredients of marital therapy. *J Sex Marital Ther* 1999;25(2):151-62.
- Fayne M, Silvan M. Treatment issues in the group psychotherapy of addicted physicians. *Psychiatr Q* 1999;70(2):123-35.
- Feeley M, DeRubeis RJ, Gelfand LA. The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(4):578-82.
- Fernández AM. El campo grupal. Notas para una genealogía. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1992.
- Field NP, Nichols C, Holen A, Horowitz MJ. The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(2):212-8.
- Fogel GI. Psychological-mindedness as a defense. *J Am Psychoanal Assoc* 1995;43(3):793-822.
- Fontes LA, Piercy F, Thomas V, Sprenkle D. Self issues for family therapy educators. *J Marital Fam Ther* 1998;24(3):305-20.
- Fox RP. The «unobjectionable» positive countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 1998;46(4):1067-87.
- Friedlander ML. Ethnic identity development of internationally adopted children and adolescents: implications for family therapists. *J Marital Fam Ther* 1999;25(1):43-60.
- Friedlander ML, Heatherington L. Assessing clients' construction of their problems in family therapy discourse. *J Marital Fam Ther* 1998;24(3):289-303.
- Fromm E. Miedo a la libertad. Buenos Aires: Ed. Abril, 1947.
- Frosch A. The preconceptual organization of emotion. *J Am Psychoanal Assoc* 1995;43(2):423-47.
- Geis HK, Whittlesey SW, McDonald NB, Smith KL, Pfefferbaum B. Bereavement and loss in childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998;7(1):73-85.
- Gergen KJ. The place of material in a constructed world. *Fam Process* 1998;37(4):415-9.
- Gilbert P. The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *Br J Med Psychol* 1998;71(Pt4):447-63.
- Glaser AN. Does gender play a role in exemplariness? *J Fam Pract* 1999;48(4):304-5.
- Glover NM. Play therapy and art therapy for substance abuse clients who have a history of incest victimization. *J Subst Abuse Treat* 1999;16(4):281-7.
- Glynn SM, Eth S, Randolph ET, Foy DW, Urbaitis M, Boxer L, et al. A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(2):243-51.
- González R. Clínica psiquiátrica básica actual. La Habana:Ed. Científico-Técnica, 1998.
- _____. Terapéutica psiquiátrica básica actual. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 1998.

- Granek M. Changes in the therapist's working theory. *Isr J Psychiatr Relat Sci* 1995;32(3):212-9.
- Greene MA. Resistance and modes of communication. *Bull Menninger Clin* 1995;59(4):427-42.
- Greenfield BJ, Senecal J. Recreational multifamily therapy for troubled children. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65(3):434-9.
- Greenfield B, Hechtman L, Tremblay C. Short-term efficacy of interventions by a youth crisis team. *Can J Psychiatry* 1995;40(6):320-4.
- Greenhoot AF, Ornstein PA, Gordon BN, Baker-Ward L. Acting out the details of a pediatric check-up: the impact of interview condition and behavioral style on children's memory reports. *Child Dev* 1999;70(2):363-80.
- Grinder J, Bandler G. *La estructura de la magia I y II*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos, 1996.
- _____. *De sapos a príncipes*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos, 1992.
- Gurmann y Kniskern. *Handbook of Family Therapy*. 1981.
- Guttman HA, Feldman RB, Engelsmann F, Spector L, Buonvino M. The relationship between psychiatrists' couple and family therapy training experience and their subsequent practice profile. *J Marital Fam Ther* 1999;25(1):31-41.
- Haley J. *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Ed. Toray, 1969.
- Halford WK. The ongoing evolution of behavioral couples therapy: retrospect and prospect. *Clin Psychol Rev* 1998;18(6):613-33.
- Hamilton NG. Object relations units and the ego. *Bull Menninger Clin* 1995;59(4):416-26.
- Hardy GE, Stiles WB, Barkham M, Startup M. Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(2):304-12.
- Harrison S, Watson M, Feinmann C. Does short-term group therapy affect unexplained medical symptoms? *J Psychosom Res* 1997;43(4):399-404.
- Hauke C. Fragmentation and narcissism. A reevaluation. *J Anal Psychol* 1995;40(4):497-522.
- Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Pinsker H, Samstag LW, Muran JC, Winston A. A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *J Psychother Pract Res* 1998;7(4):261-71.
- Hetch K, Dorner T, Hetch, Gotze F. Aspectos ontogenéticos del estrés emocional y de la neurosis. *Boletín del Centro de Estudios sobre la Neurosis de la Academia de Ciencias de Cuba* 1977;2:31-46.
- Hetherington EM, Stanley-Hagan M. The adjustment of children with divorced parents: a risk and resiliency perspective. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(1):129-40.
- Hoffman L. *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Holigrocki RJ, Kaminski PL, Frieswyk SH. Introduction to the parent-child interaction assessment. *Bull Menninger Clin* 1999;63(3):413-28.
- Horney K. *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. New York: Ed. WW Norton & Co, 1937.

- Jackson D. *Communication, family and marriage*. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1968.
- _____. *Therapy, Communication & Change*. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1968.
- Johnson L, Thomas V. Influences on the inclusion of children in family therapy. *J Marital Fam Ther* 1999;25(1):117-23.
- Joyce AS, McCallum M, Piper WE. Borderline functioning, work, and outcome in intensive evening group treatment. *Int J Group Psychother* 1999;49(3):343-68.
- Joyce AS, Piper WE. Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1998;7(3):236-48.
- Khannanashvili MM. Sobre los principios de la clasificación de las neurosis. *Bol Centr Est Neurosis* 1981;5:33-44.
- _____. *Patología experimental de la actividad nerviosa superior*. La Habana: Ed. Mir-Ed. Científico-Técnica, 1991.
- Kaplan T. Marital conflict by proxy after father kills mother: the family therapist as an expert witness in court. *Fam Process* 1998;37(4):479-94.
- Kaplan Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Ed. Interamericana, 1997.
- Kardiner A. *Fronteras psicológicas de la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1955.
- Kaslow NJ, Celano M, Dreelin ED. A cultural perspective on family theory and therapy. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18(3):621-33.
- Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev* 1999;19(3):275-96.
- Keijsers GP, Schaap CP, Hoogduin CA, Lammers MW. Patient-therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Modif* 1995;19(4):491-517.
- Keller JW, Brown G, Maier K, Steinfurth K, Hall S, Piotrowski C. Use of dreams in therapy: a survey of clinicians in private practice. *Psychol Rep* 1995;76(3 Pt 2):1288-90.
- Keren M, Feldman R, Tyano S. Assessment of caregiver-child interaction in the context of a preschool psychiatric evaluation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1999;8(2):281-96.
- King C, Kennedy P. Coping effectiveness training for people with spinal cord injury: preliminary results of a controlled trial. *Br J Clin Psychol* 1999;38(Pt 1):5-14.
- Kiser LJ, Ostojia E, Pruitt DB. Dealing with stress and trauma in families. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998;7(1):87-103.
- Kogan I. Love and the heritage of the past. *Int J Psychoanal* 1995;76(Pt 4):805-23.
- Kogan SM, Brown AC. Reading against the lines: resisting foreclosure in therapy discourse. *Fam Process* 1998;37(4):495-512.
- Kotani H. Aspects of intrapsychic, interpersonal and cross-cultural dynamics in Japanese group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1999;49(1):93-104.
- Kpp W. Significance of symbolism in analytic and analytically oriented psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1995;45(9-10):336-41.
- Kretsch RA, Benyakar M, Gurevitch M. The couple and the psychotherapeutic group. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1995;32(3):184-93.

- Lannamann JW. The place of the constructed in a materially responsive world. *Fam Process* 1998;37(4):421-3.
- _____. Social construction and materiality: the limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Fam Process* 1998;37(4):393-413.
- Laor I, Granek M. Working through the experience of time in time-limited therapy. *Am J Psychother* 1997;51(4):580-92.
- Lawrence E, Eldridge KA, Christensen A. The enhancement of traditional behavioral couples therapy: consideration of individual factors and dyadic development. *Clin Psychol Rev* 1998;18(6):745-64.
- Lazar R. The familiar and the strange: the dynamics of change. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1995;32(3):157-66.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
- Lee MR, Cohen L, Hadley SW, Goodwin FK. Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatr Serv* 1999;50(7):948-52.
- Grange D de. Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Clin Psychol* 1999;55(6):727-39.
- Levenson H, Strupp HH. Recommendations for the future of training in brief dynamic psychotherapy. *J Clin Psychol* 1999;55(4):385-91.
- Lewis B. Psychotherapeutic discourse analysis. *Am J Psychother* 1995;49(3):371-84.
- Lieberman RP, Mintz J. Reviving applied family intervention. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(11):1047-8.
- Livingston MS. Vulnerability, tenderness, and the experience of selfobject relationship: a self psychological view of deepening curative process in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1999;49(1):19-40.
- Mac Culloch T. Emotional competence in professional communication. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1998;7(2):60-6.
- Machado PP, Beutler LE, Greenberg LS. Emotion recognition in psychotherapy: impact of therapist level of experience and emotional awareness. *J Clin Psychol* 1999;55(1):39-57.
- March JS, Amaya-Jackson L, Murray MC, Schulte A. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(6):585-93.
- Markowitz JC. Developments in interpersonal psychotherapy. *Can J Psychiatry* 1999;44(6):556-61.
- Markowitz JC, Svartberg M, Swartz HA. Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *J Psychother Pract Res* 1998;7(3):185-95.
- Marvel MK, Doherty WJ, Weiner E. Medical interviewing by exemplary family physicians. *J Fam Pract* 1998;47(5):343-8.
- McGoldrick M, Almeida R, Preto NG, Bibb A, Sutton C, Hudak J, et al. Efforts to incorporate social justice perspectives into a family training program. *J Marital Fam Ther* 1999;25(2):191-209.
- McKenna P, Haste E. Clinical effectiveness of dramatherapy in the recovery from neuro-trauma. *Disabil Rehabil* 1999;21(4):162-74.
- Meissner WW. Neutrality, abstinence, and the therapeutic alliance. *J Am Psychoanal Assoc* 1998;46(4):1089-128.

- Meyenburg B. Gender identity disorder in adolescence: outcomes of psychotherapy. *Adolescence* 1999;34(134):305-13.
- Mineka S, Mystkowski JL, Hladek D, Rodríguez BI. The effects of changing contexts on return of fear following exposure therapy for spider fear. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(4):599-604.
- Minuchin S. *Técnicas de terapia familiar*. México: Ed. Paidós, 1993.
- _____. Where is the family in narrative family therapy? *J Marital Fam Ther* 1998;24(4):397-403.
- _____. Retelling, reimagining, and re-searching: a continuing conversation. *J Marital Fam Ther* 1999;25(1):9-14.
- Mitrani J. Never before and never again. The compulsion to repeat, the fear of breakdown and the defensive organization. *Int J Psychoanal* 1998;79(Pt 2):301-16.
- Mordock JB. Some risk factors in the psychotherapy of children and families: well-established techniques that can put some clients at risk. *Child Psychiatry Hum Dev* 1999;29(3):229-44.
- Myeroff R, Mertlich G, Gross J. Comparative effectiveness of holding therapy with aggressive children. *Child Psychiatry Hum Dev* 1999;29(4):303-13.
- Navarre SE. Salvador Minuchin's structural family therapy and its application to multicultural family systems. *Issues Ment Health Nurs* 1998;19(6):557-70.
- Nelson TS, Johnson LN. The basic skills evaluation device. *J Marital Fam Ther* 1999;25(1):15-3.
- Nicholas M, Forrester A. Advantages of heterogeneous therapy groups in the psychotherapy of the traumatically abused: treating the problem as well as the person. *Int J Group Psychother* 1999;49(3):323-42.
- Ogden TH. Analysing forms of aliveness and deadness of the transference-countertransference. *Int J Psychoanal* 1995;76(Pt 4):695-709.
- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M. Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(9):571-8.
- Orlandini A. *Sicología del estrés*. Santiago de Cuba: Ed. Oriente, 1994.
- Osimo F. The unexplored complementarity of short-term and long-term analytic approaches. *J Am Acad Psychoanal* 1998;26(1):95-107.
- Otto MW, Pollack MH, Penava SJ, Zucker BG. Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacotherapy for panic disorder: a clinical case series. *Behav Res Ther* 1999;37(8):763-70.
- Owen SV, Fullerton ML. Would it make a difference? A discussion group in a behaviorally oriented inpatient eating disorder program. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995;33(11):35-40.
- Perls F. *El enfoque gestáltico y testimonio de terapia*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos, 1976.
- Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1998;156(9):1312-21.
- Piper WE, Joyce AS, McCallum M, Azim HF. Interpretative and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(3):558-67.

- Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Azim HF, Ogrodniczuk J. Follow-up findings for interpretative and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(2):267-73.
- Politzer G. Psicología mitológica y psicología científica. *Revista de Psicología Concreta* 1929;(1).
- Ponce JR. Dialéctica de las actitudes en la personalidad. La Habana:Ed. Científico-Técnica, 1981.
- Prest LA, Benson MJ, Protinsky HO. Family of origin and current relationship influences on codependency. *Fam Process* 1998;37(4):513-28.
- Rabenu P, Rabenu TG. The role of free movement in separation-individuation. A study of paralysis. *Psychoanal Study Child* 1995;50:150-67.
- Rabin S, Maoz B, Elata-Alster G. Doctors' narratives in Balint groups. *Br J Med Psychol* 1999;72(Pt 1):121-5.
- Raytek HS, McGrady BS, Epstein EE, Hirsch LS. Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addict Behav* 1999;24(3):317-30.
- Reed GS. Clinical truth and contemporary relativism: meaning and narration in the psychoanalytic situation. *J Am Psychoanal Assoc* 1995;43(3):713-39.
- Reich W. Character Analysis. New York:Ed. Orgone, 1945.
- Robb YA. Family nursing in intensive care. Part One: Is family nursing appropriate in intensive care? *Intensive Crit Care Nurs* 1998;14(3):117-23.
- Robins S, Novaco RW. Systems conceptualization and treatment of anger. *J Clin Psychol* 1999;55(3):325-37.
- Rogers C, Kinget CM. Psicoterapia y relaciones humanas. Madrid:Ed. Hombres; Hechos e Ideas, 1967.
- Rosenthal RN, Muran JC, Pinsker H, Hellerstein D, Winston A. Interpersonal change in brief supportive psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1999;(1):55-63.
- Samstag LW, Batchelder ST, Muran JC, Safran JD, Winston A. Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *J Psychother Pract Res* 1998;7(2):126-43.
- Samstag LW, Jilton R, Batchelder S, Winston AJ, Muran JC. Development of a suboutcome strategy to measure interpersonal process in psychotherapy from an observer perspective. *Clin Psychol* 1997;53(5):405-20.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;(35):53-63.
- Satir V. Conjoint family therapy. Palo Alto:Science & Behavior Books, 1964.
- Schaeffer JA. Transference and countertransference interpretations: harmful or helpful in short-term dynamic therapy? *Am J Psychother* 1998 Winter;52(1):1-17.
- Schwartz RC. Narrative therapy expands and contracts family therapy's horizons. *J Marital Fam Ther* 1999;25(2):263-7.
- Shields W. Aliveness in the work of the group: a subjective guide to creative character change. *Int J Group Psychother* 1999;49(3):387-98.
- Sigal JJ, Paris J, Kardos M, Zimmerman G, Buonvino M. Evaluation of some criteria used to select patients for brief psychodynamic therapy. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(4):583-9.

- Símonov P. Motivación del cerebro. Moscú:Ed. Mir, 1990.
- Slipp S. Sandor Ferenczi, the grandfather of family therapy. *J Am Acad Psychoanal* 1998;26(2):223-32.
- Sluzki CE. In search of the lost family: a footnote to Minuchin's essay. *J Marital Fam Ther* 1998;24(4):415-7.
- Snyder M. Becoming: a method for expanding systemic thinking and deepening empathic accuracy. *Fam Process* 1995;34(2):241-53.
- Solomon P, Draine J. Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65(3):419-27.
- Sorín M. Psicoterapia para el médico de familia. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 1989.
- Stalker CA, Fry R. A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. *Can J Psychiatry* 1999;44(2):168-74.
- Stein HH. The dream is the guardian of sleep. *Psychoanal Q* 1995;64(3):533-50.
- Stein R. The role of affects in the process of change in psychotherapy. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1995;32(3):174-83.
- Suárez J. Comunicación intrafamiliar. Actualidad en Psiquiatría. La Habana:MINSAP, 1978. (Publicación TCTR).
- Suddaby K, Landau J. Positive and negative timelines: a technique for restorying. *Fam Process* 1998;37(3):287-98.
- Sullivan HS. La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires:Ed. Psique, 1959.
- Talbot NL, Houghtalen RP, Duberstein PR, Cox C, Giles DE, Wynne LC. Effects of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse. *Psychiatr Serv* 1999;50(5):686-92.
- Tillman JG. Psychodynamic psychotherapy, religious, and self-disclosure. *Am J Psychother* 1998;52(3):273-86.
- Tomm K. A question of perspective. *J Marital Fam Ther* 1998;24(4):409-13.
- Turner LW, Wang MQ, Westerfield RC. Preventing relapse in weight control: a discussion of cognitive and behavioral strategies. *Psychol Rep* 1995;77(2):651-6.
- Vanin JR, Vanin SK. Blocking the cycle of panic disorder. Ways to gain control of the fear of fear. *Postgrad Med* 1999;105(5):141-6.
- Waldstein SR, Neumann SA; Burns HO, Maier KJ. Role-played interpersonal interaction: ecological validity and cardiovascular reactivity. *Ann Behav Med* 1998;20(4):302-9.
- Wales P. Solution-focused brief therapy in primary care. *Nurs Times* 1998;94(15):48-9.
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, 1971.
- Werner-Wilson RJ, Zimmerman TS, Price SJ. Are goals and topics influenced by gender and modality in the initial and family therapy session? *J Marital Fam Ther* 1999;25(2):253-62.
- Widlocher D. Quality control, condensed analysis and ethics. *Int J Psychoanal* 1998;79(Pt 1):1-11.
- Yancey AK. Building positive self-image in adolescents in foster care: the use of role models in an interactive group approach. *Adolescence* 1998;33(130):253-67.