

CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA

Alberto Clavijo Portieles



Editorial Ciencias M6dicas

CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA



Dr. Alberto Clavijo Portieles

Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Psiquiatría, Especialista de II Grado en Administración de Salud, Profesor Titular y miembro del Grupo Nacional de Psiquiatría. Vicepresidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y miembro del Panel de Expertos en Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud.



La Habana, 2011

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Clavijo Portieles, Alberto.

Crisis, familia y psicoterapia. -La Habana:
Ecimed, 2011.
343 p.: il.

WM 401

Intervención en la Crisis (Psiquiatría), Estrés Psicológico, Familia, Salud de la Familia,
Psicoterapia, Terapia Familiar

Edición: Lic. Haydee Alfonso Dreke
Diseño: Tec. Yisleidy Real Llufrío
Composición: Xiomara Segura Suárez

Primera edición: 2002

© Alberto Clavijo Portieles, 2011
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2011

ISBN 978-959-212-647-3

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23 entre N y O. El Vedado, Edificio Soto
Ciudad de La Habana, 10400, Cuba
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Teléfonos: 838 3375 y 832 5338

A la memoria del profesor José Bustamante O'Leary

PREFACIO A LA PRIMERA EDICIÓN

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 conciban 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 invito a reflexionar sobre ellas a lo largo de estas páginas.

El Autor

PREFACIO A LA SEGUNDA EDICIÓN

Han transcurrido varios años desde la primera edición y, en ese tiempo, han ocurrido cosas importantes: el libro, ya agotado en librerías, obtuvo en el 2003 el Premio Anual de la Salud y el Premio Nacional de la Academia de Ciencias de Cuba. La técnica de Psicoterapia Concreta de Actitudes, desarrollada en esta obra, fue defendida satisfactoriamente como mi tesis de Doctorado en Ciencias Médicas y, posteriormente, galardonada como Premio Relevante Nacional en el XV Fórum de Ciencia y Técnica de la República de Cuba, en enero de 2007.

Varios diplomados nacionales, cursos internacionales dentro y fuera del país, y cursos y talleres en 11 provincias fueron impartidos tras su publicación, de modo que gran cantidad de profesionales fueron capacitados con apoyo en el libro que, por demás, es reclamado por estudiantes, residentes y maestrantes de las diversas profesiones de la salud mental y la medicina familiar como texto de estudio o libro de consulta, a los fines de profundizar en el estudio de la crisis y de la familia, y para el aprendizaje de la psicoterapia. Tanto la Junta de Gobierno de la Sociedad Cubana de Psiquiatría como el Grupo Nacional de la especialidad, lo han avalado y recomendado el empleo de esta tecnología en nuestros servicios de Salud Mental.

La experiencia acumulada, enriquecida en el debate académico y con la práctica psicoterapéutica de muchos, ha incorporado aportes a la teoría y a la técnica que se hizo necesario incluir en el texto, para enriquecerlo y actualizarlo, a la luz del desarrollo impetuoso de las ciencias sociales y las neurociencias. En particular, el capítulo dedicado a la psicoterapia familiar ha sido ampliado, desarrollando las modalidades breve y prolongada de la Psicoterapia Concreta Familiar de Actitudes.

Si el esfuerzo realizado resulta útil a los estudiantes y profesionales de la atención primaria y la salud mental, consideraré satisfechos mis propósitos.

El Autor

Contenido

SECCIÓN PRIMERA: CRISIS

Capítulo 1. Crisis, necesidad y estrés/ 3

- 1.1 Las necesidades humanas/ 3
- 1.2 Las necesidades y el estrés/ 10
- 1.3 Los afectos de emergencia/ 13
- 1.4 Necesidad y actitud/ 15
- 1.5 Amenaza, angustia y sistema límbico/ 18
- 1.6 Mecanismos de enfrentamiento al estrés/ 24
- 1.7 Amenaza, afrontamiento y relación interpersonal/ 41
- 1.8 La crisis y el estrés/ 43
- 1.9 Madurez y salud mental/ 44
- 1.10 Psiconeuroendocrinoinmunología, personalidad y respuesta al estrés/ 46

Capítulo 2. Crisis y enfermedad: trastornos psiquiátricos por claudicación ante el estrés/ 51

- 2.1 Niveles de estrés y claudicación morbosa/ 51
- 2.2 Clasificación de los trastornos por claudicación ante el estrés/ 54

Capítulo 3. Crisis y psicoterapia/ 67

- 3.1 Intervención en crisis/ 67
- 3.2 Estrés y psicoterapia/ 71
- 3.3 Intervención y familia/ 72

SECCIÓN SEGUNDA: FAMILIA

Capítulo 4. Lo sistémico y lo reproductivo en el concepto de familia/ 75

- 4.1 Familia y sociedad/ 75
- 4.2 Funciones de la familia/ 80
- 4.3 Ciclo de desarrollo de la familia/ 82
- 4.4. La familia trigeracional/ 84

- 4.5 La familia y los sistemas integradores de la personalidad/ 85
- 4.6 Actitudes familiares y rasgos del carácter/ 88
- 4.7 Los organizadores del funcionamiento familiar/ 89

Capítulo 5. Crisis y salud familiar/ 94

- 5.1 Las crisis familiares/ 94
- 5.2 Crisis relacionadas con el ciclo vital de la familia/ 94
- 5.3 Crisis propias de la familia no relacionadas con el ciclo vital/ 95
- 5.4 Crisis por problemas externos a la familia pero que repercuten sobre ella (crisis de situación)/ 96
- 5.5 Agresión y respuesta en el seno familiar/ 96
- 5.6 Salud familiar/ 98
- 5.7 Factores causantes de problemas de salud familiar/ 99
- 5.8 Fuentes de tensión familiar/ 101

Capítulo 6. Funcionalidad y trastorno familiar/ 103

- 6.1 Efectividad funcional de la familia: funcionalidad y disfuncionalidad/ 103
- 6.2 Requisitos para la funcionalidad familiar/ 103
- 6.3 Disfuncionalidad familiar y enfermedad/ 104
- 6.4 Funcionalidad de los roles parentales y tendencias al desarrollo en la personalidad/ 104
- 6.5 Desajustes en las funciones familiares/ 112

Capítulo 7. Salud mental familiar/ 115

- 7.1 Salud mental familiar. Sus elementos/ 115
- 7.2 Estructura familiar/ 115
- 7.3 Organización familiar/ 116
- 7.4 Psicodinamia familiar/ 117
- 7.5 Categorías de la psicodinamia familiar/ 118
- 7.6 Otras categorías asociadas/ 132
- 7.7 Integridad ecológica de la familia/ 134
- 7.8 Integridad semántico-comunicacional de la familia/ 135
- 7.9 Defectos en la estructura, funciones, integración ecológica, semántica y dinámica/ 136

SECCIÓN TERCERA: PSICOTERAPIA

Capítulo 8. Psicoterapia. Generalidades/ 141

- 8.1 Concepto/ 141
- 8.2 Mecanismos de la psicoterapia/ 147
- 8.3 Clasificación/ 150
- 8.4 Recursos, estrategias y métodos en psicoterapia/ 151
- 8.5 Recursos técnicos disponibles en psicoterapia/ 152
- 8.6 Comunicación y psicoterapia/ 183

Capítulo 9. La escuela cubana de psicoterapia / 188

- 9.1 Introducción/ 188
- 9.2 Psicoterapia concreta de actitudes. Modalidades/ 191
- 9.3 La psicoterapia concreta de actitudes como investigación/ 194

Capítulo 10. Psicoterapia concreta profunda de actitudes / 198

- 10.1 Concepto/ 198
- 10.2 Consideración de los fenómenos psíquicos inconscientes en la psicoterapia concreta profunda de actitudes/ 199
- 10.3 Otras consideraciones generales de interés/ 201
- 10.4 Técnica de la psicoterapia concreta profunda de actitudes/ 204

Capítulo 11. Psicoterapia concreta breve de actitudes / 232

- 11.1 Introducción/ 232
- 11.2 Objetivos posibles con la psicoterapia concreta breve de actitudes/ 233
- 11.3 Técnica de la psicoterapia concreta breve de actitudes/ 233

Capítulo 12. Psicoterapia concreta grupal de actitudes / 246

- 12.1 Concepto/ 246
- 12.2 Indicaciones/ 246
- 12.3 Objetivos posibles para el paciente en la psicoterapia concreta grupal de actitudes/ 247
- 12.4 Organización del grupo/ 247
- 12.5 Mecanismos específicos grupales/ 249
- 12.6 Técnica de la psicoterapia concreta grupal de actitudes/ 261
- 12.7 La psicoterapia concreta grupal de actitudes desde el ángulo individual de los pacientes/ 285
- 12.8 Funciones y características que debe reunir el terapeuta grupal/ 293
- 12.9 Lo que no se debe hacer en psicoterapia grupal/ 295

Capítulo 13. Psicoterapia familiar / 297

- 13.1 Introducción/ 297
- 13.2 Concepto/ 298
- 13.3 Clasificación/ 299
- 13.4 Figuras paradigmáticas y modelos en terapia familiar/ 300
- 13.5 Hacia una psicoterapia familiar integral/ 304
- 13.6 Psicoterapia concreta familiar de actitudes/ 305
- 13.7 Técnica de la psicoterapia concreta familiar de actitudes/ 307
- 13.8 Psicoterapia concreta familiar de actitudes, breve/ 311
- 13.9 Psicoterapia concreta familiar de actitudes, profunda o prolongada/ 331
- 13.10 Comentarios finales/ 341

Bibliografía/ 343



SECCIÓN PRIMERA: **CRISIS**

CRISIS, NECESIDAD Y ESTRÉS

CRISIS Y ENFERMEDAD: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
POR CLAUDICACIÓN ANTE EL ESTRÉS

CRISIS Y PSICOTERAPIA

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, como 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 solo 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 casi una 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. 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, descansar y... estar vivo?

Los sentimientos humanos, los principios éticos ¿no son también "organizadores" de la conducta individual? La psicología viene investigando sobre eso hace mucho tiempo. Las investigaciones llevaron a profundizar en conceptos 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. Esto nos permitirá acceder a una visión no convencional de la dinámica del comportamiento individual y familiar, 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 impulsa 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 un ideal 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 rígidamente 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 impele a obtener algo o la reacción a un estímulo que nos compulsa a la acción. Puede ser el resultado de una agresión que requiere una respuesta condigna; un desequilibrio biológico o un desorden 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, momento y modo determinados, y con personas también determinadas. Por demás, en el mundo civilizado hasta la más biológica de las necesidades, como 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 a su caracterización. Ella estimula y motiva el comportamiento, contribuyendo a imprimirle direccionalidad y sentido.

Símonov (1990), 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), 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 psicología 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 debatir aquí sobre ello. 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 que llamaremos, con *Fromm* y *Macías (1978)*, "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 personal, aunque no negamos, por obvias, aquellas biológicas que compartimos con nuestros antepasados del reino animal; o las materiales o económicas propiamente dichas.

Aunque en la organización de la personalidad y de la conducta de todo ser humano existe siempre una determinada jerarquía de motivos, dar valor a unas necesidades sobre otras en un momento específico depende de muchas cosas: las circunstancias, el balance de intereses, la presión del grupo, el medio sociocultural; las actitudes individuales, el tipo de 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, motivaciones y afectos, cobran especial vigencia aquellas que nos distinguen del resto del mundo animal, que son consustanciales a la esencia humana.

La persona, en salud y enfermedad, responde a necesidades y demandas cuya jerarquía para el sujeto, como veíamos, varía en dependencia de las condiciones concretas. Necesidades de alta jerarquía y nivel motivacional en situación de insatisfacción o de amenaza significativa -consciente o inconsciente- a su probabilidad de satisfacción, desencadenan altos tenores de estrés, capaces de provocar la aparición de crisis. Y es en las crisis cuando se crean las condiciones para que surjan los cambios. Tenores de estrés asociados a ellas, por encima de las posibilidades del sistema nervioso de tolerar la sobrecarga funcional a la que se le somete,

pueden traer consigo la claudicación por distrés y, tras esta, diversos trastornos emocionales, incluidos los trastornos neuróticos a los que se tenga predisposición. Veamos un grupo de las necesidades específicamente humanas, cuya insatisfacción pone en tensión los recursos del sistema nervioso y de la personalidad.

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 y en necesidades de actividad creativa; las necesidades 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 del papel de los conflictos por deseos prohibidos que pueden quebrantar violentamente vínculos y relaciones vitales para el sujeto, aunque no habría 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 allegados, 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 a lo suyo? ¿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 altamente 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 es indiferente que les alteren el nombre o les escriban mal sus apellidos. En la intimidad, las parejas se identifican por mimos muy suyos, que

no gustan de divulgar. Suelen molestarnos los apodos y nos estigmatizan los "alias". Por otra parte, todos queremos ocupar nuestro espacio en la 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. Esto surge en el medio familiar en el proceso de diferenciación del sujeto con el entorno y se afina como parte esencial de la imagen de sí mismo, desembocando posteriormente en el desarrollo de la autoestima. De esta necesidad de identidad e individualidad se derivan las de autonomía, independencia, libertad, autoridad, propiedad personal, poder, adecuada valoración de sí mismo -entre otras- y son muy caras a la persona por ser consustanciales al surgimiento mismo de la personalidad, a nuestra propia condición de seres necesarios e 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, las situaciones de anomia u orfandad moral? Crisis como las de la independización de muchos adolescentes, 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 tiene y siente necesidades para los otros, las cuales son reflejo de su existencia y su esencia 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 la indiferencia, 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 pasamos 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 el humano calidad nueva tras el advenimiento de la palabra, la escritura, las artes 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 Sistema Nervioso Central (SNC), hasta la sofisticada información científico-técnica que nos permite transformar el mundo, crear sustancias e, incluso, necesidades nuevas, en una espiral infinita proclive al perfeccionamiento y al desarrollo, que no se sabe hasta dónde llegará en los próximos milenios, si antes no destruimos nuestra especie. 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 ("organizadores") éticos 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 a manera de guía en la vida que nos lleve 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 en las de conservación y desarrollo, el hombre necesita conocer, sentir y actuar, ejercitar y desarrollar habilidades, transformar a su conveniencia e intereses el mundo en que vivimos. Esto no se logra solo con pensar y sentir: hay que actuar y retroalimentar la conducta, ajustándola progresivamente a las posibilidades de satisfacer los elevados requerimientos que demanda Anojin, 1975). 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. Hom- bres hay -y no pocos- que arriesgan desinteresadamente sus vidas por ayudar a otros semejantes en desgracia. La satisfacción de esa necesidad para los otros hace hermosas profesiones como la del médico, la enfermera, la monjita o el misio- nero, las que no constituyen simples medios de vida.

Por otra parte, la persona experimenta la exigencia interna de seguir las pautas de conducta que le trazan una sociedad y una ideología determinadas; esta necesi- dad tiende a "normalizar" 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. En todas las sociedades y culturas, en todas las épocas, ha surgido espontáneamente la religión como una necesidad de los pueblos. Alguien dijo alguna vez que si Dios no existiera, el hom- bre lo crearía. Y la religión, en los grupos étnicos primigenios surgidos a lo largo de la historia de la Humanidad, vino a llenar el espacio de una necesidad cultural de respeto a una autoridad superior justiciera, de explicación ante lo trascendente desconocido, de protección simbólica ante una naturaleza y un mundo impondera- bles, de una guía para orientarse en una convivencia que solo es sustentable ate- niéndose como grupo a normas éticas y a reglas de conducta acogidas en común.

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 confu- sión acerca de los valores sustentados; a la marginación, al desarraigo, la ambigüe- dad, la temeridad, el disgusto, la desmotivación y la alienación personal acerca del sentido y significado social de la existencia. Los psiquiatras y psicólogos 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 aque- llas 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, desarrollo e infinitud del universo. Creencias aparte sobre el origen y el fin de la realidad conocida, en ciencia hablamos de millones y millones de años-luz y, aun aquellos que no aceptan 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 que abramos aquí el debate acerca de si son las leyes del movimiento de la materia organizada al nivel social o si se trata de la voluntad de Dios- y que le llevan a vivenciar con fuerza la necesidad de trascender, de continuar un objetivo que de alguna forma le fue encomendado, de cumplir un compromiso con sus antecesores, de aportar su contribución y dejar su simiente en lo material y lo espiritual, pues ambas dimensiones, imprescindibles, caracterizan al ser humano.

Nadie discute que amamos a nuestros hijos y queremos continuarnos en ellos. Que por grandes defectos que tengamos, necesitamos justificarnos y 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. Requerimos de satisfacción personal, de autoestima y 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 defensa 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, de haber pagado de algún modo la deuda con los que nos antecedieron. 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. Incluyo un grupo de las más importantes que han sido señaladas, teniendo bien claro, insisto, 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 propugno.

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, endocrinometabólico 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 más 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 adaptativo y transformador (*Aguilera, 1993; Álvarez, 1998*); la inespecificidad, sin perder lo general ha dejado espacio a especificidades cuantitativas y cualitativas en la respuesta, en consonancia con la índole del estresor, del individuo y las circunstancias. El aspecto inmunológico, esbozado apenas en las etapas iniciales, ha pasado a desempeñar un papel de primer orden. Hoy se conoce que las citocinas y otros mediadores humores de la inflamación son importantes activadores de la respuesta inmune, dividiéndose los estresores en tres grandes categorías: físicos, psicológicos e inflamatorios. Se ha descrito la "conducta propia de las enfermedades", dada por un conjunto de manifestaciones psíquicas y conductuales típicas del "estar enfermo", las cuales forman parte constitutiva de esta condición y no son un simple componente secundario, como se pensaba, sino una característica omnipresente en toda enfermedad vinculada al estrés. Sobre esta base se ha llegado a plantear que esta conducta es la expresión psíquica de un episodio reversible de inflamación cerebral.

Hay quienes identifican erróneamente el concepto de estrés a las circunstancias estresantes, al agente agresor, y nos hablan de tipos de estrés, en contraste con el enfoque inicial de asimilarlo a una reacción general defensiva del organismo. Hoy se entiende como un fenómeno complejo que implica al agente estresor y a la respuesta integral del sujeto ante él en busca de adaptación, visto en un contexto que abarca al individuo y su respuesta, al estresor y a las circunstancias. No voy a entrar en tales discusiones, que poseen profusa bibliografía. Me limitaré a considerar como estrés a los cambios que se producen en la persona, en el estresor y en el contexto -biológicos, psicológicos, socioconductuales- resultantes de tomar información el sistema nervioso y, por su conducto, el endocrino y el inmunológico, de la existencia de una necesidad, una demanda o una agresión de cualquier índole, de importancia suficiente como para poner en guardia al sujeto (y a todos sus sistemas de alerta), quien requiere de la adopción de modificaciones o ajustes en su comportamiento -interno y externo- para satisfacerlas o neutralizarlas. Registrada esta información, inconsciente o conscientemente, el organismo y la personalidad

tenderán a interactuar con ella para manejarla de acuerdo con sus posibilidades, recursos, circunstancias, actitudes y experiencias previas.

En una monografía excelentemente documentada, *Sergio Arce (2007)* considera al estrés como "una constelación de eventos" que comprende:

1. Un estímulo o estresor.
2. Una reacción en el cerebro (percepción del estrés), determinada por el estímulo.
3. Una respuesta al estrés con activación fisiológica de los "sistemas de estrés del organismo", con la clásica acción de "pelear o volar" ante el peligro eventual.
4. Este comportamiento inducido por la respuesta al estrés es el resultado de la secreción de neurotransmisores (adrenalina/noradrenalina) y hormonas (cortisol) que sirven como mensajeros del cerebro al cuerpo.

Y continúa más adelante:

... los estresores poseen una significación individual, diferente para cada cual, en dependencia de la personalidad... La base material, orgánica, de la respuesta al estrés la constituyen conjuntos de órganos, tejidos y células y sus correspondientes secreciones moleculares integradas. De los conjuntos mencionados pueden destacarse cuatro:

1. El sistema nervioso simpático.
2. El eje hipotálamo-pituitaria-adrenal.
3. El eje hipotálamo-pituitaria-gonadal.
4. El sistema inmune.

... Los estresores físicos y psicológicos (emocionales) fueron inicialmente considerados como los más importantes inductores de la respuesta al estrés. Hoy se sabe que las citocinas y otros mediadores humorales de la inflamación son también potentes activadores de esta respuesta.

Existen dos tipos de estrés: el agudo y el crónico. El primero dura minutos u horas, con una rápida recuperación, tanto en sus aspectos biológicos como psíquicos, preparando al sujeto para una rápida respuesta de defensa y/o adaptación; el segundo, suele durar varias horas por día durante semanas y meses, y sus respuestas, tanto en lo físico como en lo psicológico, se prolongan en el tiempo a pesar de que haya dejado de actuar directamente el agente estresor, de acuerdo con las características del estímulo y las peculiaridades del individuo. El primero es inmunoestimulante; el segundo, inmunosupresor.

La acción mantenida del estresor o su reiteración sistemática puede llegar a ser dañina para el sujeto, en dependencia de muy diversos factores (genéticos, medioambientales, personológicos, etc.).

No obstante, entre el estrés agudo y el crónico existe una "zona elástica" o de resiliencia, que *Arce* define como "capacidad de los sistemas fisiológicos de posibilitar la supervivencia, por largos períodos de tiempo, bajo condiciones de reto en incremento". La relación armónica entre ambos aspectos resulta conveniente para resistir con éxito el estrés prolongado, de acuerdo con las realidades de un mundo saturado de conflictos que forman parte sustancial de la vida moderna. Las cualidades personales de resiliencia, vinculadas a un organismo y personalidad fuertes y

adaptables ("flexibles"), con actitudes positivas, dispuestas siempre a afrontar con optimismo, madurez y asertividad cualquier desafío, son fundamentales en este proceso.

La respuesta de estrés es única y, a la vez, diversa, como diversos son los planos y componentes que la integran. Puede hablarse, entonces, a grandes rasgos y de manera esquemática, de modalidad de estrés predominantemente biológico y de modalidad de estrés predominantemente psicosocial, si lo analizamos bajo el prisma de la cualidad de los estresores y del contexto, considerando la vertiente que resulte más sobresaliente en el procesamiento y la peculiaridad de la respuesta. Entiéndase bien: No se da una relación lineal en la que, por ejemplo, un estresor biológico genera una respuesta biológica y un estresor social, una respuesta social. Una agresión biológica puede tener una respuesta fundamentalmente psicológica, y viceversa (ej.: el conocer que se ha contraído el sida puede desencadenar en la persona una respuesta afectiva catastrófica, como el suicidio; un disgusto familiar, provocar una crisis hipertensiva o desencadenar un ataque cardíaco). Hablamos -convencionalmente- entonces, de estrés biológico cuando la demanda al sujeto, de cualquier tipo, incide fundamentalmente y de manera ostensible sobre los aspectos biológicos de la respuesta, siendo los psicológicos en ese caso de menor o escasa significación, como ocurre en la respuesta a un cuadro séptico en un adulto bien nutrido y psíquicamente equilibrado. Por el contrario, nos referimos en la práctica a estrés psicosocial, cuando las noxas son fundamentalmente de índole psicológica y/o social y en la respuesta la participación del componente subjetivo y personal resulta determinante, aunque las alteraciones orgánicas se muestren significativas. Repito que esta división es arbitraria, por cuanto, en alguna proporción siempre los dos aspectos van a estar presentes y las formas mixtas van a ser, prácticamente, la regla, pues en todo caso, si profundizamos en su estudio, encontraremos ambas manifestaciones.

También se ha procedido por algunos, como citábamos, a clasificar el estrés de acuerdo exclusivamente con la índole del estresor. Así se habla de estrés laboral, estrés académico, estrés ambiental, etc. Ello es válido para la comunicación, pero corremos riesgos de, al fraccionarle de ese modo y ver solo el componente agresor, perder la esencia integradora del concepto, desarrollado y enriquecido por el enfoque psiconeuroendocrinoinmunológico que día a día lo va completando y haciendo más integral.

Por ser el nuestro un libro de psicología y psiquiatría, nos detendremos particularmente en la dimensión psicosocial del estrés que, aunque no me canso de insistir en que siempre integra el imprescindible componente biológico -como se desprende de los párrafos anteriores- presenta sus características peculiares en tanto dimensión, considerando en ello al carácter de los estresores, a su procesamiento intrapsíquico, al tipo de respuesta al estrés, a los factores que concurren, y a la manera en que actúan y se manifiestan en el aparato psicológico y en las formas de relación, así en salud como en los procesos de enfermedad física y mental. La forma subjetiva de percibir y reaccionar el ser humano ante la necesidad y la amenaza, constituye un aspecto de particular interés en el abordaje del tema (*Solomon y Draine, 1995*).

No es imprescindible que aparezca una carencia o una agresión para que surja, con la privación o el peligro, el estrés. El medio ambiente natural o sociocultural puede estimular o "motivar" con fuerza una necesidad y, de hecho, activar la reacción de estrés que presupone lidiar con ella hasta satisfacerla u olvidarla. Son las necesidades sociales, específicas del ser humano.

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 vitales o motivacionales 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 y defensa ante el incremento de los niveles de estrés que, en marea montante, crecen en la medida en que se aproxima 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, en el contexto de la medicina privada, no logra conseguir los recursos financieros para operarlo).

Hemos descrito algunos mecanismos precisados por *Símonov* y *Khannanashvili* 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, memorizadas, y las circunstancias presentes- aparecen los afectos o emociones de emergencia. Ellos constituyen la expresión vivencial de la posibilidad de que sea o no satisfecha la demanda en cuestión por parte del sujeto. Estos afectos reflejan cualitativamente, de manera subjetiva, 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, agresiones 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 acápite anterior, la amenaza real o simbólica a la satisfacción de la necesidad es vivenciada como ansiedad y moviliza mecanismos de afrontamiento asertivo, de evitación o defensa, de acuerdo al 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 reactivos hacia los demás, los cuales inducen 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 demanda involucrada.

Sentimientos de aprecio, simpatía, amistad, amor y solidaridad se asocian con 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 conductas 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 su relación con 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 vinculados. No obstante, la circunstancia de que los mecanismos de predicción de la probabilidad operan a un nivel fundamentalmente inconsciente, confiere un importante papel a los componentes del sistema nervioso y al equilibrio de la persona-

lidad, existiendo una relación 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 atribuirse por la psicología a la emoción una función reguladora de la respuesta humana a sus necesidades en cuanto indicador universal del carácter favorable o desfavorable de los estímulos que le competen, e inductora de actitudes en consecuencia con ello, estamos en condiciones de interpretar que el refuerzo inmediato a una respuesta conductual adecuada no es la satisfacción de una necesidad *per se*, 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 función del significado específico implicado en el estímulo.

1.4 Necesidad y actitud

Allport (1971) 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 (1981)*, define la actitud de esta manera:

... 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 *Uznadze (1966)*, 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 (1972)*, quien señala:

Nosotros pensamos que si el *set* resulta ser una cierta organización de 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 Uznadze. (Subrayado del autor)

Esta original controversia entre los dos principales estudiosos de la problemática del inconsciente desde el punto de vista del materialismo dialéctico, pone sobre el tapete el problema de la relación conciencia-actividad psíquica inconsciente y el papel que juegan en ello el set y 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 el sistema de necesidades del sujeto y el sistema de actitudes o set actitudinal (*uztanovka*) que caracteriza su modo de ser y reaccionar.

La actitud, aprendida históricamente, es anterior al estímulo actual y solo la experiencia emocional correctiva puede modificarla, como veremos posteriormente. Ella predispone a una respuesta en lo emocional, lo perceptivo y 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 intuye, 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 logran activar dicho estado funcional. Es precisamente la necesidad o sistema de necesidades que está detrás del objeto lo que consigue 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, las que pueden desencadenar en el individuo una situa-

ción de estrés, conforme 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 implicado, 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.

Uznadze 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 manejo 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 algunas 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 psicobiológico portador de su código de comunicación social, orientador del camino hacia las metas.

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: la conciencia y la conducta 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 emocional, el procesamiento de la información, la predicción de las probabilidades en juego y el funcionamiento y la utilización de la memoria para la toma de decisión. Recomendamos las obras especializadas que acerca de esta temática nos han legado autores como *Bassin* (1972), *Khannanashvili* (1991) y *Símonov* (1990), 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 totalmente consciente en determinadas circunstancias, por su interacción global con las estructuras corticales. No debemos entender estos procesos de la actitud, la emoción y la motivación, 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 esencialmente reflejo -aunque reflejo activo- de los fenómenos psíquicos con relación al medio socio-ambiental 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, desde el punto de vista neuropsíquico, 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 (*Khannanashvili, 1981 y 1991*).

La claudicación neurótica del SNC, por ejemplo, implica la desincronización del SNC al romperse la armonía en las coordinaciones funcionales entre diversas estructuras límbicas, tales como la relación integrada en la actividad del hipotálamo, la amígdala, el hipocampo y la neocorteza frontal, entre otras. Pero ello no solo tiene repercusión biológica. En lo psicológico, la debacle de síntomas por claudicación de la base neurofisiológica de la actividad psíquica, se acompaña del intento defensivo de reorganización del psiquismo por las estructuras funcionales de la personalidad, dando lugar todo ello, en lo psicopatológico, a seis tipos de síntomas que describo en el próximo capítulo.

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 y las motivaciones y actitudes que esta última genera. Estos mecanismos de valoración emocional que tienen lugar básicamente en las formaciones límbicas, son esenciales a la motivación del comportamiento presente y operan en forma predominantemente inconsciente (*Símonov, 1990*).

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 (*Clavijo, 2002 a*). Como tal,

es una actividad material que actúa tanto a nivel pre-psicológico 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 solo en la relación de la corteza con el cerebro interno- los basamentos biológicos de la conducta y la actividad psíquica.

La actividad inconsciente es un sistema neuropsíquico organizado en el cerebro para el procesamiento y manejo automatizado de la información que concierne a las necesidades y a la integridad y adecuado funcionamiento de la personalidad, que tiene distintos niveles de organización, los que van desde una plataforma de mecanismos cibernéticos de retroalimentación -con base bioeléctrica a través de la acción de mediadores químicos e interconexiones celulares- para el ajuste de parámetros puramente neurales y de control vital, hasta la percepción subliminal, la asociación de ideas y la accesibilidad a respuestas psíquicas memorizadas, concienciables, a disposición de la personalidad de acuerdo a sus necesidades de adaptación. Es actividad nerviosa automatizada, estructurada como respuesta a la experiencia social que la conforma y direcciona, en consecuencia con las necesidades y las características tipológicas de la persona, en el proceso de su desarrollo histórico y su adaptación. Entiendo la relación entre la conciencia y la actividad psíquica inconsciente como un par dialéctico, expresión de un complejo sistema gnoseológico donde lo biológico y lo social se integran para hacer posible la experiencia consciente y la actividad humana transformadora de sí misma, a través de la práctica social.

Cuando se publique esta edición, cualquier afirmación sobre la biología del SNC o sobre 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, citocinas y otros mediadores de la información nerviosa, 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, los mecanismos de la memoria y los recursos defensivos y adaptativos del organismo. Esto resulta de gran ayuda cuando hacemos un manejo racional de la emoción en psicoterapia. Entonces, a tono con lo que analizábamos en anteriores acápites, 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 demanda o necesidad significativa por satisfacer, sea interna o externa, 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 esa necesidad, el sujeto predice el peligro en que se encuentra de no poder satisfacerla, surge la ansiedad y, con ella, pone en juego los recursos y mecanismos biológicos, psicológicos y sociales con que cuenta para hacer frente a tal peligro, tratando de salvar los escollos, creciéndose ante la dificultad o, simplemente, evadiendo. Son los mecanismos de enfrentamiento (fig. 1.1).

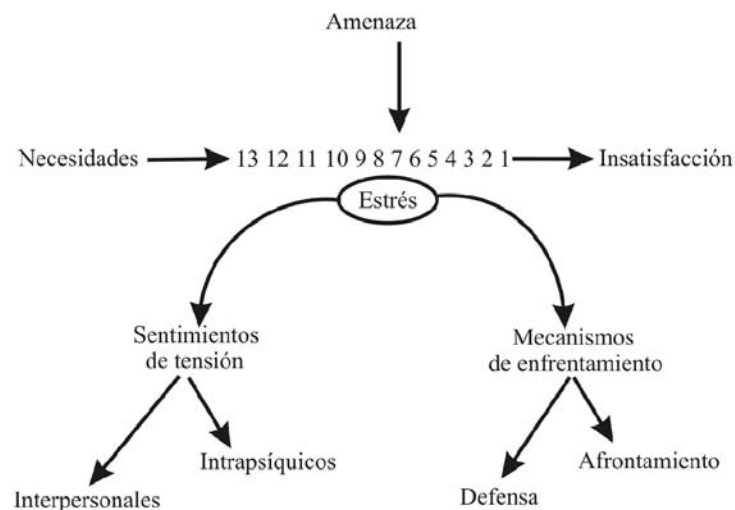


Fig. 1.1. Esquema de vinculación amenaza-necesidad.

Dichos mecanismos, conscientes e inconscientes, dependen de factores como la personalidad, experiencia anterior, actitudes, valoración de las circunstancias, motivaciones, 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 con el carácter de las necesidades involucradas.

Violencia, sexo, culpabilidad, poder, inseguridad, necesidad de aprobación, inferioridad, frustración, soledad, 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 individual, lo que no le niega el ser reflejo indirecto, a su modo, del drama universal, el cual caracteriza el contexto y contribuye a conferir direccionalidad y sentido al devenir personal.

La amenaza, pues, no es absoluta. Es relativa, históricamente determinada, específica. Por no ser nuestro objeto aquí el desarrollo *in extenso* de los factores que pudiéramos llamar "psicodinámicos", me abstendré por ahora 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, según el tipo de necesidades involucradas (cuadro 1.1).

Cuadro 1.1. Dinámica amenaza-necesidad. Tipos de amenaza

Amenazas a las necesidades de subsistencia y desarrollo como especie biológica

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

Amenazas a las necesidades de relación-vinculación

- Aislamiento
- Soledad
- Incomunicación
- Peligro de ruptura de una relación significativa
- 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
- Falta de afecto

Amenazas a las necesidades de identidad, individualidad e independencia

- Olvido
- Dominio
- Dependencia
- Desconocimiento
- Anomia
- Extorsión emocional
- Represión
- Rigidez
- Robo

- Chantaje
- Desafío a la autoridad
- Pérdida de poder
- Abuso
- Pérdida del control de la relación
- Amenazas a la necesidad de un marco de referencia, orientación y devoción*
- Desengaño
- Hastío
- Desesperanza
- Escepticismo
- Cobardía
- Alienación
- Transculturación
- Traición
- Sospecha, duda
- Extravío moral
- Confusión
- Frustración
- Ambigüedad
- Temeridad
- Disgusto
- Pérdida del sentido de la vida
- Falta de información sobre situación significativa
- Amenazas a las necesidades de respeto, prestigio y trascendencia*
- Culpa
- Ofensa
- Fracaso
- Desprestigio
- Burla
- Desconocimiento
- Olvido
- Plagio
- Anonimato
- Vergüenza
- Subvaloración
- Inferioridad
- Mediocridad
- Estancamiento
- Desaprobación
- Inactividad
- Inutilidad
- Inautenticidad

1.5.2 Amenaza y evento vital

Considero estamos en condiciones de entender, en primer lugar, el carácter sociohistórico de la amenaza para un sujeto particular, y 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, de su personalidad, de los antecedentes y de las circunstancias en que se enmarcan, tanto como del contenido objetivo en sí de lo acaecido. Todo esto 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, con omisiones o generalizaciones inadecuadas, asume a veces el carácter de amenaza a la integridad del yo o de cualquiera de las necesidades vitales del sujeto.

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 que representa y el tipo de problemas que se confronta. Estos mecanismos están dirigidos: a) a solucionar el problema, actuando sobre él; b) a modificar el modo de valorarlo, distorsionando su percepción; y c) 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 (*Lazarus y Folkman, 1984; González Leandro, 2004*).

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 suelen alcanzar su más alto grado de lucidez cuando este se encuentra en situaciones de emergencia.

Expongo a continuación un conjunto de actitudes de afrontamiento, que estimo de interés considerar (cuadro 1.2).

Cuadro 1.2. Actitudes de afrontamiento

Búsqueda de apoyo y orientación
Búsqueda de información
Actitud de alerta y anticipación
Actitud de comunicación y apertura al intercambio
Actitud de ganarse al prójimo
Actitud asertiva
Actitud empática
Optimismo
Jovialidad y uso del humor
Actitud de resignación
Actitud de negociación
Dependencia
Sumisión
Actitud agresiva
Actitud punitiva
Actitud litigante
Actitud de anular al otro
Actitud de autoengaño
Actitud de reafirmación
Actitud de culpar a otros
Actitud de autoinculpación
Actitud de evitación
Refugiarse en fantasías
Alienarse en drogas
Actitud displicente
Pesimismo
Psicorrigidez
Procrastinar (diferir resolver los problemas)
Actitud lastimera (hacerse la víctima)
Actitud pusilánime
Actitud sensitiva

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 le han ido presentando a través de los tiempos. Esto es válido, a su vez, para la experiencia histórica personal.

Los mecanismos de enfrentamiento, al decir de *Orlandini*, importante estudioso del tema en nuestro medio, quien asume el término de afrontamiento, "significan los esfuerzos intrapsíquicos y de la acción para controlar, tolerar, reducir o menospreciar las demandas internas o del medio ambiente". Bajo el término de mecanismos de enfrentamiento incluyo reacciones pautadas genéticamente como las debidas

al llamado instinto de conservación: los impulsos a la lucha o a la fuga. También, aquellas aprendidas en la cultura a través de patrones familiares, generacionales, educativos, entre otros, que se transmiten al individuo 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 la actitud con que se perciban los acontecimientos que se deben enfrentar en relación con la eventual posibilidad de satisfacer las necesidades en juego.

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 un factor fundamental en la movilización del 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 del 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, los conceptos prevalecientes en la psicología social, la influencia de los medios masivos de divulgación, las corrientes espirituales del momento, el credo religioso, el ejemplo de los contemporáneos, de los paradigmas 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 en la búsqueda de su espacio con seguridad, espontaneidad y satisfacción, estará en condiciones de asimilar retos progresivamente estresantes y eventualmente conflictivos.

En última instancia, la realización humana es siempre la respuesta a desafíos. No nos entretengamos entonces pretendiendo tranquilizar al individuo 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:

1. Búsqueda de información.
2. Acción directa.
3. Inhibición de la acción.
4. Respuestas intrapsíquicas.

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

1. *Mecanismos de afrontamiento (coping)*, procedentes de las investigaciones en psicología social, los cuales tienen fundamentalmente un carácter consciente.
2. *Mecanismos de defensa*, procedentes del psicoanálisis y que son, básicamente, inconscientes.

1.6.1 Mecanismos de afrontamiento

En nuestro medio *Alberto Orlandini (1994)* 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 males-tares 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 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 esto 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 considero un mecanismo de defensa; es usual en personas normales y se puede emplear conscientemente.

Distracción evasiva. El individuo focaliza su atención en pasatiempos u otros asuntos, evitando dedicarse a lo 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 adecuadas 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 afron-

tamiento 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 estas 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 tomada 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* (1962) 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 rememoración 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. Prefiero 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* o *mecanismos 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 (1946)*, 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 (1959)* 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 un cristal protector. 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 psicoanalíticos muchos son susceptibles de las críticas a que está sometida su escuela de procedencia, pasamos a reseñar brevemente aquellos más frecuentemente considerados, resaltando su descripción fenomenológica por encima de eventuales criterios de causalidad o de valoraciones críticas personales. El lector sabrá hacerlo.

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, robando algo que no necesita 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 al respecto. También puede ocurrir

a la inversa: se sufre el problema, pero se bloquea la percepción de sus causas, para proteger la autoestima. Experiencias emocionales e intelectuales que están relacionadas entre sí se "desconectan" con la finalidad de evitar el malestar emocional y/o la eventual afectación de la imagen del yo que implicaría la aceptación racional de tal asociación. Es el caso de padres con un hijo que tiene serios problemas de personalidad producto de conflictos conocidos, confrontados en la relación con ellos, y estos se preocupan pero 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 de acuerdo con su autoestima, a tono con sus emociones, intereses, actitudes y conflictos.

Anulación. Un acto expiatorio viene simbólicamente 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 y deseos, lo cual matiza 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 (*Clavijo, 1972; Hunter, 1987*), 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 hipocondríaca. 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.

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 el paso a la conciencia de la esencia verdadera del fenómeno tal cual es. Constituye, desde este ángulo, una modalidad de distorsión o de inatención selectiva. También se la puede considerar, según Haley (1969), 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 (Bateson, 1976). 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. Un niño maltratado puede maltratar a otro, menor, al no poder descargar su ira reprimida contra el verdadero agresor.

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 las 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 de cuando no lo es.

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 le 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 entonces 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 solo 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 parecido 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 sortear una situación intolerable a la integridad del *yo* o la frustración de una necesidad significativa. Las formas de evadir son

incontables. Si revisamos los conceptos anteriores, veremos que buena parte de ellos y de los que siguen 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 esta simple 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 (habitualmente 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 quien se somete voluntariamente a una vida de ascetismo y austeridad, sin permitirse el disfrute del placer, abrumado por sentimientos de culpa o vergüenza no resueltos, procedentes de su historia personal.

Externalización. Modalidad de proyección cercana al *acting out* y a la sublimación, en ella el sujeto vuelca hacia fuera de forma simbólica un motivo usualmente conflictivo y, al colocarlo en el espacio exterior, las acciones problemáticas que constituyen su intención inconsciente pueden quedar satisfechas, dando salida al conflicto. 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. Se diferencia del primero en que el *acting out* cursa de forma impulsiva, involuntaria y sin una imagen verbal congruente, y de la sublimación, en que en esta los deseos conflictivos son canalizados en forma transformada, a través de actividades socialmente valiosas. No debe confundirse con el recurso psicoterapéutico del mismo nombre, basado en ella, consistente en dar salida a una emoción a través de un acto simbólico voluntario, como golpear una almohada para no agredir a un familiar.

Fijación. Los psicoanalistas y los seguidores de *Pierre Janet* conceden gran importancia a este fenómeno que -a mi juicio- no cumple los parámetros de 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 experiencias gratificadoras (por ejemplo, sobreprotección) o bien porque las frustraciones y exigencias que puede traer consigo el advenimiento de una nueva etapa del desarrollo emocional, asustan al sujeto, quien se niega inconscientemente a enfrentar la maduración emocional, regresando al estadio anterior y 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 transforman 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 estable 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 presumes 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 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. Frecuente en la experiencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT).

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, para ellos, de inseguridad. Es decir, se fragmenta la realidad en sus partes componentes para lidiar con ellas por separado.

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 ensueños, constituye una forma de realización imaginaria del deseo. Como en aquellos, se manifiestan los fenómenos inconscientes de forma simbólica. Tiene mucha importancia en psicoterapia, porque se llega a través de ella con menos dificultad a las necesidades y conflictos inconscientes. La técnica de Semivigilia dirigida de *Desoille* se basa en ello.

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 de forma irracional y a niveles más primitivos del funcionamiento emocional. Ni uno ni otro constituyen "defensas".

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 toma conciencia o bien modifica 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 o distorsiona 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 vivencia del malestar que de otra forma le estaría asociado y que compulsaría a la acción. 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 parte del 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 de forma morbosa, 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 la 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 comparto- que al disolverse el Complejo de Edipo, se forma el superyo, al introyectarse la figura del padre, con sus prohibiciones, mandatos 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, 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 forma solapada, indirecta, con apariencia de buenas maneras 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 se evade responsabilidad y se mantiene a buen recaudo la autoimagen.

Pseudoconfirmación. Los sentimientos o la predisposición que se experimenta hacia otra persona hacen asumir inconscientemente conductas que provocan un comportamiento del otro en consecuencia con ello. Entonces, se toma esa respuesta como índice de que se estaba en lo cierto y que el sujeto actúa de acuerdo a lo que se pensaba, razón por la cual se reafirman las actitudes iniciales 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 las motivaciones inconscientes verdaderas; con esto la actitud asumida se justifica, aparentemente, con razones socialmente aceptables.

Realización simbólica. Como el sujeto no tolera el dar salida abierta y consciente a sus sentimientos y deseos prohibidos, 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 alguien sano, el cumplimiento de un ritual religioso alivia el espíritu e incorpora valores que necesita, de acuerdo con su cultura. A una mujer que nos gusta, le obsequiamos una flor.

Reducción al absurdo. Con vistas a justificar ante sí mismo un comportamiento problemático, los argumentos en su favor se sobredimensionan y aquellos en su contra se distorsionan inconscientemente hasta el absurdo. No es el caso de la racionalización, que busca, también inconscientemente, argumentos plausibles que

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 postulados.

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 acostumbran asumir una posición fetal en el lecho y mostrar comportamientos pueriles, muy inmaduros. Así ocurre también en algunas demencias, lo que refleja la existencia de un basamento biológico para que esto sea posible.

Represión. Deseos o experiencias inaceptables al yo son bloqueados y aparentemente olvidados pero mantienen su capacidad de influir en la conducta, sin que la persona 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 sujeto. 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 psíquicos inconscientes, el *substratum* material de este proceso está asociado a la actividad funcional de las estructuras del sistema límbico.

Resistencia. Oposición activa, automática e inconsciente a focalizar en el campo de la conciencia sentimientos, pensamientos o recuerdos reprimidos, así como a reconocer conflictos, pretendiendo con ello obviar los procesos subjetivos que romperían el equilibrio emocional interior y afectarían el *status quo*. En la psicoterapia, se considera la fuerza interior que se opone al cambio y a la curación. Descansa en condicionamientos difíciles de vencer si no se moviliza el afecto, se modifica la actitud y se refuerzan las conductas adaptativas.

Simbolización. Una idea u objeto pasa a sustituir a otros en base a una similitud o asociación debido a alguna cualidad en común. Los símbolos formados de este modo evitan las angustias asociadas al objeto o pensamiento original.

Sublimación. Un impulso inaceptable para el sujeto obtiene gratificación mediante una acción personalmente permitida o plausible. Los deseos conflictivos o los impulsos prohibidos son canalizados de manera transformada, a través de acti-

vidades socialmente valiosas. Por ejemplo, las tendencias agresivas encuentran salida mediante los deportes de acción; tendencias delicadas que pudieran resultar 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 la 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 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 (1947)* 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 posibilita 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, y suele enmascarar 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 a la catarsis.

Vuelta o multa contra sí mismo. Un sentimiento conflictivo, habitualmente de odio u hostilidad hacia seres a quienes se teme dañar -al tiempo que interiormente 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 un comportamiento simbólico autopunitivo, 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 (1994)* describieron reacciones psicológicas comunes como consecuencia de traumas psíquicos que, lejos de constituir supuestos mecanismos de defensa, como los analizados anteriormente, resultan fenómenos obviamente 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 molesto se dirige contra el autor o el causante 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 similaridad 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, la persona 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, por ejemplo, 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.

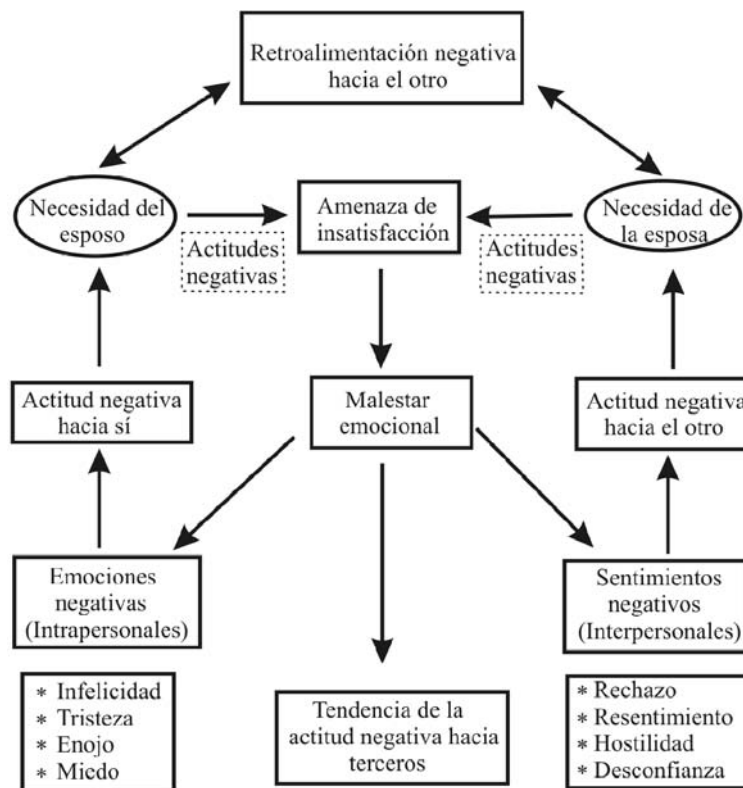


Fig. 1.2. Esquema dinámico de transacción emocional interpersonal.

De este modo se retroalimenta un círculo vicioso de sentimientos y actitudes 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 el apartado 1.5.1 y el cuadro 1.1 para precisar que los mecanismos de afrontamiento relacionados con el proceso de satisfacción de una necesidad no aparecen precisamente cuando el individuo toma conciencia clara de que dicha necesidad está insatisfecha, 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 importante, 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 actitud. Con ella, comienza a procesar y analizar inconscientemente la información que va llegando, valorando también inconscientemente -apelando a la memoria afectiva- 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. Al predecir el éxito o el fracaso, asume la conducta correspondiente.

Cuando la predicción de la probabilidad arroja riesgo de insatisfacción por insuficiencia en los recursos o por conflictos causados por 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 hicimos 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:

1. Cuando a nivel inconsciente el sujeto decide afrontar activamente o, por el contrario, 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.
2. 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 angustia, mediante los que se trata de no lidiar con el conflicto o con la insatisfacción de la necesidad, buscando gratificaciones sustitutas o, sencillamente, aliviar la ansiedad.
3. 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.

4. 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 intersatisfacción 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, la 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, pero no siempre. 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 involucrados no solo se ponen en tensión y experimentan niveles significativos de estrés, sino que, para poder superar ese estado, 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 bien se logra la adaptación y con el reajuste aparece un nuevo aprendizaje, o la adaptación es desfavorable, ocurre un desbalance y los aprendizajes resultan en ese caso contradictorios a los propios intereses y a la satisfacción de las necesidades, por lo que puede claudicar la salud.

La psiconeuroendocrinoinmunología nos explica hoy en día muchos de estos vínculos mente-cuerpo, tanto en salud como en enfermedad (Arce, 2007).

Tras el aporte de autores como *Auerswald (1968)* y *Caplan (1964)*, entre otros, la psiquiatría y la psicoterapia de la segunda mitad del siglo xx dieron 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 por parte de la medicina occidental. Hoy se la concibe no solo 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 más propicias.

Por su parte, la maduración personal requiere del desarrollo por el sujeto de la capacidad de manejarse de forma adaptativa en las crisis. Tal como la preparación de un capitán de navío requiere de capacidad y experiencia 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 sociales por la libertad. Desde la selección natural hasta las transacciones diplomáticas.

El no afrontamiento al estrés y a la crisis por parte de un sujeto no solo representa no crecer; significa estancarse y, quizás, enfermar. Pensemos en un veinteañero que no rebasó su crisis de la adolescencia. O en una sociedad como la del Medioevo que durante siglos languideció en el inmovilismo sin dar salida a las urgencias del desarrollo humano y social, 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 en ellas de manera competente.

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 esté "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 y habilidades 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 para cuando sea posible y conveniente"; 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 con serenidad, entre las diversas opciones la mejor posible, en correspondencia con los recursos y el contexto en que la persona se encuentra. Podríamos consignar una larga lista. Pienso que las definiciones aludidas son aspectos parciales de un concepto integrador 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 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 implica 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 y resiliencia 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 en forma adaptativa en situación de 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 de 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 lo más posible a este ideal es la quintaesencia de la salud mental y la más alta expresión de resiliencia. En la medida en que nos alejemos significativamente de él, podemos ser presas de la inseguridad y la angustia, del desajuste emocional, del extravío de nuestra adaptación social, del desequilibrio y 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 su irreductibilidad y el hacer sufrir a los demás por su comportamiento, provocando a menudo situaciones que podemos considerar críticas. Las personalidades anormales tienen como común denominador su inmadurez: pobre control de los impulsos; mecanismos de afrontamiento inapropiados;

defensas hipertrofiadas; anomalías del carácter, de las necesidades y de 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 correlaciones entre los rasgos y patrones de la personalidad y diversos trastornos psíquicos e, incluso, somáticos. Tal es el caso, por ejemplo, de estudios realizados en el campo de la cardiología acerca de la relación entre la llamada *personalidad tipo A* y la incidencia de las enfermedades coronarias, con diferencias significativas al respecto con la personalidad tipo B.

A partir de *Alexander y French (1940)* y *Flanders Dumbor (1954)* en los Estados Unidos de Norteamérica y de *Bikov (1942)* en la antigua Unión Soviética, así como del trabajo investigativo de fenomenólogos europeos (*Weizsäcker, 1949*), 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 específicos, madurez de la personalidad, predisposición constitucional, experiencia previa y mecanismos de afrontamiento, por citar solo algunas de las variables en discusión.

No vamos a entrar en detalles que ampliaremos al referirnos a las enfermedades psiquiátricas 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.

En el próximo epígrafe haremos referencia a algunos aportes que, acerca de esta temática, nos llegan del campo de la psiconeuroendocrinoinmunología contemporánea.

1.10 Psiconeuroendocrinoinmunología, personalidad y respuesta al estrés

1.10.1 La psiconeuroendocrinoinmunología y el estrés

Ario Conti (2000), del Instituto Cantonale de Patología, en Locarno, Suiza, autoridad internacional en la materia, señala:

El campo de la psiconeuroendocrinoinmunología, como fue definido por *Ader*, tiene sus orígenes en la Medicina Psicósomática y ha evolucionado hacia la investigación de las complejas interacciones entre la Psiquis y los Sistemas Nervioso, Inmune y Endocrino. En seres humanos, la respuesta inmune a un estresor dado no solo depende de la naturaleza, duración y severidad del estresor, sino también de su interacción con factores del huésped, tales como: factores genéticos, experiencias tempranas o anteriores, edad, funciones cognitivas, autoestima, y la vulnerabilidad psicofisiológica de cada cual. Más aún, no solo tienen importancia los estados psíquicos, sino los rasgos de la personalidad.

Esta ciencia, en plena etapa de desarrollo (*Clavijo, 1989; Fors et al., 1999*) trata acerca de los vínculos funcionales e interconexiones biológicas entre el sistema nervioso central y los sistemas endocrino e inmune, de modo que cada uno de ellos tiene la capacidad de influir y modular el comportamiento de los demás, a través de conexiones físicas y de la producción de elementos celulares y sustancias químicas que les son comunes y que pueden actuar como señales que activan o inhiben funciones específicas propias de los otros, siendo su respuesta coordinada y sincrónica ante el estrés el elemento que los intervincula, y que posibilita al organismo una adecuada preparación para la defensa y la adaptación (*Arce, 2007*).

Hoy día no puede verse en forma lineal la relación mente-cuerpo, como lo hacía la inicial concepción psicosomática, que comenzó a devolver la medicina a sus cauces ancestrales. Esto puede apreciarse de manera adecuada al comprender la reacción integral del organismo ante el estrés: una demanda imperiosa del medio interno, sea biológico o psicológico, o del externo, sea del mundo natural o social, al ser identificada por el organismo, activa el suprasistema de alarma y defensa del organismo, integrado por los tres sistemas referidos, interconectados funcionalmente entre sí por vías directas e indirectas, los que dan una respuesta conjunta, general y específica a la vez, de acuerdo a las necesidades planteadas. Puede decirse, literalmente, que el "gran cerebro" o suprasistema que controla el aparato de respuesta adaptativa del sujeto se localiza en todo el cuerpo, donde se producen, circulan e interactúan células y sustancias que regulan el comportamiento humano, con tres órganos rectores intervencidos, uno para cada sistema: el cerebro para el sistema nervioso, la pituitaria como cerebro endocrino, y el timo rector para el inmunológico, sistema también llamado "cerebro móvil" por estar el tejido humoral y el linfático distribuidos por todo el cuerpo. Células sanguíneas producen neurotransmisores y tienen receptores para ellos. Células nerviosas producen sustancias endocrinas y reaccionan a los estímulos glandulares. Células endocrinas actúan sobre la respuesta inmune e influyen la conducta. Neurotransmisores, citocinas y glucocorticoides actúan sobre el aparato inmunológico, etc. Así las cosas, tenemos que acabar de pensar la medicina de otro modo a como se ha venido haciendo a partir del Medioevo. La mente actúa sobre el cuerpo y el cuerpo actúa sobre el alma, ya lo ha probado la ciencia, lo que nos hace seres únicos en el universo conocido.

Sergio Arce consigna:

... la función integradora particular de los sistemas nervioso, endocrino e inmune, dada la indisoluble interacción recíproca establecida entre ellos, los hace (...) "partes integrantes de un conjunto mayor, de un 'suprasistema integrador' de todas las funciones orgánicas y de las relaciones entre el organismo como un todo y su medio ambiente sicionatural.

No basta la producción de moléculas comunes por los tres sistemas para explicar la interacción referida, también esta se apoya en la consustancial existencia de receptores específicos para cada una de ellas en las membranas de sus células.

Esta disciplina utiliza métodos moleculares, celulares y fisiológicos para conocer las interacciones existentes entre los sistemas nervioso (psiquis incluida), endocrino e inmune y el papel que esta interrelación desempeña en el proceso de inte -

gración de todas las funciones vitales del organismo y (...) trata de conocer la relación entre el 'conjunto integrador' (...) con el bienestar psicosocial y personal. Los tres Sistemas presentan una autonomía funcional relativa, así como los mecanismos de alimentación y retroalimentación internos que posibilitan, dentro de determinados límites, su autocontrol. La autonomía referida es sólo relativa y existe una interdependencia funcional entre los tres sistemas que integran sus acciones mediante un lenguaje molecular común y contactos celulares de diferente índole".

Por su parte, *Reina Rodríguez (2005)* comenta al respecto:

El estrés actúa como factor precipitante o desencadenante de la desregulación del suprasistema psiconeuroendocrinoimmunológico, cuyo efecto es muchas veces el responsable de enfermedades que, en general, se presentan simultáneamente en el cuerpo y en la mente.

A estos dos autores debe mucho la medicina integral cubana actual.

1.10.2 Personalidad y respuesta al estrés

Hemos visto a lo largo del capítulo el papel de las necesidades en la conducta humana y el rol del estrés en las crisis así como algunas maneras en que las personas reaccionan psicológicamente ante una amenaza real o imaginaria a la satisfacción de sus necesidades. Hemos profundizado, también, en los aspectos biopsicosociales del estrés e incursionado en algunos aspectos del enfoque psiconeuroendocrinoimmunológico, consustancial a la medicina integral contemporánea. Quiero en este epígrafe consignar, brevemente, el papel de la personalidad, sus formas de enfrentamiento y actitudes, en la respuesta al estrés, partiendo de este último enfoque.

Desde Galeno, en el siglo II, gracias a quien todos los médicos somos identificados como "galenos", este autor fue capaz de percatarse, sobre la base de una rigurosa observación clínica, de que "las mujeres acongojadas padecen más frecuentemente cáncer de mamas que sus congéneres alegres". Hoy día sabemos que no solo el cáncer, sino el catarro común, el sida, la tuberculosis, el herpes y muchos otros trastornos infecciosos y virales evolucionan desfavorablemente en sujetos psíquicamente deprimidos o sometidos a situaciones estresantes crónicas. Sabemos también que procesos alérgicos como el asma y enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide o el lupus se relacionan con diversos trastornos psiquiátricos, que hay diversas manifestaciones inmunológicas en la esquizofrenia y en la depresión mayor, que incluso los psiquiatras de mediados del siglo pasado hablaban de "neurosis gástrica" y "neurosis cardíaca", para reflejar el vínculo de algunos trastornos funcionales de esos órganos con la perturbación nerviosa. Que el vitíligo, la neurodermatitis y las disfunciones sexuales psicógenas guardan estrecha relación con la mala respuesta al estrés. No voy a abundar en nada de eso, por resultar innecesario.

Quiero referirme a cómo la respuesta al estrés *cambia* de acuerdo con la actitud que se asuma a la hora de interpretar los acontecimientos estresantes, incluso los más desfavorables, como ya intuyera el genio de Galeno. Las personas con actitudes optimistas y asertivas, que aman y se aferran a la lucha por la vida *se defienden mejor* del cáncer, de las infecciones, de los trastornos psiquiátricos, etcétera, que aquellos derrotistas o pusilánimes. Las investigaciones hoy día van confirmando eso, que va pasando a ser una verdad de Perogrullo, lamentablemente obviada por algunos que se aferran aún a viejas formas de pensar (fig. 1.3).

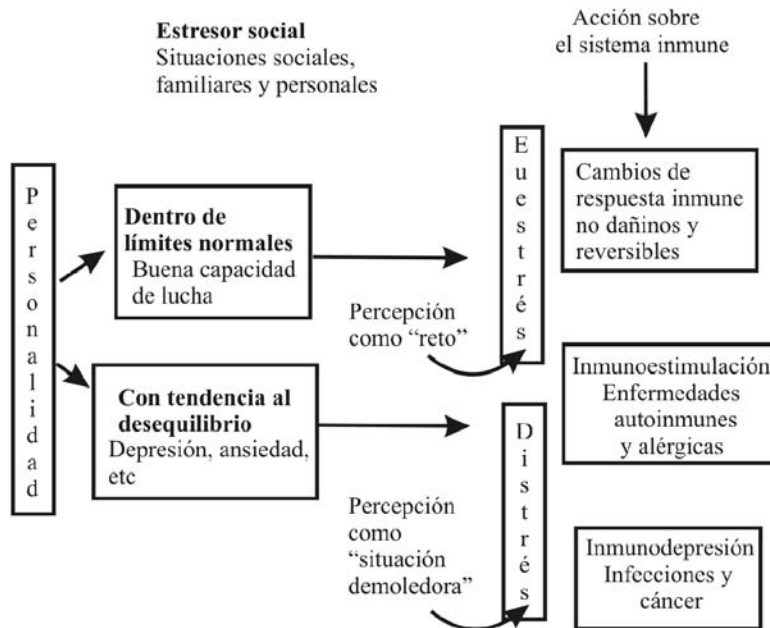


Fig. 1.3. Influencia de la personalidad en la respuesta inmune al estrés. Tomado de Sergio Arce Bustabad. *Inmunología clínica. Un paso más allá en busca de conexión perdida entre el alma y el cuerpo*. Editorial Ciencias Médicas, 2007.

Veamos qué nos dice al respecto el principal estudioso del tema en nuestro medio:

Individuos con una personalidad incluíble dentro de los controvertidos límites de la normalidad, con una buena capacidad de lucha frente a los retos que la vida impone cotidianamente, ante situaciones tensionantes similares, su tendencia será a presentar cambios psicofisiológicos no extremos, con recuperación rápida al desaparecer dicha situación, generalmente no dañinos para su salud, favorecedores de una conducta apropiada, adaptativa. Incluso en ocasiones, transformadora, en su provecho, de la situación original. En otras palabras, una personalidad equilibrada, con una buena capacidad de lucha frente a las adversidades, en general, favorece el eustrés.

Sin embargo, en otros individuos, con una personalidad con tendencia a la depresión, la ansiedad y a otros desequilibrios y que posea una capacidad de

lucha disminuida frente a retos y adversidades, tiene una mayor posibilidad de presentar una respuesta psicofisiológica y conductual que rebase los parámetros adecuados y se convierta en un obstáculo para la adaptación requerida y útil del individuo a dicha situación de estrés. En este caso el distrés será el resultado, con todas sus consecuencias conocidas (Arce, 2007).

Queda en claro que, de acuerdo con la actitud que se asuma ante un evento, percibiéndolo como un desafío o, por el contrario, como premonición de una tragedia, así tenderá la respuesta integral del organismo y la personalidad ante ello a ser normal (eustrés) o a ser inadecuada (distrés), con las consecuencias que ello entraña para la salud física y mental.

Es de destacarse que la percepción e interpretación de los acontecimientos tienen que ver con las actitudes y predisposiciones que la personalidad asume ante ellos. De ahí que los sistemas nervioso, endocrino e inmune, al informarse de aquello que se percibe como amenazante para esa unidad biosocial consciente que somos, responden de acuerdo con este comando central de la persona que es el binomio cerebro-mente, estructura funcional superior de la actividad nerviosa, encargada de mantener informado y en alerta al suprasistema adaptativo y defensivo en su conjunto, del *significado* de lo que acontece en el mundo natural y social del cual formamos parte y con el que nos interrelacionamos en simbiosis ecológica, no solo para sobrevivir sino para desarrollarnos en salud.

La actividad mental consciente e inconsciente, para el ser social que somos, es imprescindible a los efectos de orientarse, defenderse y sobrevivir en ese universo complejo que no es ya el de las cavernas, e interpretar el significado y el sentido de lo que sucede alrededor y en el interior de sí mismo. De otra forma, literalmente moriría, o sería otra cosa, que no un ser humano. La personalidad, pues, como el ente integrador de la forma peculiar y característica de ser, vivir, pensar, sentir y actuar de cada cual que es -sobre la base de su dotación biológica y estructura corporal, de su experiencia, circunstancias personales y sociales, de su cultura y actitudes ante la vida-, y su expresión superior, la mente humana, constituye la brújula activa, pensante y responsable que guía con cordura los pasos de nuestra ancestral animalidad por el entramado de relaciones interpersonales y socioculturales donde se satisfacen las necesidades y se sortean las amenazas de la vida en comunidad.

Necesidades y amenazas demasiado complejas y socialmente sofisticadas como para dejar nuestra supervivencia, defensas y adaptación integral, biopsicosocial en esencia, al solo arbitrio de reflejos y servo-mecanismos puramente biológicos que, cual computadoras corporales cuasi-perfectas, la naturaleza en su permanente evolución puso a disposición del *homo sapiens*, pero nunca para gobernarnos ni para disponer, cual *robots* biológicos, de nuestra espiritualidad y libre albedrío, nuestro bien máspreciado.

CRISIS Y ENFERMEDAD: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POR CLAUDICACIÓN ANTE EL ESTRÉS

2.1 Niveles de estrés y claudicación morbosa

El estrés -como ya vimos- constituye un complejo de eventos que implica una reacción integral de alarma del organismo y la personalidad en respuesta a necesidades imperiosas o a demandas 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 frente a un elemento potencialmente agresor. El estrés implica al estresor, al individuo y al contexto que le confiere significado. 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, hay aprendizaje adaptativo. Si, por el contrario, las defensas puestas en juego por el organismo y la personalidad son insuficientes para neutralizar al agente estresor, la salud, vista en su integridad biopsicosocial, puede verse amenazada.

Para entender bien esto, es preciso conocer que, visto desde el ángulo del sistema nervioso en sus vertientes neurofisiológica y psicológica, existen distintos niveles de estrés, de acuerdo con su intensidad y calidad.

1. El *eustrés* o estrés normal que se pone en juego en el proceso de satisfacción de una necesidad o demanda significativa, que va desde un rango apenas perceptible, como es el caso, por ejemplo, de la ceremonia matrimonial y que es vivenciado como tensión emocional, en ocasiones agradable, hasta el que se percibe como tensión emocional desagradable, desencadenado por la frustración de una necesidad o por el peligro que representa la posibilidad de no poder satisfacerla, aunque se mantiene en el rango de frustración o amenaza tolerables.
2. El *distrés* o estrés patológico, el cual abarca, con *Hecht et al. (1977)*, las dos modalidades que expreso a continuación :
 - a) 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 estresantes, como ocurre en los trastornos de adaptación, pero que puede volver a la normalidad cuando estos estresores dejan de hacerlo o se asume una conducta adaptativa. Es percibido como descontrol emocional, acompañándose de diversos síntomas psíquicos y físicos de los conocidos por "funcionales".

b) La *desincronización funcional* por desorganización o claudicación de los procesos nerviosos ante el estrés, que se observa, por ejemplo, en los llamados trastornos neuróticos, en el trastorno de estrés postraumático y en algunos trastornos psicóticos agudos, en psiquiatría; así como en las mal llamadas enfermedades de tipo psicósomático, en medicina (Córdova y Hecht, 1985). En este nivel de intensidad de los factores estresantes, el SNC no logra estructurar mecanismos adaptativos por estar la agresión por encima del umbral de resistencia del sistema. Una vez roto en forma permanente el equilibrio funcional interno que corresponde a la actividad de determinadas estructuras del cerebro, se producen condicionamientos patológicos cuya huella se registra de forma habitual en la dinámica de estas estructuras, y que se expresan a través de los más diversos síntomas, con cuadros psicopatológicos usualmente bien definidos (fig. 2.1).

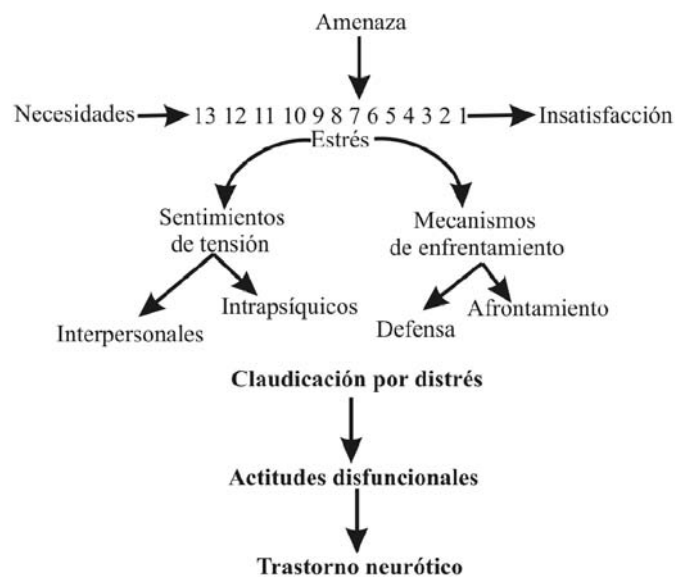


Fig. 2.1. Desincronización funcional ante el estrés.

Como puede apreciarse, el primero de los niveles corresponde al estrés normal que el hombre debe enfrentar en su vida cotidiana, formando parte del proceso de ajuste, defensa e intercambio natural y psicosocial. En cambio, la disregulación y la desincronización funcionales señaladas por Hecht, son formas mórbidas del estrés que aparecen cuando los elementos estresores actuantes sobre el organismo y la personalidad, por su intensidad y duración están más allá del nivel de tolerancia del sujeto y su respuesta se hace disfuncional, fuere ello o no reversible.

Junto a la consideración de la intensidad y la duración del estrés que puede soportar en salud una persona determinada, de acuerdo con sus umbrales específi-

cos de tipo fisiológico y psicológico, hemos de recordar el nexo del estrés con el proceso de satisfacción de necesidades o demandas significativas.

El ser humano tiene necesidades biológicas comunes a 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 significativa o se avizora el peligro real o imaginario de no poder satisfacerla, se produce en la persona un estado de estrés. Cuando la necesidad cuya satisfacción peligra 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 (distrés), 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 desde el ángulo neurofisiológico y psicológico 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 tanto en la vida emocional, como 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, la emotividad y la conciencia; en particular, en aquellos procesos referidos a la conciencia del *yo* y de la relación con *el otro* (conciencia del *nosotros*). Por supuesto, también en los nexos del cerebro afectado con el cuerpo, por vía de la perturbación de las emociones y de los anteriormente llamados mecanismos corticoviscerales (*Bikov, 1942*) entendidos hoy como procesos psiconeuroendocrinoinmunológicos (*Arce, 2007*).

En esto tiene que ver el terreno biológico (genética, constitución, indemnidad de los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, 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 valorativos del sujeto; los condicionamientos y los procesos de enfrentamiento, con sus actitudes y mecanismos de evitación y defensa; el contexto físico y social, entre otros factores.

Estos vínculos tan complejos requieren de la indemnidad del sistema límbico en su relación funcional con los analizadores corticales y con las restantes estructuras cerebrales y corporales, incluyendo su interrelación con la actividad de los sistemas endocrino e inmunológico, como ya vimos. Es precisamente esta integridad funcional del organismo y la personalidad como un todo la que se viene abajo con la claudicación ante el estrés, sustentando el complejo sintomático del sujeto dañado psiquiátricamente 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

afectación en la capacidad para valorar los acontecimientos en cuestión, producto de condicionamientos traumáticos previos que enrarecieron dicha capacidad, distorsionando el significado de tales acontecimientos que, en la modelación formal que hace el sujeto acerca de su mundo, son reflejados en un lenguaje interno semánticamente mal elaborado, generador de actitudes problemáticas, usualmente defensivas. Es por esta última razón que hemos de dar una consideración especial a la apreciación subjetiva 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 en el futuro. Y es que hay una relación directa entre el significado personal que se da a lo que es percibido o reprimido, a lo que se interpreta del evento vital y el nivel de estrés que se experimenta; como lo hay con la manera en que se manejen las actitudes ante las necesidades.

2.2 Clasificación de los trastornos por claudicación ante el estrés

Existe un conjunto de entidades psiquiátricas cuyos factores causales descansan, 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 distrés en sus mecanismos de producción, al tiempo que la nomenclatura (OMS, 1992) acerca de dichos trastornos.

Comoquiera que la décima y última revisión de la 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 interviene en proporción importante la acción del distrés- remitiendo al lector a dicho instrumento en su versión cubana (GC-3), con referencia a los parámetros descriptivos que allí se caracterizan.

De acuerdo con la nomenclatura utilizada en nuestro medio, agrupamos como enfermedades por claudicación ante el estrés, las siguientes:

- Trastornos de adaptación.
- Reacción al estrés agudo.
- Trastornos neuróticos.
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (anorexia nerviosa, disfunciones sexuales, insomnio no orgánico, etc.).
- Trastornos psicósomáticos (trastornos o enfermedades somáticas con importante influencia de factores psicológicos en su patogenia).
- Reacciones psicóticas agudas.

Incluyo, además, aunque no son considerados entre nosotros como "trastornos" o "enfermedades", los llamados *desajustes* 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 últimos se equiparan a las antiguamente consideradas en nuestro medio como *reacciones situacionales*. La CIE-10 codifica estos estados inadaptativos 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 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 específico de la claudicación, son desencadenados en algunas de sus crisis o guardan relación en su descompensación con la acción negativa del estrés. Me refiero a los trastornos de personalidad, al déficit mental, las enfermedades afectivas, los trastornos psicóticos delirantes y esquizofrénicos, terrenos orgánicos o demenciales, etc. Pero, conceptual y taxonómicamente, se trata aquí de otra cosa.

El 3er. Glosario Cubano a la Clasificación Internacional de Enfermedades GC-3 (Otero *et al.*, 2001) incluye los trastornos por claudicación antes relacionados bajo los rubros agrupados en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. Clasificación de los trastornos por claudicación ante el estrés según el Glosario Cubano (GC-3)

F40-F48	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación
F43.0	Reacción al estrés agudo
F43.1	Trastorno de estrés postraumático
F43.2	Trastornos de adaptación
F40	Trastornos de ansiedad fóbica
F41	Otros trastornos de ansiedad
F41.0	Trastornos de pánico
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
F42	Trastorno obsesivo compulsivo (discutible como trastorno neurótico)
F44	Trastorno disociativo (de conversión)
F45	Trastornos somatomorfos
F45.0	Trastorno de somatización
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2	Trastorno hipocondríaco
F45.3	Disfunción vegetativa somatomorfa
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo
F45.8	Otros trastornos somatomorfos
F48	Otros trastornos neuróticos (neurastenia, síndrome de despersonalización)
F50-F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (Trastornos psicosomáticos)
F50	Trastornos de la conducta alimentaria
F51	Trastornos no orgánicos del sueño

F56	Disfunción sexual no orgánica
F59	Disfunción fisiológica sin especificación
F54	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades no clasificados como trastornos mentales
F34.16	Distimia con desarrollo neurótico
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 intenso estrés por eventos vitales que les colocan en crisis, desarrollan fuertes sentimientos de malestar y, sin que lleguen a presentar un síndrome psiquiátrico definido experimentan, por varios días o semanas, emociones negativas con acentuación de algunas de las manifestaciones subjetivas y objetivas correspondientes a ellas, presentando síntomas aislados como insomnio, ideas sobrevaloradas acerca del problema, inquietud, conductas inseguras, entre otros de índole menor, haciendo uso de mecanismos de afrontamiento y defensa que les fueron útiles, quizás, 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 (*Caplan, 1964*). Por ello digo que son transicionales. Si logra vencer la crisis 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 anteriormente.

Es, pues, un *estado premórbido* que puede no pasar de allí o convertirse en la 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, frizando el terreno de lo morboso.

Como es obvio, la vigencia nosográfica de estos cuadros no es sustentable, por su falta de individualidad, de estabilidad clínicas y de un *substratum* fisiopatológico fácilmente identificable, habiendo surgido como solución de compromiso para dar salida a la necesidad de clasificar estados que inciden en los servicios de salud mental sin llegar a ser enfermedades en el sentido tradicional de la palabra, como ya señalamos.

Estos desajustes emocionales transitorios se ven con frecuencia en niños y adolescentes, personalidades aún no completamente formadas, al enfrentar conflictos de adaptación familiar o 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, las que no siempre transcurren apaciblemente.

En los adultos, los problemas amorosos, laborales, familiares, económicos, sociales y políticos cobran particular vigencia. Durante la involución y la senescencia, la adaptación a etapas regresivas del existir plantea dilemas que ponen a prueba la madurez y entereza de carácter alcanzados en la vida. Síntomas asociados a la ansiedad, la tristeza y el enojo, problemas interpersonales, desajustes de conducta, inseguridad y miedo a la muerte o a enfrentar los nuevos desafíos que les impone 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, con frecuencia escucho a colegas no bien documentados expresar, 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 ¡peor para la realidad!, ¡la desaparecen como por artes de magia! Esto me hace recordar aquella original afirmación de *Erickson (1969)*, útil en su estilo sugestivo y manipulador de psicoterapia: "Cuando un problema deja de ser considerado como tal por el sujeto, el problema habrá dejado de existir".

Esos colegas desaparecen de un plumazo, comenzando por *Pavlov y Freud*, siguiendo por *Wolpe (1962)* y *Símonov (1990)*, la obra de todo un siglo. Resulta que los histéricos, fóbicos, hipcondríacos -para citar sólo algunas de sus variedades- que han saturado por décadas nuestras consultas ¡no existen! ¡ya no son neuróticos! ¿Quién aportó las pruebas científicas de que no lo son? ¿Existe acaso demostración que fundamente inequívocamente causalidad en otro sentido? El que aparezcan elementos genéticos y particularidades metabólicas en algunas de sus modalidades no niega la existencia de los conflictos psicológicos internalizados como factores significativos en su patogénesis. 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 (como hacen los neuróticos) 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 experiencia y formación, hasta tanto y en cuanto estemos frente a ciencia constituida al respecto, de lo cual estamos aún distantes. Lo que, en aras de la comunicación científica internacional en tema tan complejo y polémico, 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, periódicamente sometidas a consenso y renovadas, constituyen instrumentos de utilidad. En Cuba se ha venido realizando durante muchos años un valioso trabajo de compatibilización de las pautas de la CIE-10 al pensamiento y tradiciones clínicas en uso en nuestro país, plasmado en el mencionado GC-3, trabajo reconocido por la Asociación Mundial

de Psiquiatría, dando una solución al dilema perfectamente compatible con nuestra conceptualización.

En lo que respecta a la vigencia del trastorno neurótico 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 (1977 y 1981)* y a la Escuela Cubana que él y sus discípulos representamos, defiende la existencia bajo el término de neurosis, de *un grupo de trastornos* -no importa el nombre- con caracteres etiológicos afines, en los cuales la presencia de conflictos psíquicos inconscientes con fuerte compromiso emocional, las hipertrofiadas estructuras defensivas de la personalidad, la inseguridad y la angustia expuestas a flor de piel y el carácter crónico de los trastornos, enraizados en la historia personal, entre otros aspectos, tipifican y expresan el parentesco interno de dichos cuadros. En las variedades neuróticas participan, de forma multicausal y en proporciones variables, factores tales como la predisposición genética, características tipológicas del sistema nervioso central (SNC) y experiencias personales concretas, que predisponen a una u otra modalidad en circunstancias vitales facilitadoras del quebrantamiento nervioso sostenido ante la sobrecarga crónica por estrés asociada a los conflictos psíquicos no resueltos involucrados en ellas.

Herederio de investigaciones y aportes que fundamentan el pensamiento de la Escuela Cubana de Psicoterapia de Actitudes, con alcance metodológico para el enfoque de la psiquiatría y la psicoterapia que desarrollamos en este libro, paso a profundizar al respecto.

Considero los trastornos neuróticos -en plural- como entidades 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 distorsionan levemente pero no afectan en esencia el juicio de la realidad, atribuyéndose muchas de sus manifestaciones a mecanismos condicionados de evitación y distorsión 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 de sus 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 la problemática familiar.

Desde el punto de vista fisiopatológico existen, como *substratum* de ello, reflejos condicionados mórbidos que asocian el organismo y, en especial, los sistemas cardiovascular, neurovegetativo, neuroendocrino e inmunológico, con dichas experiencias traumáticas y sus distorsionados e incompletos reflejos verbales; condicionamientos indisolublemente unidos a la autoconciencia histórica personal,

cristalizados en predisposiciones y actitudes no adaptativas 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. La integración psicofísica, también presente en los trastornos neuróticos, nos deja saber, por ejemplo, a través de la psiconeuroendocrinoinmunología, que altos niveles de estrés percibido, bajo apoyo social, estrategias de afrontamiento inapropiadas y síntomas ansiosos y depresivos -todos ellos presentes en la constelación neurótica- se asocian con un mayor riesgo de alteraciones en la función inmune (*Fors et al., 1999*). Esto no tiene por qué hablar de factores causales, como pudiera pensar un biologicista a ultranza, sino que es una manifestación concreta de la relación mente-cuerpo de la cual este tipo de trastornos, como muchos otros, es típica expresión.

En las neurosis, como veíamos, participan de acuerdo con el caso y la modalidad diagnóstica: la genética, características constitucionales y adquiridas del sujeto, así como estresores sociales y psicodinámicos capaces de afectar el desarrollo de la personalidad y perturbar la actividad del organismo, con un compromiso simultáneo en lo biológico y lo psicosocial (*Díaz Miniet, 1988*).

Los conflictos objetivos de la vida familiar y social se reflejan subjetivamente en la mente de los hombres, internalizándose, sobrecargando objetivamente a su través el sistema nervioso hasta alcanzar un nivel crítico y llevarlo a claudicar, afectando la capacidad de reflejar subjetivamente de forma fiel la esencia de la realidad, deformándola a nivel psicológico, manifestándose psicopatológicamente de manera neurótica. El conflicto internalizado no resuelto se convierte en estresor subjetivo crónico que, en su "rumiación", bombardea el SNC manteniendo una sobreexcitación reverberante del sistema límbico hasta llevarle a claudicar y provocar su desincronización por distrés y, con ello, establecer los condicionamientos neuróticos, las actitudes enfermizas y los errores de significado que acompañan al trastorno en el proceso de su desarrollo. Los factores causales psicodinámicos existen en cuanto dimensión particular de fenómenos entrelazados indisolublemente en la madeja de factores psicológicos, sociales y biológicos que concurren para expresarse en un fenómeno complejo (*Nicolás y Prigogine, 1987*) como lo es la problemática neurótica de un paciente. Los estudios cubanos aportan un grano de arena en los esfuerzos por develar el cómo de la vinculación cerebro-mente-so ciedad en el tema que nos ocupa.

Aspectos esenciales del concepto (Clavijo, 2002)

- Las neurosis representan un grupo de trastornos con factores etiológicos afines, centrados en el conflicto internalizado, la desincronización funcional del SNC por claudicación ante el distrés, la inseguridad, la evasión y las actitudes disfuncionales, lo que afecta 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 erigidos en estresores psicológicos mantenidos que operan como noxas reverberantes y que, al ser reactivados por estresores de signo similar -predicción inconsciente de amenazas simbólicas- dan lugar a la reiteración de los síntomas.
- La actitud disfuncional como modo de ser y responder (biológico y psíquico) del sujeto, ante significados sociales traumáticos, personalizados a partir de la experiencia individual.
- La ansiedad es su síntoma fundamental (*Rodríguez Machado, Solanas y Clavijo, 2006*) 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 válvulas de escape.
- El conflicto internalizado es un resultado de la amenaza a la seguridad y a la satisfacción de necesidades significativas; se expresa a la vez en un error de aprendizaje, de percepción, de memoria, de conciencia, de afectividad y de conducta, al no poderse integrar por el SNC como clara experiencia psíquica 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 no adaptativas, enfermizas, las que se "activan" al enfrentarse a la amenaza (real o simbólica) de una eventual repetición de dichas experiencias.
- 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, hipertrofiados.
- La naturaleza histórico-personal de los conflictos le confiere su sentido y significado al estilo y plan de vida del neurótico concreto y a muchos de sus síntomas.
- Suele existir un tipo de SNC propicio, caracterizado fundamentalmente por su fragilidad, inestabilidad o excesiva rigidez; se han descrito numerosas variedades y encontrado algunos estigmas biológicos y características genéticas, asociados a los diferentes subtipos.
- De acuerdo con su fisiopatología, el trastorno neurótico es resultado de 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 ex-

puesto y que está en relación con determinados *significados* sociales conflictivos para el sujeto, que constituyen fuente de amenaza y agresión (pérdida de valores queridos, sentimientos de culpa, soledad, abandono, hostilidad reprimida, sexo, inferioridad, daño a la autoestima, rechazo, insatisfacción de necesidades, etc.). Para experimentar la ansiedad, por ejemplo, debe haber condicionamiento de una respuesta anómala por parte del sistema cardiovascular ante un estresor acerca del cual el SNC toma información, lo cual ha quedado debidamente demostrado (Córdova y Hecht, 1985).

Agrupo los síntomas neuróticos en seis tipos:

1. *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 (Khannanashvilli, 1991): cefaleas, intranquilidad, insomnio, fatiga, irritabilidad, etc.; así como los derivados de la alteración de las emociones involucradas: tristeza, disforia, aprensión, apatía, entre otros.
2. *Síntomas de evitación*. Aquellos que constituyen mecanismos de evitación y defensa ante el distrés, la amenaza, la angustia o las consecuencias de ella, los cuales aparecen una vez que el SNC predice 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).
3. *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 (v.gr. celos, dependencia, reafirmación, etc.).
4. *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).
5. *Síntomas de alerta*. Aquellos que sirven como señal de alarma ante un peligro real o imaginario, poniendo en guardia frente al mismo, con la actitud, a todo el sistema de la personalidad. Tal es el caso de la ansiedad y la hipervigilancia.
6. *Síntomas caracterológicos*. Aquellos relacionados directamente con las anomalías propias del carácter de los neuróticos (inseguridad, inasertividad, psicorrigidez, actitudes inadaptativas y dificultades interpersonales, disfuncionalidad comunicacional, labilidad emocional, complejos, hipertrofia de las defensas, etc.).

Y es que los trastornos neuróticos se enraízan en la "manera de ser" del sujeto, en sus predisposiciones y actitudes, constituyendo una forma típica de responder

globalmente, como personalidad, ante las demandas de la vida. Por afectar las actitudes y ser precisamente el carácter, en cierta forma, el conjunto de actitudes peculiares de una persona (*Bustamante, 1970*), las neurosis vienen acompañadas del carácter perturbado que suele formar parte típicamente de cada una de ellas. Porque se entretienen en el proceso de su propia formación, confiriéndole a la persona el sello de su conflictualidad. Les son inherentes la inseguridad básica y la incapacidad para satisfacer a plenitud sus necesidades de adaptación y realización personal.

Como estas maneras mórbidas de percibir y reaccionar quedan establecidas tras condicionamientos patológicos permanentes, reaparecen en el devenir personal cada vez que el paciente avizora o se enfrenta a los estímulos condicionados o sus equivalentes simbólicos (*Clavijo, 2002*). 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 el medio o en la comunicación y, de inmediato, se pone en guardia para la defensa (*Sullivan, 1959*). La ansiedad, como señal de alarma, aparece cuando los índices de tensión emocional por el peligro amenazan sobrepasar la capacidad de respuesta normal del individuo y alcanzar niveles de desestructuración patológica. 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 (*Skinner, 1953*), 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 predecir 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 las experiencias traumáticas y los condicionamientos patológicos que los 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, etc.), que fueron condicionados en su oportunidad.

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

índole socio-ambiental creadoras de condicionamientos patológicos, debido a su carácter supramaximal) adquiere un significado conflictual para el sujeto, mientras este no logra integrar una imagen verbal adecuada al respecto, precisamente por encontrarse el SNC en distrés. Cada vez que se enfrente de nuevo el sujeto al conflicto o a sus equivalentes simbólicos, se desencadena como un resorte la secuencia sintomática previamente condicionada.

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

Cuando queremos conocer las causales de la neurotización de un paciente específico, la clave está en su historia personal y en su interacción familiar y social concretas, en la historicidad de su conciencia (*Clavijo, 1972*), donde podremos hallar la esencia de su problema. Lo que es traumático para una persona o una cultura, en otras puede no serlo. Existen, además, las predisposiciones genotípicas y fenotípicas personales. Cada diagnóstico concreto es un riguroso proceso de investigación, que implica componentes complejos de índole biopsicosocial. Solo si procedemos de esta manera estaremos en condiciones de formular hipótesis, identificar conflictos y necesidades insatisfechas, acorralar predisposiciones y mecanismos de evitación, captar el lenguaje 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 (*Kardiner y Linton, 1955*) que contribuyeron a conformar su personalidad a partir de su genotipo.

Algunas consideraciones etiológicas

La influencia que el auge de la cibernética ha determinado en la neurofisiología, psicología y psiquiatría contemporáneas, ha llevado a investigadores de las ciencias del cerebro y la conducta, 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 relaciones. Ya no se ven los síntomas psíquicos como "focos inertes de excitación" localizados topográficamente en el cerebro, sino como producto de las huellas en el sistema nervioso de la relación desincronizada de millonarios 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, que sentaron cátedra, con *Bustamante*, en la Escuela Cubana.

M. M. Khannanashvili (1981) 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 (1981), 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 dos 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 bioeléctrica de la interacción óptima de las cuatro estructuras es la razón fundamental de la desincronización funcional 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 los trabajos que muestran el papel de los diferentes neurotransmisores cerebrales y otros mediadores químicos en la fisiopatología de estos trastornos. La investigación acerca de los distintos trastornos neuróticos va develando en cada uno de ellos antecedentes familiares, características genéticas, modalidades tipológicas específicas del SNC que muestran, de forma inequívoca, diferencias significativas en el *terreno* en que se asientan y trastornos biológicos específicos en la fisiopatología de cada modalidad. Pero el denominador común, dado por la irrupción del proceso morboso tras la claudicación ante el estrés y la índole psiconeurótica de la respuesta patológica del sistema nervioso y la personalidad, mantienen -a mi juicio- la unidad nosográfica del grupo como *enfermedades por desincronización funcional de las estructuras límbicas*

del SNC por estrés, habitualmente producto de un medio familiar disfuncional, con condicionamientos anómalos ocurridos consecutivamente en el proceso de aprendizaje social del sujeto que afectan permanentemente la personalidad, asentados en un terreno biológicamente predispuesto a ello por factores genéticos, constitucionales y neuroquímicos, que confieren especificidad clínica a cada modalidad.

El capítulo no está cerrado, ni es tarea solo de neurofisiólogos, psiquiatras, genetistas, biólogos moleculares, bioquímicos, farmacólogos, neurofisiólogos 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 científico-materialista del complejo problema de los trastornos neuróticos, 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 con 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 suicidio, el alcoholismo, la drogadicción y otras conductas inadaptativas de tipo disocial o antisocial.

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 Internet, pueden ser interpretadas también como formas de evasión social, cuando alienan la libertad personal y alejan al sujeto del contacto humano o de sus intereses individuales y sociales fundamentales. En estos casos, puede estarse o no en presencia de personas enfermas, en el sentido estricto de la palabra, en dependencia de la presencia de síntomas psiquiátricos diagnosticables, de la indemnidad o no de la actividad de su SNC consecuencia de ello, y de la repercusión sobre el organismo, biológica y psiquiátricamente hablando, de este estilo de vida no saludable que llega a conculcar la capacidad de albedrío.

No obstante, en ambas variantes suele estar presente el componente de respuesta evasiva a los problemas conflictivos de la vida. 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 enajenante del alcoholismo, la fármaco-dependencia, 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 también sin pretender evadir nada: por imitación, presión de grupo, hábito social o simple búsqueda de placer. Pero, en la medida en que se constituye en problema, se le condiciona como mecanismo de evasión, se afectan progresivamente el organismo y la personalidad, al tiempo que se convierte, desde los puntos de vista médico y social, en una grave enfermedad.

La problemática del suicidio, como fenómeno de masas, traduce a su modo, indirectamente, los niveles de tensión social de una comunidad, además de reflejar factores culturales específicos y la integralidad de la atención médica de la sociedad. 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 y fortaleza adecuados 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, será mayor la vulnerabilidad ante el estrés y serán más las conductas sociales de evasión en una persona, una familia y una colectividad. Aun cuando estas conductas sean precedidas por trastornos psiquiátricos definidos que les sirvan 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 de afrontamiento.

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 los años 50 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, adscriptas 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 multidisciplinario 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 multidisciplinario e 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 dieran un trato privilegiado a la consideración de la familia como objeto de tratamiento, y la tomaran 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 y enfermeros de familia, de conjunto con el equipo de salud mental comunitaria. Esas medidas descansan en una psicoterapia breve, muy activa e intensiva con participación de la familia e incidiendo sobre ella, incorporándola a la estrategia terapéutica. Y 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 el objetivo 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 *Armando de Córdova*, eminente psiquiatra cubano- aplicada por un equipo 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 se hace menester 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, la familia y su entorno, en la estrategia de intervención para el cambio.

3.1.1. Modos y procedimientos de intervención

Primera ayuda psicológica (*Barrientos et al.*, 2003)

Todo médico que tenga que interactuar con la población, al igual que debe estar preparado para brindar primeros auxilios ante cualquier situación urgente que se presente en la comunidad y ponga en peligro la vida, como es el caso de un accidente, un infarto, etc., ha de estar preparado también para ofrecer la primera ayuda psicológica ante crisis personales de cualquier tipo que pongan seriamente en peligro la salud mental.

Se estima de especial interés el cuidado psicológico en situación de crisis, así como la repercusión que tienen en las familias y la comunidad los cambios que se producen en las personas expuestas a factores estresantes severos. El equipo de salud, los dirigentes y líderes naturales de las comunidades deberán ser capacitados para intervenir psicológicamente en forma activa y responsable en ayuda de las personas y las familias afectadas ante desastres naturales o sociales, o ante problemas domésticos y de otra índole que forman parte de la convivencia social.

Las crisis no solo pueden ser atendidas por psiquiatras y psicólogos, también pueden ser atendidas por otros especialistas e, incluso, manejadas por personas que no son profesionales de la salud, siempre y cuando tengan buena preparación cultural, sentido común y sean debidamente entrenadas al respecto. En las comunidades, los médicos y enfermeras de la familia son los más indicados para ello, además de vecinos con autoridad moral, dirigentes, maestros, abogados, clérigos, familiares respetados, así como los propios "pares" que han superado problemáticas similares, los cuales pueden ofrecer una buena ayuda a las personas que se encuentren necesitadas de ello.

Esta consiste en el primer contacto interactivo con propósito de ayuda que se realiza con el individuo, la familia o el grupo afectado, en el momento que se pre-

senta la situación de crisis; esta primera relación de ayuda puede durar desde minutos hasta horas, pudiendo efectuarse en cualquier lugar en donde se pueda hablar con calma; solo es necesario que la persona que la brinda sea capaz de mostrar interés, sensatez y establecer una adecuada comunicación, de modo que 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.

Los componentes de la primera ayuda psicológica son:

1. Contacto psicológico.
2. Evaluación de las dimensiones del problema.
3. Análisis de posibles soluciones.
4. Ayuda para la acción concreta.
5. 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. Jamás, que se le juzga o se le critica. 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 con enfoque concreto hacia el problema, mostrando interés sobre los aspectos nucleares y solicitando detalles acerca de los elementos esenciales del relato, orientando el diálogo hacia allí y no hacia aspectos intrascendentes; evaluar los riesgos, las consecuencias y los antecedentes; revisar los diferentes aspectos que afectan al sujeto; comprender el significado que tiene lo que ocurre para los involucrados, e incursionar en los diferentes ángulos desde donde puede ser considerada la situación conflictiva. Considerar siempre los aspectos de morbilidad (Ej. riesgo suicida).

El *análisis de las posibles soluciones* tiene como objetivo estimular la iniciativa, la creatividad y el sentido común en la búsqueda de alternativas y esclarecerlas todo lo posible; abordar directamente los obstáculos que se pueden interponer a cada alternativa de solución considerada, separando lo posible de lo inaccesible; establecer prioridades a la hora de actuar, tomando en cuenta tanto la urgencia como la importancia de los problemas y, por último, animar, inspirar, esclarecer y favorecer la asertividad en la toma de decisiones maduras y sensatas, pensando siempre en las soluciones a corto plazo, en las conductas inmediatas a asumir. Lo definitivo viene después.

La *ayuda para la acción concreta* persigue establecer objetivos específicos a corto plazo y lograr que, de manera inmediata, la persona intente el primer paso hacia una solución racional a su problema y actúe en consecuencia, sin dejar las cosas prioritarias para luego. Para ello se debe animar a la acción, al tiempo que confrontar cuando sea necesario; promover que se asuma responsabilidad personal sobre las acciones; asistir con apoyo a la instrumentación práctica de la toma de decisión, una vez que se hayan esclarecido las posibles alternativas y tomado una decisión; estimular a la acción concreta y responsable, brindando inspiración y

el máximo apoyo emocional posible. Se debe ser directivo solo cuando sea estrictamente imprescindible, en evitación de acciones contraproducentes, exclusivamente en el caso de estar el paciente incapacitado transitoria o permanentemente para asumir una conducta responsable.

El *seguimiento* implica convenir el próximo contacto asistencial; evaluar las acciones emprendidas en sus distintas etapas; promover el refuerzo de las conductas positivas; no dejar cabos sueltos ni presuponer ilusoriamente que el sujeto continuará espontáneamente con la acción comprometida. Sentirse comprometidos y dar apoyo práctico hasta que el paciente acceda a la instancia donde pueda viabilizar la solución definitiva a su problema personal y/o de salud, en caso de que esa instancia no sea el propio servicio de salud que como médicos nos corresponda brindar.

COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

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

Zigfrids TS (1993). En: Tintinalli y cols. *Medicina de Urgencias*. Ed. Interam. 3ra. ed., pp. 1325.

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.
-

Ibid.

3.2 Estrés y psicoterapia

El carácter breve e intensivo de la psicoterapia en las crisis viene justificado no solo por las urgencias del tiempo. La conveniencia de "golpear mientras el hierro esté al rojo vivo" (*Caplan, 1964*) 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 estrés.

Si, como veíamos, en estrés pueden movilizarse los mecanismos de evitación y las defensas contra la angustia, se ponen a prueba los mecanismos de afrontamiento y pueden 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 o la familia se encontrarán comprometidas en la misma medida en que sean capaces de percibir la necesidad en que están 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 en una sección de esta obra se tratará la psicoterapia de actitudes en sus distintas modalidades, nos abstenemos de adelantar las técnicas específicas de terapia breve que recomendamos. Baste destacar que, en líneas generales, en las terapias breves:

- 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 inapropiados 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 y afrontarlos.
- 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 relajarse y a manejar en forma sosegada el estrés, afrontando sensatamente las tensiones, sin evadir ni distorsionar, promoviendo cambios hacia un estilo de vida saludable.

3.3 Intervención y familia

Al ser la familia 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 atendidos al movimiento de una sola pelota, en el tablero de la vida familiar el entrecuadro de los elementos no solamente permite conformar la *gestalt* y estrategia del juego para tener éxito en él, sino que resulta necesario que múltiples "pelotas" caigan en los lugares apropiados impulsadas por carambola, producto de un golpe tangencial que otra les imprime. Así, intervenir en crisis es involucrar a la familia en las interacciones de 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 (*Kiser et al., 1998*).

Por otra parte, si la afección personal fuese expresión de un problema del conjunto familiar, poco puede hacerse a favor del individuo afectado 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 integrativo, las teorías del aprendizaje y la comunicación, 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 terapéutica, a tono con el movimiento del conocimiento, la práctica y el desarrollo de la psiquiatría y la psicología en las próximas décadas.



SECCIÓN SEGUNDA: **FAMILIA**

LO SISTÉMICO Y LO REPRODUCTIVO
EN EL CONCEPTO DE FAMILIA

CRISIS Y SALUD FAMILIAR

FUNCIONALIDAD Y TRASTORNO FAMILIAR

SALUD MENTAL FAMILIAR

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, legales y de convivencia, con el propósito 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, 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.

Visto en su conjunto, el concepto de familia comprende diversos aspectos modulares que serán descritos a continuación.

Vínculo estable. Puede haber parentesco biológico pero, de estar rota la comunicación personal y ausentes los lazos afectivos, en la práctica 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, ser familia implica habitualmente 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 de hecho -directa o indirectamente- a transgresores, perjudicados y, por extensión, de un modo u otro, a todo el grupo familiar (*De la Revilla, 1994*).

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, está el ser la familia 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 sofisticadas 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 y apoyarse mutuamente.

El desarrollo de la sociedad trajo consigo nuevas necesidades, estas fueron tomando otras formas y cada época y tipo de organización socioeconómica 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, al cuidado y protección de los niños, los ancianos y los enfermos, a las demandas físicas y morales de la vida doméstica, al entrenamiento básico para adaptarse satisfactoriamente al medio físico y cultural, 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 natural y social que los trasciende; 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 biológica y sociocultural.

Reproducción biológica. Esta no se consuma con el solo acople sexual y la ulterior reproducción, como en especies inferiores. Un niño abandonado a su libre albedrío perece 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; cuida, cobija, defiende, sustenta y enseña a su prole para sobrevivir y desarrollarse 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 con más impacto que a través de ningún otro lugar, se adquieren por mediación de la familia. Aun cuando el individuo se traslade a otros medios culturales, suele mantener o reproducir los rasgos de 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, mentalmente 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 igualmente 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 que les diferenciaba), y en el capitalismo (la familia del patrono y la del obrero o del campesino), que la llamada a existir en la sociedad socialista, con los lazos y formas peculiares de relación familiar -con sus específicas contradicciones- que se van conformando en ella.

Los que vivimos hace medio siglo en una sociedad en revolución, hemos sido testigos 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 sustentan, el *status* económico, 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 y de las organizaciones sociales en la vida hogareña, por citar solo algunos de ellos. La familia porta valores, como hemos visto, y en estos también están presentes, a su modo, los conflictos que pugnan por su hegemonía en la conciencia social y que se expresan, a veces, en verdaderas crisis de la familia, que pueden llegar a ser relevantes en momentos de crisis socioeconómicas.

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, reglas 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 consciente, van preparando a las personas para convivir y desarrollarse en la sociedad, reflejando sus valores en consonancia o disonancia con ella.

De este modo, van expresándose también en su seno, de forma indirecta y parcial, las principales contradicciones que aquejan a la sociedad, de acuerdo con el momento histórico y el mundo que les ha tocado vivir. Contradicciones que, a la larga, favorecen el perfeccionamiento de la sociedad, o los procesos de cambio. La macrosociedad conforma al microgrupo familiar a tono con los móviles y formas de pensar del sector social que este representa, y la familia, modelando a las personas, condiciona que sostengan y tiendan a perpetuar los comportamientos adaptativos dentro de ciertos límites, en correspondencia con las convicciones, creencias, necesidades y motivaciones del grupo al que pertenecen. A la vez los grupos familia res,

en sus tendencias mayoritarias favorecen, bien la reproducción o, por el contrario, la eventual modificación del modelo de relaciones sociales existente, al propiciar que sus miembros piensen y actúen, o no, de concierto con los valores sociales predominantes. Vienen a ser las familias, entonces, un elemento activo fundamental del complejo entramado sistémico, sujeto a tendencias probabilísticas, que mantiene en movimiento y transformación la superestructura social y la vida material y espiritual del hombre y la mujer de distintas generaciones relacionados con esta. En el seno de las familias y de las distintas generaciones que las constituyen bullen en períodos de crisis, también, los conflictos ideológicos que se debaten en la conciencia social de su tiempo.

Escuela de amor. Leído superficialmente el párrafo anterior, pudiera alguien equívocamente considerar la familia como un eslabón de fuerzas situadas por encima de ella que determinan su comportamiento y trazan un camino predestinado a sus miembros. Nada más alejado de eso. Cuando alguien ha pretendido traspolar mecánicamente las leyes y el campo de unas ciencias (en este caso la biología y la economía) a otras (la sociología y la psicología) superfetando principios y conceptos, ha incurrido por lo general en interpretaciones erróneas, usualmente dogmáticas, lejanas de la realidad y de la vida, de suyo tan ricas y polifacéticas. Cuando tratamos con el ser humano y su familia, con la conciencia, sentimientos y conducta del hombre y la mujer 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, de la actividad creadora, de la iniciativa personal, de las necesidades inmanentes de libertad y autonomía tan caros al individuo.

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 elementos 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 y otras afines subvaloran de forma lamentable lo que pueden los resortes espirituales, los principios éticos y la lucidez e inteligencia humanas, capaces de saltar sobre las condiciones materiales una y otra vez, 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 afecto 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 ejemplo y el cariño. Los lazos fraternales, la relación de pareja, las conexiones de parentesco son más sólidos y permanentes en tanto y en cuanto se cimientan en afectos positivos. No estoy hablando de algo desconocido, lo que contrasta con su frecuente omisión en la bibliografía científica, que tal parece desconociera su papel, parape-

tada, quizás, en la frialdad aséptica de los laboratorios. Aunque hace rato ya fueron descubiertas por la literatura y la religión. Quien no aprenda a querer en su hogar, difícilmente lo hará fuera de él, salvo en casos excepcionales, y será un sujeto con severos problemas en su personalidad. Esta verdad de Perogrullo no debe ser soslayada en ningún estudio científico serio sobre familia (Stein, 1995).

Muchos trastornos psiquiátricos están relacionados con la privación afectiva, sobre todo en edades tempranas, al punto que tales trastornos tienen un correlato anátomo-funcional al no permitir dicha privación el desarrollo de centros nerviosos del diencefalo que han de madurar luego del nacimiento, bajo la influencia de la estimulación afectiva. De no hacerlo a su debido tiempo, se pierde la posibilidad de un adecuado desarrollo posterior, quedando el sujeto marcado para toda su vida con una insuficiencia, biológica ya, para las respuestas afectivas apropiadas ante los estímulos sociales que lo requieren. Los estudios sobre apego, vínculo o "attachment" así lo demuestran.

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 va disponiendo de todo un diapasón 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, más inteligencia emocional, más resiliencia. 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. Habrá en ellos pobreza afectiva y una mala socialización. Para conformarse normalmente como personalidad y mantener los vínculos interpersonales que le constituyen como ser social, la persona requiere disponer de una emocionalidad suficientemente amplia y equilibrada como para que le sirva para mantener relaciones armónicas 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 estos afecten sus intereses. Estas emociones influirán en sus juicios y en su comportamiento y, a diferencia de *robots*, le permitirán valorar lo que sucede y lo que debe hacer, ateniéndose a categorías tan lejanas de las máquinas frías como son los principios morales, los intereses sociales, los sentimientos hacia los demás e, incluso, los prejuicios y pasiones, todo lo cual, en cierta forma, descansa sobre la plataforma de sus afectos. No pienso escape fácilmente al lector, por su propia experiencia, la relación de todo ello con el calor presente en la educación y en los vínculos familiares, y la función de estos en la modelación de la personalidad y en el condicionamiento de las relaciones sociales.

Se ha obviado demasiado la trascendencia de la vida emocional y de la influencia familiar en el desarrollo del hombre y de 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 insensibles.

Acaso los sentimientos de ternura ante la inocencia de un niño, la angustia desgarradora ante la muerte de un hijo o el odio a una injusticia no tuvi eran 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 sacrificar la nuestra en aras de los demás.

..... : ¿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 (1985)*, las funciones básicas de la familia son las siguientes:

- 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:

- Económicas
- Defensivas.

Desarrollando el enfoque de *Macías (1978)*, 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, el desarrollo, la salud 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, provenientes de nuestra intimidad.
- Proporciona modelos básicos para la identificación sexual y es, además, el escenario natural de la conducta erótica sistemática 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 una oportunidad para la liberación de las tensiones cotidianas propias de la actividad laboral y social, ocupando buena parte del tiempo libre dedicado a 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 y la 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 abordaremos en su oportunidad. Además, como ente social integrado por seres biológicos, 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 importante que nos percatemos -habiendo estudiado ya en la primera sección las necesidades específicas del hombre y apreciado 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 este medio, la razón de ser de una organización de la convivencia entre las personas que ha pasado la prueba del tiempo y de las culturas, y que representa, como bien se ha

dicho, la célula primaria del tejido social y la fuente de seguridad, satisfacción y afectos más importante en la vida del ser humano.

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 la pareja como tal -formal o consensualmente-; el desarrollo de la vida sexual y los primeros períodos de la convivencia; los problemas del vivir juntos, 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, todos ellos 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, del despliegue de las potencialidades, de las promesas y los engaños. Muchas crisis serán expresión de la necesidad natural de adaptación a estos eventos propios del ciclo vital, por cuanto implican cambios imprescindibles 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 independencia material y espiritual y la propia consolidación económica y laboral 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 una etapa de deberes. También lo es de realizaciones y satisfacción; de maduración y desarrollo; de potencialidades y desafíos.

4.3.3 Contracción

Se enmarca entre la partida del primer hijo del hogar y la muerte del primero de los cónyuges. En muchas familias -es frecuente actualmente en nuestro medio- la independencia y matrimonio de los hijos se produce mientras estos permanecen, comúnmente por razones de alojamiento, viviendo en el seno del hogar parental con su propia pareja y descendencia, lo cual conforma la familia trigeneracional y trae consigo características específicas. Cuando esto ocurre, se imbrica la problemática de las etapas de extensión y de 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, como el enfrentamiento a pérdidas relacionadas con la independencia 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 último, 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, se contrae como familia nuclear 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 experiencia, de disfrute por lo que se ha logrado, de la dulzura y la alegría de los nietos, de sentirse útiles en la consagración a los seres queridos.

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. Se ha escrito mucho respecto al "síndrome del nido vacío", expresión de un reencuentro infeliz.

Los matrimonios sin hijos son particularmente vulnerables en la involución y la senectud, ante la enfermedad y la muerte del cónyuge y de sus propios padres. Los que procrearon, tienen en la relación con la nueva familia de sus hijos una oportunidad de enriquecimiento, 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 soledad se acrecienta, sobre todo, cuando la persona no encuentra dentro de sí los recursos y la madurez necesarios para aprender a envejecer en armonía consigo mismo y con los demás.

4.3.4 Disolución

En esta etapa, tipificada en el período entre la muerte del primero y el último 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, "cuando se ha cumplido bien la obra de la vida".

4.4 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 típicamente por el matrimonio y los hijos solteros. La familia patriarcal integrada por la pareja de abuelos, los hijos con sus cónyuges y los nietos, alojados bajo el mismo techo, no es lo típico de estos tiempos en la cultura del primer mundo y en los estratos pudientes del mundo en desarrollo. Pero en las clases desposeídas y en el mundo en desarrollo se mantienen variantes de ella con suficiente frecuencia como para que se la deba tomar en cuenta. Así ocurre ampliamente entre nosotros. Incluso viviendo en diferentes domicilios puede mantenerse un vínculo tan intenso como para poder considerarla entonces en la práctica como un solo núcleo funcional.

Se denomina familia extensa o trigeneracional 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 de los padres o cuando los abuelos, o uno de ellos, pasan a residir a la casa de uno de los hijos. Ambas modalidades establecen dinámicas distintas de interacción, en cada caso, por razones de autoridad, significancia y jerarquía de las diferentes generaciones.

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 su egros 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 que se pueda, 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 familia 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, de acuerdo con las circunstancias.

4.5 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 de su cultura. La forma concreta en que se materializa esta intermediación, tiene que ver con los procedimientos que una cultura determinada establece para contribuir a desarrollar entre sus miembros un tipo de personalidad, cuyos rasgos y conductas resulten acordes con lo que aquella necesita para mantener su ciclo reproductivo, paralelo pero no a igual ritmo que el ciclo evolutivo de las familias y las personas que la conforman.

Antropólogos culturales como *Abraham Kardiner* y *Ralph Linton* (1955), han investigado estas relaciones y nos han dejado algunas conclusiones valiosas 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, contribuyendo a modelar los rasgos de la personalidad 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, cada cultura crea sus propias instituciones y, a través de ellas, gesta un tipo de personalidad que le es característica y la identifica con respecto a otros pueblos. Demostró, a través de sus investigaciones etnográficas, antropológicas y psicológicas, que 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 muchos se corresponden con el papel de

otras instituciones que, como la escuela, la religión, los círculos infantiles o jardines de la infancia, así como los medios de difusión, los hábitos deportivos, el intercambio con los coetáneos de los dos sexos, etc., 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 materna o artificial y proceso de destete.
- Intensidad, frecuencia y tipos de estimulación sensorial.
- Medidas de control esfinteriano.
- Sistema premio/castigo y formas de control.
- Reglas familiares.
- Juegos infantiles y actividad recreativa y deportiva.
- Cuentos y cantos infantiles.
- Juegos sexuales y manejo de la sexualidad.
- Entrenamiento de los roles de género.
- Manipulación de la defensa y la agresividad.
- Inducción de la expresión o la represión de los afectos.
- Tolerancia y estímulo de la autonomía y la iniciativa.
- Tipos de relación con los adultos.
- Manejo de la relación y la rivalidad con hermanos, primos y compañeros de juego.
- Manejo de la fantasía, la creatividad y la originalidad.
- Asignación de responsabilidades domésticas.
- Educación formal y cívica.
- Entrenamiento del lenguaje.
- Supervisión de hábitos de estudio y cumplimiento de las tareas escolares.
- Hábitos de aseo e higiene personal.
- Vías y formas de entrenamiento en roles sociales.
- Conducta hacia los ancianos y minusválidos.
- Colaboración en oficios y participación en actividades de adultos.
- Trabajo infantil colaborativo u obligatorio.
- Formas de comunicación intrafamiliar.
- Vínculo con extraños y con vecinos y amistades de la familia.
- Influencia de los medios de comunicación y entretenimiento accesibles a los niños en el hogar.
- Pautas de religiosidad familiar.
- Práctica de los valores éticos en el ambiente familiar.
- Cuidado de la salud.

Discrepo de la concepción de la Escuela Cultural acerca de que la personalidad básica *determina* la cultura mediante los sistemas proyectivos, puesto que es un enfoque lineal y unicausal que niega el principio de retroalimentación, consustancial a todo sistema, además de que desconoce la participación de otros importantes factores, como los económico-sociales, las influencias de la época y las tradiciones históricas, en la conformación de la cultura de un pueblo.

El concepto de espiralidad, causalidad recursiva o desarrollo dialéctico, abierto a la retroalimentación y 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 los hombres y resultado de la cultura, la cual recoge los hábitos, la producción espiritual y material y las 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, influenciadas por diferentes factores intra y extrasistémicos, portan y enriquecen la cultura y sus sistemas integradores. No es juego de palabras, es un enfoque dialéctico de la realidad que sigue el movimiento y los cambios de esta; sin comprenderlo, 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, harto complejos.

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 indiscutibles rasgos comunes que hacen típica la forma de ser de los pueblos, coexiste un *infinitum* de posibilidades que convierten en originales e irrepetibles, cual huellas dactilares, cualesquiera experiencias de vida y especificidades de la personalidad. 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 particular y de lo particular a lo singular.

Cuando analizamos en su relatividad el vínculo apuntado entre lo común y lo específico 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 vienen a ser en cierto modo la expresión de actitudes familiares generadoras de actitudes personales. Ellos tienen un sello cultural y social, 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. Y es interesante conocer que, aun las influencias extrafamiliares aludidas son también, en parte, moduladas por la familia, al reforzarlas, mediatizarlas o anularlas, sobre todo en las etapas precoces y críticas de la formación personal.

4.6 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 de la manera de ser y reaccionar de sus hijos, así como sobre sus problemas en la vida (*Martínez, 2005*).

Desde *Freud (1945)* y los psicoanalistas, pasando por un clásico del análisis cultural como *Wilhelm Reich (1945)* 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 (*Hoffman, 1987*), todos aceptan la existencia de una significativa relación entre el manejo parental, el carácter y la personalidad. Las diferencias de opinión radican en el cómo, el cuánto y el porqué.

Defiendo la tesis que se basa fundamentalmente en la influencia educativa familiar a través de la forja 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 ciertos 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 (*Dumbar, 1954*). 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 y pasivo-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 o la niña se ha asociado con los rasgos hipocondríacos, la anorexia psicógena y la obesidad. El exceso de crítica, con la querulancia, la baja autoestima, la minusvalía y la terquedad. La inconsistencia, con la inseguridad y la voluntariosidad. Y muchos ejemplos más.

La identificación excesiva con un hijo pudiera llevarle a un desajuste vocacional y a la subsiguiente depresión cuando se les hace pagar "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, se corre el riesgo de la compulsividad y el endurecimiento del carácter, que puede tornarse seco y amargo; pero también de la inseguridad, la angustia, la depresión y

los trastornos somatomorfos, cuando se quebranta su capacidad de tolerancia al estrés.

Pudiéramos tomar otros 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, pues lo importante es tomar en cuenta, al estar en presencia de un caso, que pudiera existir cierto grado de asociación en este u otro sentido. Defiendo un enfoque multicausal sobre los problemas del carácter y de 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 para la respuesta en cuestión.

4.7 Los organizadores del funcionamiento familiar

Al considerar el carácter sistémico y reproductor de la familia, hacíamos énfasis en sus objetivos y funciones, elementos ordenadores del comportamiento de todo el sistema. Para ser viable es necesario que el conjunto familiar se desenvuelva en correspondencia con los objetivos y funciones que tiene asignados por la sociedad y la naturaleza, lo que nos lleva a interesarnos por los distintos factores que están presentes en la determinación del funcionamiento del sistema: sus "organizadores" (*Fernández, 1992*).

La vida se desenvuelve en diferentes planos o niveles vinculados entre sí, 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 comportamiento 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 demandan de cada uno 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, con una finalidad común, que las vincula a todas-. Los organizadores a que me refiero, son los factores que regulan y ordenan el funcionamiento de los componentes y del conjunto, según las necesidades correspondientes a cada plano.

Resulta lógico que a cada tipo de demandas y respuestas ante ellas, operen factores que se corresponden, fundamental pero no exclusivamente, a ese plano en que se desenvuelve -en cada caso- el funcionamiento familiar. Tales aspectos organizadores lo serán respectivamente a los niveles biológico, psicológico, social, cultural, etc.; en cada uno de ellos actuando multicausalmente y en forma muy variada. La prioridad, jerarquía e intensidad con que ejercen su acción, dependen

del objetivo, la relación interna entre los niveles implicados, en correspondencia con la necesidad, las circunstancias y el contexto en que se desenvuelven. 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 posibiliten 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, y 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. Cada uno de estos aspectos se constituye en *factor organizador indirecto* del comportamiento alimentario, aspectos que, a su vez, se organizan de acuerdo con reglas propias del nivel de organización del movimiento material al que se corresponden, decantadas en el tiempo como respuesta a la necesidad vital de alimentación.

Si las células no necesitasen del agua y los nutrientes para obtener la energía requerida para las actividades vitales, si los tejidos no registrasen la información de su carencia, si el organismo no se percatase y demandase en forma de sed y apetito el suministro de los mismos; si la persona no tomara conciencia de la necesidad de procurárselos, la familia de facilitárselos, la sociedad de posibilitárselos, en un recorrido 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 los elementos reguladores y condicionantes significativos del funcionamiento de los subsistemas del todo que, como tales, tienen que ver con el resultado final. En cada uno de ellos operan procesos vinculados a las necesidades que se dan a ese plano y a las necesidades del objetivo del sistema, 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 sentarse a ver un programa en la televisión; esta, conociendo el trastorno metabólico de su esposo, *se percata de la necesidad* de prepararle un jugo azucarado, pero le dice entonces que *hay necesidad* de que se realice, mientras tanto, las pruebas que el clínico le ha indicado para estos casos y cuyos reactivos *fue menester* el hijo le adquiriera en la farmacia

en días anteriores, junto con los medicamentos *necesarios para* su enfermedad. Para estas situaciones la sociedad *necesitó organizar*, a través del Ministerio de Salud Pública, un plan especial para pacientes diabéticos que incluye *satisfacer las necesidades* de atención médica, medicamentos, educación para la salud, ejercicios y una dieta específica, para la adquisición de la cual el MINCIN *tuvo que* garantizar su venta 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 necesidades y 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 estilos de vida, no hubiera llegado a desarrollar la enfermedad que padece, u otra esposa hubiese reaccionado de diferente modo si existieren vínculos afectivos inadecuados o manejase una información insuficiente acerca de la enfermedad del cónyuge. Véase cuán complejo y cuán sistemática y multifactorialmente determinado está el comportamiento descrito: pero primó como tendencia dominante en el proceso *la necesidad*. Por eso, en el resultado final del funcionamiento de una familia van a estar imbricados organizadores de muy distintos tipos, pero en todos ellos habrá siempre una relación significativa con los objetivos fundamentales que los interrelacionan: *la satisfacción de las necesidades y el cumplimiento de las funciones del sistema familiar*.

En el contexto del funcionamiento sistémico que consignamos, favorable o no a las demandas del conjunto y de los niveles y componentes que lo integran, dicho funcionamiento repercutirá diferenciadamente sobre todos y cada uno de estos, contribuyendo a satisfacer o dis-satisfacer las necesidades correspondientes. Estas operan, en definitiva, en momentos y planos diferentes, de modo diferenciado para cada cual. Si el sistema no cumple con sus funciones e insatisface sus objetivos, cae en disfuncionalidad.

Consciente de que un mismo organizador se expresa necesariamente en diferentes dimensiones y concentrándose exclusivamente en los aspectos generales del funcionamiento familiar, señalaré las fundamentales categorías de organizadores que considero, en cada una de las cuales se pudieran incluir múltiples variedades (cuadro 4.1).

Cuadro 4.1. Tipos de organizadores familiares identificados

Físicos

- Moleculares
- Climatológicos
- Geográficos
- Otros

Biológicos

- Genéticos

(Continuación Cuadro 4.1)

- Bioquímicos
- Endocrino-metabólicos
- Instintivos
 - Sexuales
 - Conservacionales
 - Defensivo-agresivos
- Neurológicos
- Bioecológicos
- Otros
- Sociales
 - Macrosociales
 - Microsociales
 - Grupales
 - Histórico-individuales
 - Interpersonales
- Psicológicos
 - Cognoscitivos
 - Racionales
 - Conviccionales
 - Sensoriales
 - Orientacionales
 - Confesionales
 - Afectivos
 - Emocionales
 - Sentimentales
 - Pasionales
 - Motivacionales
 - Conductuales
 - Mnésicos
 - Actitudinales
 - Psicodinámicos
 - Semánticos
 - Otros
- Económicos
- Legales
- 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 los consideré 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, 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 considero suele expresarse con mayor significación. Pero sin criterio dogmático, pues ello responde a mi lógica personal y no a investigaciones que lo refrenden. 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 o minimice la participación de organizadores afectivos, mnésticos, actitudinales -para referirnos al plano psicológico- ni que obvie el papel de los organizadores culturales, micro y macrosociales, biológicos, educativos, presentes en ello, para 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 morales o sociales. Por el momento, sugiero valorar con mente abierta y pensamiento dialéctico la participación de los factores que aparezcan a la exploración del caso como más llamativos, y tomarlos en consideración en la medida en que tengamos elementos concretos para concederles, dentro de la hipótesis sistémica que veremos más adelante ha de guiar siempre nuestras estrategias terapéuticas, alguna trascendencia.

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 para 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, junto a las eventuales conductas sintomáticas que hacen 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:

1. Crisis relacionadas con el ciclo vital de la familia.
2. Crisis propias de la familia pero no relacionadas con el ciclo vital.
3. 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 estos 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 pueden ser 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 y decisión de partida definitiva del hogar por parte del primero de los hijos.

Contracción. Partida de los hijos del hogar parental, el nuevo hogar de estos, las nueras y los yernos, los nietos, la familia trigeneracional conviviendo, relevo generacional, involución, jubilación, envejecimiento, enfermedad y muerte en la familia ampliada, vuelta a la pareja inicial (nido vacío), sexualidad en la vejez, 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 llamadas también *crisis no transitorias*, que son las siguientes:

1. Crisis por incremento.
2. Crisis por desorganización.
3. Crisis por desmoralización.
4. 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 es consecuencia del crecimiento natural de la familia con motivo del nacimiento de nuevos miembros. Por ejemplo, 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 del trabajo; enfermedades o invalideces de significación, 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 ello es la conducta delincuencia, el encarcelamiento o la deshonra 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", los actos de traición, etc.

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 y otros.

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 por causas extrahogareñas.

Como es de esperar estas crisis familiares, al igual que las descritas anteriormente, 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. Pero, como

en todo grupo, hemos de considerar no solo 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, empleando 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 una vivencia, con las cuales 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 unidad en todo aquello que compete a ese *nosotros* a lo largo de nuestra vida, por tantos sentimientos e 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, que trasciende 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 tanto individuales como colectivas. Esta dialéctica de lo individual y lo grupal en la respuesta familiar requiere todavía, a mi juicio, de mucho estudio y profundización, por ser fuente tanto de eventuales conocimientos nuevos como de potenciales contradicciones. Otra vez 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 amenaza como en la respuesta.

Al referirnos a los mecanismos de afrontamiento familiar podemos señalar lo siguiente: el grupo, en definitiva integrado por personas, utiliza a través de ellas muchos de los mecanismos de afrontamiento y defensa personales que hubimos de describir, lo 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, el sentido de pertenencia, el modelado, la presión conductual, el reforzamiento grupal, las reacciones físicas; el establecimiento de

subgrupos y territorios, la ionización o polarización, la maximización y minimización, la monopolización, 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 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

El grupo asesor metodológico para los estudios de familia en el Ministerio de Salud Pública de Cuba elaboró una definición de salud familiar *intervención en salud familiar*, que hace referencia al resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, las condiciones materiales de vida familiar y la salud de sus integrantes, que recomiendo al lector revisar (Louro, 2004).

Por mi parte, considero saludable una familia cuando está presente en forma suficiente la salud de sus integrantes, tanto en sus aspectos físicos como mentales y sociales, con adecuada integración de sus componentes estructurales, funcionales, psicodinámicos, semántico-comunicacionales y ecológicos -entre ellos y con el ambiente natural y comunitario-. No se trata de una simple sumatoria de aspectos, sino la resultante *compleja* de la adecuada integración familia-ambiente natural y social, posible en la medida en que la familia cumpla con las funciones y satisfaga las necesidades de sus integrantes que el devenir histórico-social y cultural le tiene encomendadas, siempre que no exista un daño corporal o mental significativo y estable en alguno o varios de sus miembros que, por el carácter severo de los síntomas que lo aquejan, perturbe habitualmente el buen funcionamiento familiar. La familia no es un cuerpo biológico, sino una organización social integrada por seres biológicos que, a un tiempo y, sobre todo, son seres sociales con una interacción psicológica entre ellos que les enmarca como integrantes de una institución social sustentada en vínculos materiales, espirituales y afectivos que la hacen única y fundamental para la persona y la colectividad. No puede desvincularse lo biológico de lo psicológico, lo social y lo cultural, como tampoco de lo material, en la consideración de la institución familia ni, tampoco, respecto al concepto integrador de salud familiar que sustenta nuestro modelo de Medicina Familiar.

Cuando hablamos de salud mental de la familia no la desvinculamos sino que la consideramos la dimensión de ese concepto de salud integral que tiene que ver con su vida espiritual, sus afectos, valores, motivaciones y patrones de comportamiento e interrelación, su estilo y modo de vida, la forma saludable o no en que maneja sus intercambios y conducta para promover y cuidar de la salud mental de sus integrantes (Arés, 2004).

Por el valor que damos al papel de la familia en el proceso de producción social de la salud mental de las personas, es que la consideramos como un sistema fundamental con el cual interactuar a la hora de abordar la problemática de salud. Sin un enfoque familiar de los programas de salud mental que considere a la familia en sistema y no como mera suma de individualidades, estos programas no pudieran alcanzar el impacto al que aspiramos. Trabajar la funcionalidad familiar, por ejemplo, es fomentar salud y prevenir trastornos emocionales, del aprendizaje, de la personalidad y del comportamiento, es prevenir adicciones, violencia y suicidio, es combatir los trastornos neuróticos y disminuir el impacto de muchas psicosis y enfermedades mentales de larga evolución, es dar atención psicológica y psiquiátrica de calidad y ponernos en el camino correcto de la rehabilitación psicosocial.

La salud mental familiar presupone:

- Integridad biológica y ausencia de síntomas significativos y permanentes.
- Estilo de vida saludable.
- Sentimientos de bienestar y sana expresión de las necesidades y afectos.
- Adaptación social, laboral y escolar de sus miembros.
- Buena comunicación y adecuadas relaciones humanas intrafamiliares 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 apreciarse, tales elementos constituyen una situación ideal y la salud no puede reducirse a una sumatoria de ellos. Siendo la salud un estado vital de equilibrio inestable entre sus componentes con un resultado funcional satisfactorio, como tal lleva en sí contradicciones y pocas veces podemos hallar presentes, juntos, todos los aspectos aludidos y, mucho menos, por todo el tiempo. Pero como estado contradictorio al fin, prevalecerá la salud cuando se logra mantener un estado esencial, dinámico, de integridad biológica, psicológica y social, que permita a la familia una adecuada adaptación al medio interno y externo y la satisfacción de sus necesidades en un grado suficiente. La salud -con sus imprescindibles valencias biológicas, psicológicas y sociales- se da como resultado de la interacción positiva de la familia con cada uno de sus miembros y con su entorno social y natural, en adecuada integración ecológica.

5.7 Factores causantes de problemas de salud familiar

Nuestros médicos de familia suelen considerar cuatro grupos:

1. Factores hereditarios y prenatales (genéticos, concepcionales, intrauterinos).

2. Factores dependientes de la interacción con el macromedio natural o sociocultural (ambiente ecológico, aparato social).
3. 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.).
4. 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 las reacciones 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, que suelen sobreproteger a su vez. Clima de inseguridad e indecisión. Temores a la vida. Gran meiotragia 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 de armonía mínimos, y un grado coherente de autoridad. Pueden existir presiones para tomar partido así como fricciones internas, triangulaciones o violencia entre coaliciones. Las reglas se modifican, los estereotipos se vulneran. Se pierde el control o este se vuelve caótico, o excesivamente rígido, al asumir muchas veces 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 ausente 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 autoridad y 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.

ros, 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 daña el desarrollo de la autonomía y la maduración emocional, dando lugar muchas veces a personalidades dependientes, no asertivas, y al desarrollo de fobias u otros trastornos asociados a la inseguridad.

Para *Cristóbal Martínez (2001)* 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 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 referendadas por algún tipo de investigación (cuadro 5.1).

Cuadro 5.1. Veinticinco fuentes de tensión familiar

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

Continuación Cuadro 5.1

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

FUNCIONALIDAD Y TRASTORNO FAMILIAR

6.1 Efectividad funcional de la familia: 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 ésta y satisfacer las necesidades individuales y colectivas que dependen de ella. 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 de modo significativo el bienestar y el ajuste emocional y social dentro de ella.

6.2 Requisitos para la funcionalidad familiar

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

- Que se satisfagan a un nivel aceptable 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 que corresponde a 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 respete el *status*, autoridad y jerarquía legítimos de cada cual.
- Que exista armonía en función de la consecución de las metas y que estas sean apropiadas y accesibles.
- Que haya cooperación y mecanismos asertivos y maduros de afrontamiento, 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. Pero no se puede ignorar la altísima frecuencia con que -como factor de riesgo, elemento causal o desencadenante-, coinciden en el tiempo y el espacio la disfuncionalidad y los trastornos psiquiátricos en la familia.

Puede decirse que -estadísticamente hablando- existe una correlación altamente significativa entre disfuncionalidad familiar y enfermedad en sus miembros, por lo que numerosos autores han pretendido establecer vínculos etiológicos entre modalidades de aquella y determinados trastornos psíquicos (*Dumbar, 1954*). 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, lo cual es incorrecto. Sin llegar a estos extremos y tomando en consideración lo que señalábamos al estudiar las actitudes familiares y los rasgos del carácter (ver epígrafe 4.6) debemos tener presente que afecciones como 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, la madre y el padre desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad de sus hijos. A lo largo de los siglos la tradición fue sedimentando unas funciones propias del rol de madre y otras correspondientes al papel 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 específicas de uno u otro sexo, lo cual se manifiesta de forma similar en 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, se expresan arbitrariamente como funciones propias del hombre o la mujer, sin que exista razón biológica alguna para así ser diferenciadas. El dominio

de siglos del varón sobre la hembra en el seno de la sociedad relegó a la mujer a las responsabilidades domésticas, privándola del derecho a realizarse como ser social. Así, las funciones respectivas fueron esquematizadas del modo siguiente: la mujer, para la casa, la obediencia, la fidelidad al marido y el cuidado de los hijos, figura pródiga en afectos y ternura; el hombre, 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 licencias con la fidelidad, sin que le hayan sido exigidas las expresiones de afecto, pues le fueron considerados como impropios los rasgos de ternura. Representaba el poder.

Los propios cónyuges exigían del otro la satisfacción de estas expectativas. Cuando tales reglas eran vulneradas, solían operarse desajustes: un hombre tierno y dulce, "cazuelero"; o una mujer "de la calle", enérgica y sexualmente libre eran, de seguro, estigmatizados.

Los tiempos modernos, con una progresiva tendencia a la igualdad social y sexual de la mujer, su incorporación 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 naturalmente por todos. Motivos estos, pues, por una parte, del arrollador progreso social en curso, que pasa por la justa y necesaria liberación de la mujer; por la otra, de la incrementada presencia de desajustes, conflictos domésticos y ruptura en muchas parejas que no evolucionan a tono con los tiempos, lo que se hace particularmente evidente en las sociedades en proceso de cambio acelerado.

En la relación que estudiábamos entre los procesos 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 los índices de divorcialidad (*Díaz Tenorio et al., 2001*) 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 afines de las ciencias sociales.

En lo que a los roles materno y paterno concierne, la contemporaneidad permite aseverar lo siguiente: los médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud tenemos que trabajar con personas y familias reales. Nuestros sentimientos, convicciones y aspiraciones personales no nos deben hacer obviar que las familias y personas 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 del género 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. E incluso, por ejemplo, de faltar la figura masculina, la propia madre de un hijo varón puede asumir el rol paterno adecuadamente si sabe desdoblarse y asumir las actitudes y conductas necesarias a ambos papeles, dando a un tiempo ternura y disciplina, amor y autoridad, protección y estímulo, en medida suficiente para el modelado 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 una hembra. Lo que es evidente de que ello no resulta fácil, y que las posibilidades de que no se logre cubrir con la función de ambos roles a pesar de las mejores intenciones, son mayores que cuando son cubiertas por madre y padre.

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 demasiado quién los transmita si están presentes en grado suficiente en el ambiente familiar. De ahí que, con este concepto, ambos progenitores pueden ejercer a un tiempo y en variable proporción las funciones de maternaje y paternaje de sus hijos.

En la familia nuclear democrática contemporánea, en la que los cónyuges trabajan, contribuyen económicamente al hogar y están incorporados activamente a la vida social, esto no solo es posible sino que es, además, conveniente a su funcionalidad -porque permite enriquecer la vida de ambos sin conflictos de intereses, abriendo a la mujer posibilidades para su plena realización y, al hombre, acceso a la ternura y al disfrute de la intimidad con sus hijos y del 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, donde los hijos, a su vez, podrán ejercer 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 por nuestra cultura a las funciones de maternaje y paternaje los aspectos necesarios a la funcionalidad familiar (*Macías, 1978-89*) (cuadro 6.1).

Cuadro 6.1. Distribución de funciones que propician la funcionalidad familiar

Funciones de maternaje	Funciones de paternaje
• Nutrición • Seguridad afectiva • Relación-vinculación • Aceptación-pertenencia • Identificación sexual femenina • Sistema de afectos • Recuperación	• Estímulo • Orientación • Seguridad física, defensa • Actividad racional • Identificación sexual masculina • Establecimiento de normas y límites • Marco de referencia y responsabilidad
Ambas funciones parentales	
• Emancipación • Sistema de valores • Enculturación • Reproducción	• Identidad-individualidad • Sentido, significado y trascendencia • Lenguaje y comunicación • Prestigio

Cuando se satisfacen ambos tipos de 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 respectivas necesidades no son satisfechas a nivel suficiente, se favorecen tendencias negativas al desarrollo integral de la personalidad, las cuales pueden expresarse como retardo, distorsión o desviación e, incluso, como detención de dicho desarrollo.

..... *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, exponaremos 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.

No solamente la perturbación en las funciones de parentalidad 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 hemos referido también a que 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: han sido descritas familias depresivas, histéricas, hipocondríacas, paranoides, agresivas, sadomasoquistas, más por construcción mental de sus autores que sustentados en métodos

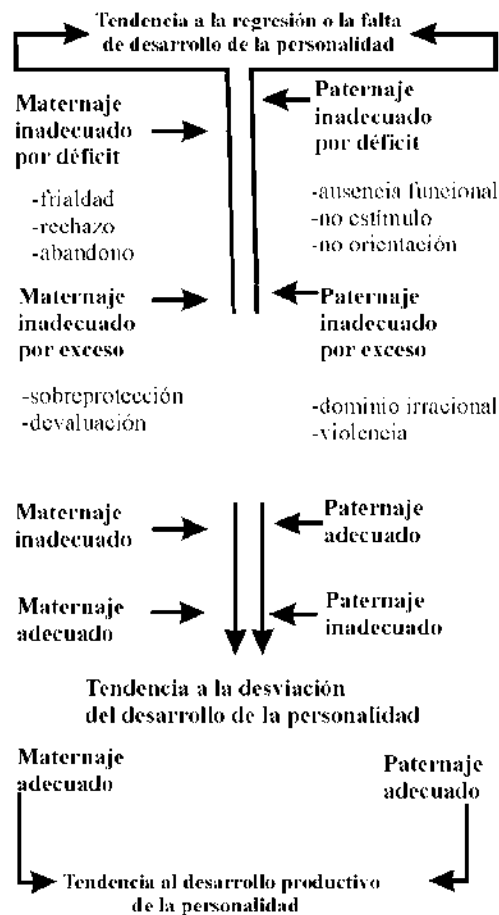


Fig. 6.1. Parentalidad y desarrollo de la personalidad.

Fuente: Macías R. Psicoterapia en familia. Cursos internacionales. OPS. MINSAP, 1978-1979.

apropiados de investigación. Sí aceptamos la existencia de configuraciones actitudinales familiares más o menos características, que se repiten en la clínica asociadas con determinado tipo de problemas y trastornos, como es el caso de las familias con actitudes sobreprotectoras, las familias excesivamente emotivas, las aquejadas de violencia, 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, si se quiere, 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 relación lineal causa-efecto a tal tipo de vínculo, lo que está muy lejos de ser así o 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 en el papel de los

conflictos asociados con traumas infantiles en los trastornos neuróticos y otras entidades psiquiátricas. No voy a abundar en los estudios freudianos sobre relaciones objetales, complejo de Edipo y demás construcciones psicoanalíticas. 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 de 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 individual obviando, de hecho, la responsabilidad personal, la esencia social del hombre y el papel de la conciencia como reflejo indirecto 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, dentro de nuestro medio y fuera de él, quienes niegan dogmáticamente, de plano, todo cuanto esté relacionado con el psicoanálisis, que sí es importante la actividad psíquica inconsciente, que su ontogenia se remonta a la temprana 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 de todo ser humano, influyendo en su conducta, sin que necesariamente se tenga conciencia de ello en toda oportunidad.

La internalización de la influencia orientadora de los padres, positiva o negativa, deviene organizador psicológico de primer orden para el comportamiento humano. Y sobre la importancia de la sexualidad en la vida de cualquier persona, ¿alguien se atreve a negarlo? Una relación simbiótica con un progenitor se puede erotizar y allí tendremos actuando algo muy parecido a un complejo de Edipo o Electra. ¡No nos asustemos por eso!

Como podemos reprimir, según *Horney (1937)*, sentimientos de hostilidad hacia figuras parentales por su conducta hacia nosotros, provocando angustia si algo viene a reactivar ese conflicto; o la culpa por ello puede deprimirnos. Asimismo unos padres absorbentes y tiránicos pueden devaluar nuestra autoestima y cristalizar en nosotros sentimientos de inferioridad, cual propusiera *Alfred Adler (1959)*, con las formaciones reactivas y afanes de poder compensatorios que este importante autor analizara en su época. O un adolescente ansioso de emancipación, con unos padres que, por no consentirlo, amenazan consciente o inconscientemente con la represalia de retirar el afecto o la protección, puede ser llevado por estos, con *Fromm (1947)*, a reprimir sus ansias de autonomía y temer la libertad, por no estar dispuestos a pagar su precio. O como expresa *Sullivan (1959)*, una persona puede evitar el aceptar su realidad si, por ella, cree perder la aprobación de sus padres.

En fin, no acepto marcos de referencia preconcebidos a los cuales se haya de adherir dogmáticamente el terapeuta, ni tomo pragmáticamente de aquí y de allá según me parezca, sin mediar una cuidadosa evaluación del caso y el procedimiento científico consecuente que pruebe o dispruebe, tras un proceso de investigación-acción con protagonismo del paciente, la hipótesis que me trace al respecto. Considero, con *Politzer (1929)*, que el drama concreto del paciente es la única fuente posible de la verdad, de su verdad. Y hemos de valernos de la cultura académica y universal (no solo psicoterapéutica) para orientarnos junto con el paciente en la búsqueda de esa verdad (*Bonnaffe, 1965*), que lo es solo si sirve para él, porque se aviene a su realidad. Cada experiencia psicoterapéutica constituye, entonces, un acto de investigación (*Clavijo, 2006*).

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 determinadas *observaciones -que no teorías-* señaladas por un autor, sobre eventuales vínculos entre conflictos intrapsíquicos específicos y problemas psicopatológicos, cuando parecen afines a la experiencia concreta del caso o la familia que atendemos, trabajando entonces la posibilidad de que guarden relación con la problemática en análisis, valorando el posible nexo existente, reelaborando con los propios interesados la lectura de su dinámica psicológica, válida solamente si mediante ella pueden tomar nueva luz respecto a los conflictos inconscientes que están operando. Pero que son científicamente procedentes en la medida en que les sirvan realmente para encontrar sentido y significado a sus problemas, y si les dan coordenadas de impacto para el *insight* y la experiencia emocional correctiva, necesarios al *cambio*. Cuando, por ejemplo, apoyados en las aportaciones fenomenológicas de autores psicodinamistas o humanistas, una interpretación oportuna permite la reorientación cognitiva, un cambio hacia el progreso de la terapia, dando otra posibilidad de lectura a la narrativa del paciente, provocando la experiencia emocional correctiva y, tras ella, la recuperación, podemos inferir que la interpretación en cuestión ha sido válida.

Pero no quiero aún profundizar en psicoterapia. Solamente quise 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 una contribución legítima de los defensores de esa teoría. Negar, dialécticamente hablando, es tomar lo bueno de una etapa superada, desechando lo caduco; aprehender todo lo positivo que podamos 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 en nuestro campo.

Quiero, antes de concluir el tema, referirme a los hallazgos de diversos 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 (1976)*, *Don Jackson (1968)* y *Jay Haley (1969)*, de establecer una relación entre la esquizofrenia y las pautas familiares de intercambio comunicacional, 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 traumatizantes que no han podido ser negados.

Por otra parte, se han relacionado actitudes de marcada sobreprotección en el hogar con el desarrollo de personalidades pasivo-dependientes y con los trastornos de personalidad histéricos. En mi práctica profesional he visto con extrema frecuencia relación entre la inseguridad, la fobia y antecedentes de sobreprotección y dependencia materna. Los terapeutas sexuales han encontrado en la anamnesis de la disfunción sexual eréctil 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 varones mayores en la homosexualidad de la mujer. Las actitudes de rechazo parental y el ambiente de frialdad afectiva o crítica excesiva son frecuentes en la depresión, como también en los trastornos de conducta de la niñez y la adolescencia. Personalidades limítrofes y desarrollos psicóticos han sido comunicados con esta misma relación. Madres sobreansiosas parecen favorecer 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 conocidos de ciertas desviaciones neuróticas de la personalidad. La inconsistencia, así como la autoridad dividida entre los progenitores son consideradas también factores de neurotización. La privación de afectos y de estímulos se valora entre los antecedentes de la psicosis infantil; también la personalidad antisocial y otros trastornos psicopáticos han sido relacionados con esta privación. Ya mencionamos cuánto deben algunos obsesivos a la compulsividad, el perfeccionismo y el hipercriticismo reinantes en sus hogares.

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 muchos de estos nexos. Tanto, que de una práctica individual y grupal pasé progresivamente a incorporar una praxis psicoterapéutica familiar: la familia, de un modo u otro, suele estar involucrada en las condicionantes o, también, en las consecuencias de la mayoría de los trastornos psíquicos. Traba jando

con ella todo se ve más claro y podemos intervenir técnicamente, en forma directa, en esta relación; de esta manera influimos en el sistema, procurando actuar sobre las actitudes inadecuadas presentes y sobre la interacción enfermiza entre los protagonistas del drama, así como respecto a los organizadores de diverso tipo que, operando en el escenario familiar, intervienen en su disfuncionalidad. 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.

6.5 Desajustes en 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 (*Freedman et al., 1982*). Veamos algunos de estos desajustes.

Funciones maritales. Las familias de un solo padre sin pareja sustituta a que aludimos en párrafos anteriores suelen traer consigo problemas, tanto en lo que compete a los hijos como en la estabilidad emocional o sexual del progenitor que, además de tener que garantizar paternaje y maternaje a su descendencia y sentir sobre sus hombros el peso de responsabilidades que no puede compartir, 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 por "producción independiente", 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 díada parental como causal de otras dificultades: celos, irritabilidad, infidelidad, depresión, inseguridad, hostilidad proyectiva, violencia, divorcio, conductas evasivas.

El problema de la pareja infértil, la falta de privacidad marital, la promiscuidad, el colecho, los abusos sexuales en el seno del hogar, la homosexualidad en el cónyuge, 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 debe 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 afecto constituyen transgresiones de estas funciones. Son ejemplos de sus efectos las consecuencias que una madre ansiosa u obsesiva puede provocar en el estado emocional o los hábitos de alimentación de un niño, como es el caso de la sobrealimentación por ansiedad o la anorexia por discomfort o rebeldía, que están en el *background* de la obesidad, la anorexia nerviosa, el colon irritable y otros desórdenes funcionales digestivos.

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 de la familia que, desgraciadamente, siguen vigentes en el mundo con demasiada fuerza.

Funciones relacionales. Algunos autores, entre ellos *Harry Stack Sullivan (1959)*, *Carl Rogers (1967)*, *Béquart y Muldworf (1965)* y *Bustamante (1970)*, entre otros, han puesto énfasis en 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 llamados 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 en dependencia 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 morbígenos, porque no contribuyen a la satisfacción de las necesidades, al entendimiento ni a la solución de los conflictos.

Funciones enculturizadoras (educativas). La buena educación es la base de una personalidad equilibrada y de una convivencia adecuada. La privación 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 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 mala comunicación en la pareja o entre padres e hijos se consideran problemas que afectan el clima familiar y pueden reflejarse en diversos trastornos, como los neuróticos, los de conducta y personalidad y en las disfunciones sexuales de la pareja.

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 plantea *Pichón-Rivière (1977)*. 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" (*Bandler y Grinder, 1996*).

Funciones emancipativas. Los grupos familiares que no preparan a sus miembros para la independencia y la autonomía constriñen la individuación y la socialización

de las nuevas generaciones, su derecho a la libertad (*Fromm*). Relaciones simbióticas, vínculos "edípicos", lazos de dominación o dependencia, todos ellos expresan 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 hogar propio, 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. Empieza con detalles tan sencillos como dejarles comer solos y escoger sus ropas. Cuando no lo hacen desde temprano, ello es fuente segura de problemas. Las fugas del hogar son otra expresión de estas dificultades.

Funciones recuperativas. El término hogar procede de la convivencia 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 podrá sobrevenir la enfermedad. 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, apoyo 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 domicilio.

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 pueda sortear las dificultades y alcanzar sus principales objetivos vitales contando para ello con la solidaridad de sus parientes, quedarán desprotegidos ante las eventuales agresiones del medio natural y social, con las obvias consecuencias que de ello 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 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 atención material 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 de intereses, con secuela de violencia, desajustes y problemas afectivos y del comportamiento en el seno del hogar.

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

SALUD MENTAL FAMILIAR

7.1 Salud mental familiar. Sus elementos

La salud mental familiar es una construcción semántica 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. Es resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, las condiciones materiales de vida familiar y la salud de sus integrantes (Louro, 2004), e integra, en mi opinión, los elementos siguientes:

Funcionalidad

- Integridad estructural.
- Integridad funcional.
- Integridad psicodinámica.
- Integridad semántico-comunicacional.
- Integridad económica.
- Integridad ecológica.

Dentro de este último aspecto incluyo, entre otros:

- Sentimientos de bienestar por parte de sus integrantes.
- Integridad biológica.
- Adaptación social.
- Ausencia de trastornos significativos en sus miembros que alteren su dinámica.
- Capacidad para enfrentar las crisis.
- Tendencias al desarrollo.

7.2 Estructura familiar

Consiste en los elementos, procesos, formas, mecanismos, características y vínculos que la constituyen, sus productos y la organización que asume para cumplir sus objetivos y funciones. Forman parte de ella tanto los integrantes como la red dinámica de relaciones entre sus componentes, así estructurados para satisfacer las necesidades y ejercer los roles que corresponde a todos y cada uno cumplir en la familia. Comprende, entre otros aspectos:

- Composición, organización y características de la familia.
- Posición de cada cual en el sistema de relaciones y funciones.
- 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.
- Características psicológicas de sus miembros (costumbres, estilos de vida, sistemas de creencias, mitos, metas, actitudes, etc.).

7.3 Organización familiar

Se denomina así al orden y manera en que se vinculan, complementan e interactúan los elementos de la estructura familiar, el modo en que se organiza y desenvuelve la conducta de los miembros de la familia, para cumplir los requerimientos y realizar las funciones que le corresponden con el fin de permitir la satisfacción de las necesidades individuales de sus componentes.

Estructura, función, organización y funcionalidad, junto con las categorías propias del nivel de integración psicodinámica, que estudiaremos en el epígrafe 7.5, forman parte de 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 (cuadro 7.1).

Cuadro 7.1 Categorías relacionadas con la estructura, organización y funcionalidad familiar

Límites de la familia	Comunicación
Límites generacionales	Formas de comunicación
Permeabilidad familiar	Funcionalidad comunicativa
Territorios	Relaciones
Alianzas	Formas de control
Coaliciones	Armonía
Jerarquía	Paternaje
Autoridad	Maternaje
Significancia	Maritalidad
Cohesividad	Pautas
Involucración	División de tareas
Problemas	Toma de decisión
Soluciones	Aprovisionamiento
Reglas	Recuperatividad
Mitos	Enculturación
Metas	Pertenencia
Roles	Pertinencia
Distribución de roles	Cooperación

Relaciones	Producción familiar
Autonomía	Mecanismos de afrontamiento
Sistemas integradores de la personalidad	Receptividad ante la ayuda externa
Componentes de la personalidad	Red de apoyo familiar
Organizadores	Holones

Existe una relación interna muy estrecha en este sistema de categorías. Razono lo siguiente: "Quien tiene una pierna más larga que la otra, indefectiblemente es cojo". Sin una adecuada estructura y una organización apropiada se hace imposible el cumplimiento adecuado de las funciones de la familia, comprometiéndose su funcionalidad. Por otra parte, el modo en que se cumplen las funciones de la familia va determinando cambios en la estructura a tono con la actividad del sistema para satisfacer sus objetivos. La estructura será, pues, resultado de las funciones que la naturaleza y la sociedad han ido asignando a esta institución a lo largo de milenios. En consecuencia con ello, 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 misma lo permita.

7.4 Psicodinamia familiar

Se entiende por tal el resultado de la interacción emocional entre los miembros del grupo familiar, acorde al proceso de compatibilización de intereses e insatisfacción de necesidades materiales y espirituales ocurrido en su seno, lo cual influye en las actitudes, los sentimientos y las motivaciones de sus integrantes, contribuyendo a dar sentido al comportamiento que estos asumen en sus intercambios. En ello 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*, en actitudes, tendencias, móviles, vínculos afectivos y estados de ánimo desarrollados históricamente, a consecuencia de los cuales surgen alianzas y coaliciones, pautas de comportamiento y reacción, secuencias de interacción y formas de comunicación, todo lo cual confiere sentido al acontecer familiar, permitiendo 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 de conflictualidad que caracteriza al grupo familiar en un momento y circunstancias dados así como el bienestar, la tensión o el 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 como familia y cuáles los resortes que, desde el ángulo interno, tienden a mantener su equilibrio activo y su desarrollo o, en su caso, a modificarla hasta su transformación y eventual destrucción. La conjugación de actitudes, motivos e interacciones

que contribuyen a conformar el clima o atmósfera familiar y los modos en que operan en ella los mecanismos de defensa y de afrontamiento a situaciones críticas, forman parte de la dinámica de la familia.

7.5 Categorías de la psicodinamia familiar

Conformar esta lista es un reto. Considerando la aportación psicoanalítica en su sentido más amplio de valoración profesional de los procesos psicológicos fundamentalmente inconscientes que intervienen en la actividad mental, los trastornos neuróticos y la psicoterapia, es menester recordar que cada escuela de las llamadas psicodinámicas 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 en sus diferentes niveles de organización y lo hago interpretando la actividad psíquica inconsciente -subordinada jerárquicamente a la conciencia humana- 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 de la realidad y a través de la (Anojin, 1975) de las decisiones en proceso de ejecución, en correspondencia 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 de acuerdo con el código preestablecido por la teoría de la libido u otras afines, sino procesos orientadores automatizados y 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 carácter y sentido (Politzer, 1929; Béquart y Muldworf, 1965).

La interpretación no es, para mí, un acto de fe o de fidelidad a una escuela. Es una hipótesis elaborada en común con el paciente o la familia, de acuerdo con el sentido y significado aprehendidos a través de la indagación concienzuda de su vida, sus motivos, experiencias, necesidades, intereses y actitudes, llevada a cabo en un trabajo de investigación-acción participativa (Kemmis y Taggart, 1992) en la situación terapéutica.

El efecto hacia la curación y al 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 la reorientación cognitiva, 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 de alguna forma 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 un excesivo lastre doctrinario. Su utilización en el análisis de un paciente o una familia no constituye tarea obligada: puede ser un instrumento técnico coadyuvante, útil solamente si el sentido de la situación 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 ortodoxa, 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.

7.5.1 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 saturaría 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 esta conceptualización, que obvia los componentes biosociales del estar o no estar enfermo, no resiste el análisis científico. Sin embargo, todos los clínicos hemos constatado en la práctica cómo unas personas atribuyen y critican en otros los problemas que no reconocen en sí mismos. Este fenómeno proyectivo opera también en el grupo familiar, donde puede haber consenso inconsciente sobre a quién achacar las culpas de un problema del cual son responsables todos, de una u otra manera. 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 (1974)* una definición, tomada de *Pichón-Rivière*, que considera *emergente* a todo síntoma, persona, conducta, intervención o acontecimiento que, producto de una determinada dinámica personal

o grupal, 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 puede no se sepa o no se pueda comunicar de otro modo. Por ejemplo, alguien expresa en un grupo: "¡Acábalo de decir!". O bien: "¡Tú quieres con tu llanto controlar a todo el mundo!". O la mamá de un alcohólico rompe a llorar descontroladamente y le suplica a la nuera cuando esta le comunica que como 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 hacen el paciente o la familia sobre un problema crucial referente a ellos mismos.

7.5.2 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 este, valoran intuitivamente su situación como desventajosa -predicción probabilística no consciente de acuerdo con experiencias previas del individuo o de la especie-. El ser humano 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 lo favorecen.

"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 es utilizado normalmente, con mucha frecuencia. Es su hipertrofia o utilización iterativa lo que 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, puede ser un fuerte obstáculo al cambio terapéutico.

7.5.3 Dinámica de la necesidad enfermiza de 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, 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 objeto de nuestra atención.

7.5.4 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, fundamentalmente por dinámica de afinidades e intereses, 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 y circunstancias vitales implícitas.

7.5.5 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 estas en un proceso de valoración inconsciente que tiene mucho de emocional y de reflejo; bien porque se parecen físicamente, o en el carácter, porque los conocimos en circunstancias gratas o infaustas, o porque se comportaron con nosotros "como un padre", "como un hijo", etc. Es a este tipo de fenómenos a lo que me refiero al hablar de transferencia. La familia 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 madre" para alguien, o que determinado amigo "es como un hermano", o que una persona que conocimos es "igualito 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 catárticos de significado, que llevan consigo cargas afectivas y procesos actitudinales que se reflejan en conductas, valoraciones, afinidades, rechazos y otras respuestas por el estilo.

7.5.6 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 o no racionales, equilibrados, justos, mesurados, etc.

Ya desde principios del siglo xx, *Adler (1959)* alertaba sobre el afán neurótico de poder, oculto tras los sentimientos de inferioridad de las personas. Esto último puede aceptarse o no de acuerdo con el caso concreto, pero la variable debe ser considerada. Vemos a veces a un pequeñín desesperar y demostrar más poder para controlar la situación que su madre autoritaria, cuando se niega a comer o "hacer la caca". O a un histérico que controla a sus parientes con la amenaza latente de sus crisis "nerviosas" o suicidas. O un adolescente que con su conducta rebelde mide fuerzas en el hogar con un padrastro al que no acepta.

No soy adleriano, aunque le tengo entre los más preclaros paradigmas de la historia de la psicoterapia, pero quien tenga una actitud realista, no debe asustarse ante un hecho incontrastable: en los grupos humanos se dan relaciones de poder. *Jay Haley (1969)* hace esta categoría centro de su teoría sobre el control de la comunicación y del "poder" psicoterapéutico.

7.5.7 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 paterno-filiales, nivel de satisfacción erótica en la díada u holón parental, tormenta puberal y asunción del rol sexual adulto, celos hacia el cónyuge o la pareja de los hijos, fidelidad e infidelidad, todo ello cobra interés en la dinámica familiar que, gracias a tabúes culturales, no suele espontáneamente hacer temática de sus problemas sobre el particular.

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 como él consideraba.

7.5.8 Dinámica de la hostilidad reprimida y la violencia

Karen Horney (1937) nos legó una obra rica en razones y ejemplos sobre el particular. Se olvidó del cerebro en sus teorías y confirmó también un carácter antropomórfico a las tendencias neuróticas en el interior de la psiquis, sin que logremos imaginar en qué lugar del SNC se desarrollan las batallas campales que, en su seno, consumen en luchas internas a "*la personalidad neurótica de nuestro tiempo*". Pero su genio creador y su finísima capacidad de observación le permitieron -creo que como a nadie- dejar en claro la importancia de la violencia u 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 más dañina parece ser la que se vincula y late en el seno familiar. Hoy conferimos gran importancia a la violencia intrafamiliar.

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 familiar. 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 se golpea la propia mano al no poder pegar un puñetazo al rival mucho más fuerte que lo merece. Vivimos en un mundo donde aún prevalecen la violencia y la ley del más fuerte. *Karen Horney* nos alertó sobre el alto costo psicológico que ello nos obliga a pagar.

7.5.9 Dinámica de la aprobación/desaprobación

Mucho insistió *Harry Stack Sullivan (1959)* 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 de alguna significación, 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 con los demás.

No es el caso entrar en análisis crítico de los trascendentes aportes sullivanianos, en mi criterio el punto más alto de la psicoterapia norteamericana del pasado siglo. Me limito a destacar lo importante que resulta para todos en la familia el contar con la aprobación de su actuar por parte de los seres más significativos; y cuánto "ruido en el sistema" ante decisiones asumidas de cierto interés introduce la desaprobación cuando proviene de los hijos, del cónyuge o de los progenitores. O los conflictos con la familia extensa, la del cónyuge incluido, cuando no se aprueban determinadas 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.

7.5.10 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, arrepentimiento y castigo, 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, pretendiendo ganarse sus favores. Constituía un gran honor morir así, para lo cual la sociedad, y sus propias familias, preparaban meticulosamente a los elegidos, verdaderos chivos expiatorios de la comunidad. La depresión psicógena tiene en la dinámica de los sentimientos de culpa, junto a la pérdida de objeto y a la agresividad reprimida revertida contra sí mismo, una de las formulaciones psicoanalíticas 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 ante la pérdida de un ser querido, nos culpamos por no evitar o -en la fantasía- propiciar la muerte; y reprochamos inconscientemente al difunto su abandono, por la soledad y el dolor en que nos deja. Culpa y violencia, nuevamente juntas, en un proceso que no transcurre en forma plenamente consciente.

7.5.11 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

tarefas básicas de la terapia familiar. Hay demandas de afecto que mueven figuraciones familiares. Existen necesidades muy justas de caricias y ternura que puede que los seres queridos no estén atendiendo de manera apropiada, lo que tiene repercusiones en las relaciones, el estado emocional y la autoestima de las personas; y hay quienes, siendo queridos y servidos por aquellos a los que corresponde, demandan de estos, y aun de individuos o en circunstancias en que no tienen por qué hacerlo, muestras de afecto y gratitud que resultan exageradas, o absurdas de acuerdo al contexto: son las *demandas neuróticas de afecto*. La dinámica del dar y recibir los afectos proporcionalmente, en cantidad, momento y calidad ¿cómo opera en la familia que evaluamos? ¿Están a tono las expresiones y exigencias emocionales con la etapa del ciclo vital y la madurez que se debe esperar del individuo y la familia? ¿Se está pidiendo consciente o inconscientemente "pago en especies, y con intereses" por favores, servicios o sacrificios realizados por el sujeto en cumplimiento de lo que en su momento constituía un deber elemental para con los suyos? ¿Cómo influyen estos aspectos en los comportamientos y síntomas en el seno de la familia? ¿Qué nos dicen los síntomas sobre ello?

7.5.12 Dinámica de la demanda de atención

Muy vinculada a la anterior. 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 social. Sin embargo, muchos son los sujetos ávidos de protagonismo y diversos los trastornos psicológicamente motivados que concitan morbosamente la atención de los demás. En las familias con personas hipocondríacas, por ejemplo, en ocasiones cobra más significancia quien más trastornos ostenta y, con ello, satisface sus *demandas neuróticas de atención*. Querir pasar inadvertido puede ser una defensa contra las consecuencias de la real o supuesta envidia ajena -lo cual forma parte de este tipo de dinámicas- pero, también, sentir que no somos suficientemente considerados puede ser un factor lacerante cuando de ello inferimos poco interés hacia nosotros por parte de quienes nos son significativos.

7.5.13 Dinámica de la inferioridad/superioridad 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 "perdedores" 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 interpersonales internas que tienden 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.

En otro ángulo del asunto, cuando un niño con un déficit físico, o un enfermo crónico, por ejemplo, dan muestras de susceptibilidad o negación de su condición, 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 esto suele desencadenar, lo que nos permitirá influir en los procesos que lo condicionan y refuerzan. Se dijo por *Adler* que el "complejo de superioridad" es una forma inconsciente de compensar sentimientos de inferioridad, lo cual la experiencia psicoterapéutica individual y familiar confirma una y otra vez.

7.5.14 Dinámica de la soledad

El hombre y la mujer somos seres sociales para quienes la amenaza mayor, quizás, es la vivencia interior de soledad. Tanto es así que no somos capaces de sobrevivir si se nos priva totalmente del estímulo social. En la cámara de silencio se llega a enloquecer. Nos sentimos solos al no tener un familiar interesado en nosotros cuando lo necesitamos, al no sentirnos queridos ni comprendidos, al percibir que estamos abandonados a nuestra suerte, faltos de solidaridad. Aun estando sin compañía física, 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, reconforta cuando sabemos se nos quiere. La decepción acerca de ello puede lacerarnos profundamente. Podemos sentirnos solos, aún estando muy acompañados, si percibimos desinterés en nuestra persona.

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

7.5.15 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 autoestima e identidad, y con el estado afectivo y moral de las personas. En una familia es difícil que el rechazo se explicita con palabras; sin embargo, su lectura puede hacerse de las emociones y de los hechos. A través de estos 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 discordias y coaliciones mórbidas, fomentando actitudes que alejan a las personas de las demás, o las colocan directa o indirectamente frente a ellas.

7.5.16 Dinámica del desamparo

Soledad, rechazo y desamparo son elementos singulares de una dinámica frecuentemente común. Se puede dar amparo sin afecto, pero no se puede dar afecto verdadero 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 harto frecuente en la psicopatología asociada al machismo, al subdesarrollo y a 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 se experimente acerca de que "la retaguardia" está cubierta y de que no faltarán la protección y la solidaridad de los suyos cuando se las requiera. La predicción inconsciente de que, en situaciones críticas, aquellos a quienes tenemos que acudir es probable que nos fallen, determina sentimientos de angustia e inseguridad, con las consecuencias defensivas y psicopatológicas que de ello pueden derivarse.

7.5.17 Dinámica de la emancipación-dependencia

Erich Fromm, al desarrollar su concepto de "miedo a la libertad" en el libro homónimo, reflexionó ampliamente sobre el tema. Sus conclusiones son demasiado 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. 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 de muchos neuróticos con sus figuras parentales.

Considero que no siempre es como lo aprecia este autor, 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, y que, como él también señala, no se socializa bien quien no es capaz primero de incorporar la individualidad y el carácter social en su persona a través del medio familiar.

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

7.5.18 Dinámica de la asertividad

Propiciar personalidades firmes y seguras es una de las misiones de la familia. El clima de espontaneidad, respeto, estímulo, aceptación, confianza y responsabilidad que sepa imprimirse a las relaciones familiares 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, responsables; o personas pusilánimes, inseguras, susceptibles, desconfiadas, tímidas. Cómo operan en el grupo los procesos emocionales para propiciar uno u otro tipo de actitudes en sus relaciones, constituye la dimensión interna de este aspecto. Cómo se proyecta la familia en su conjunto a través de sus actitudes 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.

7.5.19 Dinámica de la confianza-desconfianza

Erik Erikson (1968) nos hizo ver en qué medida el hogar condiciona el patrón de la confianza en sí mismos en los seres que en él se desarrollan. 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 hacia el mundo. Estos procesos dinámicos de la autenticidad y el calor afectivo con aceptación incondicional, y sus contrarios, 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 innata de vínculo se depositará probablemente en no-personas (enfermedades, animales, cosas), alejándose, en tanto, de sus congéneres.

7.5.20 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, a la imperfección o al ridículo. Por cuidarla en exceso y tratar de que sea "perfecta", 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 positivas no siempre bien manejadas en nuestra cultura. Los hijos pagan entonces su precio. Puede haber tensiones, se coarta la iniciativa y después las personas se angustian ante la incertidumbre, 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. Regaños, burlas o censuras continuas a las diferencias, a la curiosidad y a las búsquedas creativas, a veces aparentemente estrafalarias, mantienen en el tiempo su acción inhibitoria, representando mecanismos de freno al desarrollo personal, que provienen a menudo del medio familiar.

7.5.21 Dinámica de la diferenciación-indiferenciación

En el grupo familiar se mueven 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 maneras 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 (*Pichon Rivière, 1977*) 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 mismo*.

7.5.22 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, a través de ellos, las de sus grupos de origen. De este modo, las características de una familia mantienen muchos 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 por los padres para con los abuelos, o cuando sus miembros, por razones diversas, buscan fuera de ella patrones de identificación que interfieren con las corrientes naturales que se producen en su seno, estamos en presencia de problemas con esta dinámica, los cuales se acrecientan en circunstancias como la emigración, y en los vínculos neuróticos. La mala identificación con su propio sexo, o ser la negación de la figura psicológica de alguno de sus padres, rechazado, pueden ser expresión de problemas con la dinámica apuntada.

7.5.23 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 y su relación con la comunicación y la defensa 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 dependencia, desconfianza, miedo al ataque o a la pérdida; se buscarán alianzas, proliferarán la angustia, las fobias, la hostilidad y los mecanismos neuróticos; la inseguridad proyectiva tenderá a culpar a otros de la propia insuficiencia. Es por ello que, en los procedimientos 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 con las actitudes.

7.5.24 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 emocionales y sensoriales, propioceptivas e interoceptivas, con las experiencias que le acontecen en el tiempo, teniendo en dichas vivencias de su cuerpo el denominador común que le permite asociarle a sus experiencias y diferenciarse 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 bien", "no sirve para nada" y expresiones por el estilo, el niño va integrando su autoimagen como la de una persona que no sabe hacer nada bien ni sirve para nada. Tenderá a ser alguien con una baja autoestima, derrotista y pusilánime, "bueno para nada". Lo contrario conduce a personas asertivas y seguras de sí mismas.

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, junto a su participación real en las decisiones y acontecer del núcleo familiar. Ser sistemáticamente un "cero a la izquierda" lleva indefectiblemente al deterioro de la autoestima.

Cuando la autoestima es baja, cualquier cosa hiere al sujeto, quien tenderá a la susceptibilidad, la tristeza, la minusvalía y a los "complejos" de inferioridad y de ser discriminados dentro y fuera del seno familiar; si está sobredimensionada, otro tanto ocurrirá, tendiéndose a la irritabilidad, la "superioridad", 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 seguridad y de aceptación recíproca, reflejo natural de la aceptación propia. Entre la dinámica de la inferioridad-superioridad y la de la autoestima existe una relación interna que las identifica, a mi juicio, como procesos intervencionales.

7.5.25 Dinámica de la enajenación

Entre las tendencias escapistas a que aludimos en el epígrafe 7.5.2 pudiéramos muy bien incluir este aspecto. Solo que, por su importancia, se justifica un tratamiento diferenciado. 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 a ciencia cierta por qué hace lo que hace, desconociendo el fin último de sus actos que, por demás, suele 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, al 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 pueden resultar afines: he allí la gran paradoja.

Si estas familias lograran "engancharse" por vínculos de afecto, pudieran operar cambios positivos. Si se mantienen funcionando es porque suelen estar presentes lazos emocionales, que no siempre son de signo positivo. Pasiones amorosas o sexuales enfermizas, necesidades neuróticas, actitudes posesivas, vínculos de dependencia, sadomasoquismo, celos, pudieran estar retroalimentando lazos que, aunque en disfuncionalidad, son capaces de mantener operando el sistema. El terapeuta suele percibir, con el sensor de su propia personalidad, la atmósfera de desajuste y morbosidad que se respira al adentrarse en la intimidad de estas familias.

7.5.26 Dinámica de la comunicación y su control

Remito a *Jay Haley*, los terapeutas estratégicos y las técnicas de la comunicación (*Haley, 1969; Hoffman, 1987*), para el estudio profundo de un tema tan complejo. No porque sea difícil de comprender, sino porque rompe con buena parte de los parámetros de la terapia que se han venido utilizando clásicamente. 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 aquí de eso. Se trata de evaluar por el terapeuta cómo comunica entre sí la familia y cómo a través de ello se intenta y logra manipular la conducta de los demás. Con el "estar arriba" (*one up*), o "estar-abajo" (*one down*), destacado por *Jay Haley (1969)*, se expresa la lucha por el control de la comunicación. El "llevar la voz cantante" se puede convertir en el *leit motiv* de la conducta en el intercambio familiar, y el manipular 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 confusa, 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 ésta por parte del 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 fundamentalmente de los mensajes extraverbales (gestuales, conductuales, etc.: epígrafe 8.6) 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, emociones y conductas 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 los otros en la dinámica grupal.

7.5.27 Dinámica de los mecanismos de enfrentamiento. Conflicto amenaza-necesidad

En el epígrafe 1.6 estudiamos los mecanismos de enfrentamiento y en el cuadro 1.1 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 las actitudes adaptativas que en el pasado le resultaron más ventajosas, o variantes nuevas. Conjurada la amenaza o satisfecha la necesidad, retornará al estado de balance y, con tal reforzamiento, el afrontamiento reasumido o un nuevo aprendizaje en el actuar adaptativo, habrán fortalecido su capacidad para enfrentar las dificultades.

Ante el fracaso de los mecanismos habituales de afrontamiento, o la predicción de este, 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 de ella -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. Como consecuencia 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, 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 investigación psicoterapéutica del caso ha de despejar.

7.5.28 Dinámica de los mecanismos de defensa

Modalidad de la anterior que especifica el papel de los mecanismos defensivos inconscientes en el enfrentamiento familiar a los problemas. 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. Psicodinámicamente hablando, el sentido que apreciamos de los mecanismos defensivos radica en su protección del *status quo*, en su intencionalidad evasiva de la amenaza y de la experimentación de la angustia, en su tendencia a contribuir a su modo a la estabilización del sistema, aun en condiciones de disfuncionalidad. Operan intentando defender a un tiempo el *yo* individual de sus integrantes y el *nosotros* del sistema familiar.

Cuando una familia culpa de entrada a la escuela por los trastornos de conducta y los malos resultados docentes que presenta un hijo, dando credibilidad apriorística a las quejas de éste sobre sus maestros, posiblemente está utilizando una defensa proyectiva, distorsionando la percepción de los hechos y, al mismo tiempo -al apoyar en el fondo al hijo para que mantenga sus desatinos-, evadiendo su responsabilidad como padres y como familia en el asunto y, lo que es peor, garantizando con ello que las cosas sigan tal como están. De cierta forma esta conducta del hijo está operando como chivo expiatorio para que la familia tenga a quien culpar por los problemas que determinan el comportamiento del muchacho. Al cumplir su rol de emergente, 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 defendiéndolo ante sus críticos. En el hipotético caso aludido, apoyándole en su medición de fuerzas con sus maestros (padres desplazados), con lo cual el muchacho obtiene cierta satisfacción simbólica de la necesidad inconsciente de desafiar a sus propios padres -a los que le unen sentimientos ambivalentes- quienes con este desplazamiento se benefician. Véase cómo han participado distintos mecanismos en este ejemplo de conducta defensiva familiar compleja.

7.6 Otras categorías asociadas

En el contexto del trabajo psicoterapéutico con familias, ponemos en conocimiento del lector algunos conceptos de interés práctico para operar en su análisis psicodinámico.

7.6.1 Clima familiar

En momentos anteriores he hablado de esta atmósfera afectiva. Su percepción es una experiencia vivencial que se siente con los "sensores" de la propia persona-

lidad: con nuestra propia ecotimia, sentido común y capacidad de apreciación. 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, equivalen a *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, corresponden a un *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.

7.6.2 Configuración actitudinal familiar (set de actitudes familiares)

Sistema coherente de actitudes concertadas, ajustadas por la experiencia en común, 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 emocional. La forma típica de percibir el mundo, reaccionar emocionalmente ante él, pensar sobre los problemas 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 que les plantea la vida en común. Llamo a ello la "actitud familiar".

7.6.3 Figuraciones familiares

La familia, producto de su funcionamiento 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 entre tres que, en su estructuración virtual, interactúan emocional y conductualmente con tantos otros triángulos como puedan matemáticamente integrarse en la familia. 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 y relacionales intercambiantes que vienen a conformar la *gestalt* dinámico-relacional de la familia, en un momento dado. Veamos un ejemplo.

Francisco, el hijo A, en su relación con ambos padres se cela de la que estos sostienen con Eduardo (hijo 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 con Eduardo puede ser dura y elevada la hostilidad entre ambos por las preferencias maternas, mientras, con respecto al padre, puede haber

cierta armonía porque este último se percibe un tanto más equilibrado en su actitud hacia ambos, cuando no está presente la figura de la madre, dominante en la pareja, a la hora de las decisiones que les competen asumir en relación a Francisco. 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 ser humano para operar con figuraciones y símbolos abstractos, cargados de valores subjetivos, así como para elaborar redes asociativas, las cuales gozan de un relativo nivel de autonomía.

El fenómeno edípico es un ejemplo de figuración. Las alianzas, diádas, 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 psicodinámicas y comunicacionales del más diverso tipo.

7.6.4 Deudas generacionales

Por este mecanismo, descrito por *Ivan Boszormenyi-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 comparto su teoría ni asumo sus métodos, pero consigno la dinámica apuntada, ya que nos explica cómo sin considerar la familia ampliada, en sus tres generaciones, a veces no logramos comprender qué está pasando en una familia. *Bowen* también nos alerta en igual sentido.

7. 7 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 ella 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 (interno y externo, biológico y social) caerá en disfuncionalidad.

Los cambios y problemas en el entorno físico, social o cultural, repercuten indirectamente en el sistema familiar y, en ocasiones, de modo directo. También los factores biológicos. La enfermedad grave y permanente de un miembro de la familia puede distorsionar el funcionamiento de todo el grupo. Los conflictos sociales se

reflejan en los hogares a veces dramáticamente. Las crisis económicas y los desastres naturales, también. Las condiciones de *habitat*, empleo, alimentación, escolarización, estado sanitario, clima político, medios de subsistencia, costumbres, sistemas de creencias, instituciones sociales, por mencionar solo 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 un fenómeno social 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 villas-miseria que circunvalan las grandes ciudades en Latinoamérica, condiciona 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 terapéuticas exclusivamente psicológicas, focalizadas al interior de la familia y sus interacciones, subvalorando la esencia humana, atrapada en el conjunto de las 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 supuesto 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 importante de nuestra concepción sobre la funcionalidad.

7.8 Integridad semántico-comunicacional de la familia

Recordemos que la semántica es la rama de la lingüística que estudia la construcción de los significados y su relación con las estructuras y formas comunicacionales del lenguaje. Las estructuras de comunicación y los procesos de representación 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 comunicativa y, por ende, en la salud mental del grupo familiar. A partir de los modelos del mundo presentes en la familia, y de acuerdo con el grado de correspondencia entre ellos y con su realidad existencial, así será la percepción que esta tenga de sus experiencias y la congruencia de las respuestas asumidas ante ellas.

Los procesos que operan en la modelación mental y en su lenguaje, responsables de enriquecer o empobrecer las diversas representaciones de la realidad, pueden resumirse en los procesos de *eliminación, distorsión y generalización*, descritos por la gramática transformacional (Chomsky, 1965); procesos 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 habitualmente reconocido, que se expresa en forma verbal, extraverbal o escrita) al corresponderse semánticamente, en sus aspectos formales, con las estructuras profundas de la modelación del mundo desarrolladas por los sujetos (lenguaje interno), y estas, con la esencia de la realidad que reflejan, se manifiestan como formas del lenguaje "semánticamente bien elaboradas", propiciadoras 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, conforma 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.

Los aspectos formales de los procesos de elaboración semántica constituyen, en puridad, una categoría de la estructura familiar, las cuales abordamos en el epígrafe 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 ellas mediante procedimientos de Programación Neurolingüística (Bandler y Grinder, 1996), se justifica su consideración diferenciada.

A su vez, los aspectos descritos referentes a una comunicación funcional, por aplicarse a la integridad semántico-comunicacional de la familia, caben aquí.

7.9 Defectos en la estructura, funciones, integración ecológica, semántica y dinámica

La relación interna entre estos cinco aspectos se expresa en la funcionalidad familiar. Los defectos en cualquiera de ellos repercutirán de algún modo en los demás y sobre el conjunto. Veamos una metáfora: La *estructura* viene a ser como la anatomía familiar; las *funciones*, la expresión de su fisiología; la *dinámica*, como la actividad metabólica que impulsa sus procesos vitales; la *semántica*, su forma de comunicar; la *integración ecológica*, la relación de intercambio entre el medio interno y el mundo exterior. El conjunto general, en adecuada integración, permite la buena salud del organismo en cuestión. Así, también, operan los cinco aspectos aludidos en la satisfacción de los objetivos funcionales del sistema familiar.

Las familias pueden ser dañadas en su estructura por ruptura parental o del hogar, crisis y desavenencias que las resquebrajen, límites incompetentes, fallo de su nuclearidad, déficit o perturbación en los modelos, desventaja social, inadecua-

dos patrones de comunicación, distorsión de roles, autoridad y jerarquía mal definidos, insuficientes sistemas de apoyo, inapropiados procesos decisorios, inadecuación en los mecanismos de control, reglas arbitrarias, procesos de refuerzo contraproducentes, malos hábitos de vida y entrenamiento e inoperantes mecanismos de afrontamiento, entre otras posibilidades. 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. El fallo 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. La estructura, a la postre, resultará dañada.

La perturbación psicodinámica familiar será fuente de amenaza, conflictos, 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 en ese caso afectadas, y viceversa. Así, una falla o quiebra dinámico-estructural en la nuclearidad familiar, por ejemplo, donde el centro de gravedad para la autoridad, toma de decisiones y significancia emocional radique fuera del núcleo familiar, tal vez en casa de los suegros, podrá ser fuente de conflictos en la pareja, de inseguridad para los hijos; causa de insuficiencia en los modelos de identificación, de inasertividad del núcleo en el afrontamiento a las crisis, de pasivo-dependencia o agresividad en las personalidades que se fraguan en su seno, de ineptitud, en fin, para operar saludablemente como unidad autónoma en respuesta a las demandas constantes de la vida.

Un conflicto dinámico de culpabilidad tras el suicidio de un adolescente que no fue oportunamente comprendido, es capaz de quebrar o de mantener al grupo familiar permanentemente en duelo y explicar el desarrollo neurótico de una hermana menor educada en ese clima, el alcoholismo o la disfunción sexual de un padre o el suicidio expiatorio de una madre que no supo, o no pudo, sobreponerse a sus sentimientos de culpa.

Por otra parte, vimos en el epígrafe 7.7 cómo la marginalidad, el desempleo, las afecciones biológicas y carencias materiales, los conflictos sociales u otros factores ecológicos, repercuten en la funcionalidad familiar. A su vez, ¡cuántos divorcios existen por problemas de comunicación, cuántos conflictos surgen a consecuencia de malas interpretaciones, de errores en el significado que se atribuye a los sucesos familiares!

Lo visto hasta aquí ofrece a nuestro modelo de Medicina Familiar un conjunto de elementos conceptuales que permiten al especialista de la Atención Primaria de Salud y de la Salud Mental, profundizar en el estudio de la familia, en su salud y en su manejo terapéutico con enfoque sistémico, dotándole de argumentos para intervenir profesionalmente en ella, apreciándola no como una sumatoria de individuos sino como un sistema unitario, cualitativamente diferenciado, que cumple un papel reproductor de la especie, la cultura, el sistema social y la personalidad humana, con el que nuestro modelo comunitario de salud necesita aprender a interactuar como tal sistema, tanto en promoción como en prevención, atención y rehabilitación,

circunstancia que puede determinar en los resultados del trabajo en salud a que aspiramos.

Infinitos son los ejemplos que pudieran ilustrar los argumentos expuestos. Considero suficiente, por el momento, lo señalado hasta aquí. 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 al final de la siguiente sección.

SECCIÓN TERCERA: **P**SIKOTERAPIA

PSIKOTERAPIA. GENERALIDADES

LA ESCUELA CUBANA DE PSIKOTERAPIA

PSIKOTERAPIA CONCRETA PROFUNDA DE ACTITUDES

PSIKOTERAPIA CONCRETA BREVE DE ACTITUDES

PSIKOTERAPIA CONCRETA GRUPAL DE ACTITUDES

PSIKOTERAPIA FAMILIAR

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 causas, pudieran desarrollarse métodos científicos para atender y curar las enfermedades. 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 de la creatividad humana descubrió la sugestión: la del que se curaba por la fe en el otro y la del que realmente creía que curaba al semejante con sus "poderes" sobrenaturales. Y la solidaridad en el dolor fue creando el apoyo y el consuelo, el compartir una "cura" en la que ambos protagonistas confiaban, porque la cultura en ciernes necesitaba que unos y otros así lo creyeran. Por eso los brujos, chamanes, hechiceros de la tribu, supremos sacerdotes, adivinos y santeros han ejercido a lo largo del tiempo enorme influencia social. Ellos fueron el origen más remoto de la profesión médica, y en sus ritos ceremoniales y maniobras mágico-religiosas para alejar los males del cuerpo y del espíritu -casi universalmente identificados entonces con la enfermedad - encontramos los orígenes de la medicina y, también, de la psicoterapia. Pociones y unturas solían acompañar a rezos y exorcismos. Pero el solo hecho de que se aceptasen, implicaban la influencia personal 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 haya prescindido 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 (1856-1939)* la paternidad histórica de la psicoterapia moderna -esa que se estudia en textos científicos pero que solo se aprende a hacer con un maestro, al lado del enfermo-. Tras él, toda una revolución en la atención médica y psicológica, 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, asimilar de cada escuela aquello valedero, 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 rechazemos su organoterapia? ¿Es que *Sullivan*, *Rogers*, *Horney* o *Adler* pierden su talla porque subvaloraron la base material del cerebro humano? ¿O podemos escamotearle a *Pavlov (1849-1936)* su genio fundador, al lado de *Freud*, solo porque experimentó básicamente con animales y no profundizó en las complejidades sociales e intrapsicológicas involucradas en las neurosis humanas? No, ser científico no es vivir de prejuicios y de dogmas. Escritas hay miles de páginas que critican 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 insolubles 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 algunos a 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 definiendo 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.

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

¿Qué es, pues, la psicoterapia? Es un sistema de métodos, estrategias y recursos terapéuticos de tipo psicológico para personas enfermas o en riesgo de estarlo, el cual -a través de distintos procedimientos de la comunicación interpersonal- busca el alivio o la recuperación de un trastorno, la solución de un conflicto psicológico y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, las familias y los grupos. Corresponde su aplicación profesional 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, lingüísticos y relacionales que hagan posible una superior funcionalidad personal e interpersonal;

mayor conocimiento y dominio de sí mismos y de las propias decisiones, y una mejoría en la calidad de vida. Puede ser individual, en pareja, en grupos, con la familia o aplicada mediante la creación de un ambiente institucional organizado al efecto. Precisemos algunos aspectos esenciales del concepto que ofrecemos al lector.

Sistema de métodos terapéuticos

La psicoterapia se encuadra en el contexto del binomio salud-enfermedad. Como forma de tratamiento que es, se aplica a personas enfermas o en riesgo de estarlo y, por tanto, se diferencia de la orientación pedagógica, el consejo psicológico u otras técnicas de muchos de cuyos recursos se nutre y que, a su vez, se aprovechan de sus aportes, precisamente porque se desenvuelve con relación a ese binomio, con un fin fundamentalmente terapéutico. No olvidemos que para que podamos decir que hay trastorno o 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, de los substratos bioquímicos, bioeléctricos o biodinámicos, etc.- que requiera el 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 (*Snezhnevski, 1987*), actuando a través del sistema nervioso central y de 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, recuperación y rehabilitación.

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

Es un sistema de métodos, porque no puede hablarse de una psicoterapia única o de un solo recurso o procedimiento que se utilice aisladamente, aunque fuere en un paciente individual, ya que es precisamente la sinergización de procedimientos y recursos técnicos aplicados en sistema alrededor del cumplimiento de objetivos definidos, 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 sistema coherente de métodos científicamente seleccionados para una intervención psicoterapéutica diseñada *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.

En una psicoterapia científica, los objetivos concretos que se pretende lograr con el paciente, el grupo o la familia, definen y organizan el sistema de recursos que se debe emplear.

Recursos de la comunicación interpersonal

La comunicación jamás transcurre en una sola dirección. Siempre es social, porque requiere un código de consenso y, al menos, de dos personas que codifiquen y decodifiquen el mensaje que transcurre por diversos canales y en un contexto humano, que le confiere sentido. La comunicación ha sido establecida solo cuando los otros, de algún modo, hacen conocer que recibieron y comprendieron 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 va a comunicar. Es, pues, interpersonal y no solo se expresa con palabras; las manifestaciones gráficas y las distintas señales que emitimos en forma de gestos, posturas, modales, inflexiones de la voz, sonidos guturales, etc., son también comunicación. Podemos comunicar hasta a través de la música (por ejemplo, toque de diana, himnos de combate). A veces decimos no con la palabra y sí con la mirada. Con un silencio podemos expresar muchas cosas. Hemos de dominar los distintos factores de la comunicación verbal y extraverbal y saberlos emplear técnicamente en la terapia.

Sullivan (1959) describió al psicoterapeuta como un "observador participante con control de su rol" quien ha de ser, en realidad, un experto en comunicación que aplica 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 necesarias, en el proceso de la terapia.

Muchas modalidades terapéuticas 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, posteriormente, dedicaremos atención al papel de la comunicación en terapia.

Alivio de síntomas, recuperación del trastorno y mejoramiento de la calidad de vida

Hay enfermedades que podemos curar, otras no. En el segundo caso, al menos, debemos aliviar las dolencias. En ambas posibilidades 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 en la seguridad que le inspira el trato técnico y humanamente apto del terapeuta.

Pero el apoyo emocional y la sugestión, entre otros recursos, no solo alivian los síntomas. La corrección que la influencia de los recursos de la comunicación, técnicamente bien empleados, ejerce sobre los mecanismos fisiopatológicos involucrados en los trastornos neuróticos, los antiguamente llamados trastornos psicósomáticos 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 de las disfunciones sexuales, neurodermatitis y disfonías psicógenas.

Se pueden emplear técnicas de relajación, hipnosis, terapias comportamentales, intervenciones paradójales o técnicas de *insight*, en dependencia 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 provocan 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 formalmente al campo de la medicina.

Por otra parte, el amplio y multifacético universo 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 horizontes de su trabajo. La psicoterapia no es ajena a este proceso ni a las tendencias actuales hacia la integración y complementación de las diversas disciplinas.

Bajo correcto entrenamiento y supervisión, los médicos, psicólogos, enfermeros, defectólogos 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 las de grupo y de familia, no debamos obviar el correlato biológico, como tampoco el psicosocial, de toda enfermedad, ni que el equipo requiere trabajar en estrecha coordinación, de modo que las acciones individuales respondan a un diagnóstico, una indicación y una estrategia de intervención enmarcadas dentro de los objetivos terapéuticos, valorados en equipo en la medida de lo posible y asumidos para cada caso concreto, bajo el liderazgo científico y administrativo del terapeuta responsable.

A nadie se le ocurriría dejarse operar por una persona que no haya estudiado cirugía ni practicado en un salón de operaciones. Pudiera costarle la vida. Ahora

bien, la psicoterapia "opera" sobre la vida íntima de las personas, sus conflictos, intereses y objetivos vitales. En ella la iatrogenia puede ser tan fatal como en el ejemplo del quirófano, y sus lamentables efectos, contribuir a la muerte o 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 se puede llegar con lo que sabe o le corresponde, de acuerdo con su profesión, los recursos de que dispone y el lugar de la organización de salud donde trabaja.

No hace psicoterapia quien cree hacerla sino los que se capacitan adecuadamente para su ejercicio y cuyo contenido profesional de trabajo responde a esa encomienda social. Este es un proceso complejo que requiere tiempo y dedicación, que no puede acometerse superficial o irresponsablemente. Muchas escuelas preconizan -y no sin razón- el análisis didáctico previo al ejercicio de la psicoterapia. 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 preceptores competentes, durante un tiempo suficiente, a lo largo de su formación. Los miembros auxiliares del equipo de terapia, a su vez, deben ser objeto de control y de un entrenamiento suficiente para este tipo de trabajo, con rigurosa evaluación de actitudes y aptitudes. Obviar estos trámites imprescindibles es dar espacio a la iatrogenia, al intrusismo y a la desacreditación del valor científico de la psicoterapia como instrumento mayor al servicio de la atención de salud.

Recursos variables en dependencia de los objetivos

He 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 preconizo.

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

1. Aquellos que pretenden el alivio o eliminación de síntomas promoviendo el apoyo emocional, el empleo del sentido común, la adaptación al medio ambiente y el *manejo operativo* de los factores que están favoreciendo el trastorno.
2. Aquellos que pretenden, junto al alivio o eliminación de los síntomas, lograr cambios significativos en el comportamiento, las actitudes 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 conflictos 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 persiguen.

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, desensibilización, toma de conciencia, condicionamiento, inspiración, reentrenamiento de la función de relación, programación neurolingüística y otras. Cada técnica suele usar una combinación de ellas, utilizando recursos diversos.

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 los dos sistemas de señales a que aludiera *Pavlov*. Veamos los mecanismos más connotados.

Toma de conciencia y reorientación cognitiva

Obtener *insight*: volver consciente lo que permanece inconsciente o se desconoce. Aprender el sentido y significado de algo que concierne íntimamente al sujeto. Darse cuenta del absurdo implícito en ideas irracionales que están jugando un papel perturbador. Todos los ejemplos anteriores constituyen aspectos posibles de este tipo de mecanismos. El psicoanálisis o análisis del inconsciente y la terapia racional emotivo conductual de *Albert Ellis (1984)* son expresión concreta de su utilización sistemática. Las también llamadas terapias de significación o situación (*Béquart y Murdworf, 1965*) entre las cuáles se encuentran las modalidades del psicoanálisis, la logoterapia y las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales, descansan en esta clase de procesos.

Movilización de emociones y sentimientos

Remover la ansiedad para evidenciar mecanismos de defensa. 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, todo ello 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 y la realidad externa. Además, esta movilización emocional favorece que emerjan a la conciencia recuerdos y conflictos que entonces pueden ser manejados (recordar que en el sistema límbico coinciden el control de la vida emocional y la memoria). Su asociación al *insight* constituye el núcleo central del cambio en las terapias profundas, incluyendo la terapia concreta de actitudes.

Reentrenamiento de la función de relación perturbada

Por medio de la resocialización, el intercambio comunicacional, la interacción, el desarrollo de la asertividad, así como del diseño, ejercicio y modificación de roles, entre otros recursos, la persona con dificultades en sus relaciones humanas tiene oportunidad de confrontar y modificar estas con un *sparring partner* terapéutico, que es, a decir de *Sullivan*, "observador participante con control de su rol" -especialista en relaciones interpersonales - entrenándose en la situación privilegiada de la terapia para, luego, poder interactuar con otros en la vida cotidiana en condiciones más favorables. Es incuestionable su carácter terapéutico cuando se quiere modificar la actividad relacional perturbada.

Cambio de actitudes

El análisis de actitudes permite fortalecer aquellas que favorecen el desarrollo de la adaptación y de las potencialidades y trabajar hasta modificar las inadecuadas, creadoras de desajustes e inadaptación. El identificar y limar aristas problemáticas del afrontamiento y del carácter, así como el reencauzar las predisposiciones enfermizas por senderos positivos, apoyándose para ello en la movilización emocional, el *insight*, el diseño y refuerzo de conductas, entre otros recursos, constituye un importante factor de ajuste y equilibrio personal. Las terapias breves y de crisis suelen apelar a este mecanismo con mayor o menor grado de conciencia de ello (*Barrientos, 2004*), al igual que lo hacen sistemáticamente las distintas modalidades de terapia de actitudes preconizadas por el autor.

Modificación de conducta

Al trabajar los síntomas y trastornos de la conducta con técnicas comportamentales, modelando, presionando a favor o en contra determinados comportamientos, reforzando aprendizajes positivos y diseñando el contracondicionamiento o la extinción de aprendizajes patológicos, se favorece la adaptación, se eliminan conductas sintomáticas, se fortalece la personalidad (*assertive training*), se retroalimentan los cambios y premian los progresos, haciendo uso racional de los aportes científicos llegados de las diferentes escuelas del aprendizaje. El empleo del condicionamiento, el refuerzo, la inhibición recíproca y la extinción, con el apoyo de la reorientación cognitiva, constituyen elementos consustanciales a la eficacia de este mecanismo.

Disminución del sufrimiento

El apoyo emocional, la solidaridad e incondicionalidad para la ayuda en el dolor, la tranquilización, la relajación muscular, la simpatía, la comprensión y el empleo oportuno del sentido común permiten el reajuste emocional, el alivio o eliminación de la ansiedad y de otros síntomas que se asocian a esta y a la inseguridad que la condiciona, expresando capacidad para disminuir el sufrimiento, común a los más diversos trastornos psiquiátricos y clínicos. Al reducirse el malestar emocional disminuye el nivel de estrés y, con ello, el papel de este en el comportamiento de los

factores fisiopatológicos involucrados en la patogénesis de los trastornos por claudicación ante el estrés.

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 inseguridad y la angustia por mala información, 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 Bickov (1942). Es utilizada sistemáticamente en la corrección de las ideas irracionales presentes en diferentes trastornos.

Imitación e identificación

Cual el niño con sus figuras parentales, en el contexto de la psicoterapia el paciente también aprende por imitación. El ejemplo grupal, la identificación con el terapeuta, con algún miembro o experiencia positiva en un grupo terapéutico, el promover la incorporación de ciertas cualidades del objeto temido o amado, son recursos psicológicos que se utilizan en diversas técnicas con el propósito de alcanzar determinado objetivo psicoterapéutico en el que este tipo de aprendizaje constituye la vía. La inspiración, el empleo de refranes y de lecturas inspirativas, al identificar al sujeto con un patrón conductual, valor moral o motivo que da sentido al esfuerzo o comportamiento que se quiere estimular, constituyen procederes afines de gran utilidad que se apoyan en ello.

Sugestión

La influencia activa y consciente de la personalidad, la voluntad y las formulaciones mentales efectuadas en forma de órdenes verbales o escritas de una persona sobre otra, 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, lo cual constituye la sugestión, logra, en grado mayor o menor, incidir en el funcionamiento mental u orgánico, los síntomas o las acciones del sujeto, los cuales pasan a incorporarse por este 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 como mediante el uso de sus artes personales de comunicación, descansa en este mecanismo.

Generalización

Mecanismo terapéutico común en las técnicas psicoterapéuticas, sobre todo en las 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 quizás se creían exclusivos, con la consiguiente disminución de la vergüenza o sentimientos afines consustanciales a tales fantasías. También, aprendizaje por extensión a otras áreas de la personalidad, a problemas afines o a otras esferas del conocimiento y de la actividad, de lo captado consciente o inconscientemente por el sujeto a partir de la asociación y asimilación a su caso de experiencias surgidas o provocadas a propósito de la psicoterapia.

Programación neurolingüística (PNL)

Tras los estudios de *Bandler y Grinder (1996)* acerca del papel de las formas de los procesos psíquicos como contrapartida al estudio de los contenidos, común esto último a la mayoría de las escuelas, se ha brindado una atención especial a las diferentes formas experienciales o de representación en el comunicar, implícitas en las estructuras formales de la construcción semántica del lenguaje y en la modelación lingüística 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 de la realidad. El corregir y enriquecer los procesos semánticos relacionados con la problemática de los pacientes, las familias y los grupos, con la finalidad de lograr un lenguaje "semánticamente bien elaborado", 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 que se prefiera utilizar.

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, 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 que se pretende conseguir.
- El tipo de sujetos beneficiarios.
- Las características que la identifican: a) el mecanismo fundamental de la terapia, b) la escuela a que se adscribe y c) el autor que permite individualizarla.

De acuerdo con el enunciado anterior, clasificaremos como *breve* la psicoterapia de corta duración y objetivos limitados; como *profunda* o prolongada, aquella de objetivos de más largo alcance -reeducativos, "reconstructivos"- abarcadores

de distintas facetas del psiquismo y la personalidad, cuya duración se suele prolongar en el tiempo, aunque existen terapias breves intensivas, con objetivos de cierto alcance, como la terapia breve concreta de actitudes que desarrollo en este libro. A su vez, de acuerdo con los sujetos 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. Aún más, cabe especificar, dentro de ellas, las terapias de autor (freudiana, lacaniana, rogeriana, sullivaniana, adleriana, ericksoniana, etc.). Su relación sería interminable.

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, 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 y de tal autor" y seríamos consecuentes con nuestro modo de clasificar.

Como no es mi objetivo abordar en este libro las innumerables modalidades de psicoterapia que disponen hoy en día de técnicas individualizadas, desarrollaré específicamente mi técnica de psicoterapia concreta de actitudes en sus variantes individuales (breve y profunda), grupal, y familiares (breve y prolongada), con el abordaje de crisis y el enfoque 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 (técnica o modelo), integra recursos, estrategias y una sistemática específica en su utilización.

Definimos la técnica o *método psicoterapéutico* como el sistema de recursos y procedimientos de intervención psicológica que, apelando a mecanismos terapéuticos específicos, se emplea 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, siguiendo determinadas estrategias, 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 y pueden ser utilizados como parte de estrategias diversas.

Se considera *estrategia de terapia* a la selección consciente de un conjunto coherente y ordenado de recursos, procedimientos y mecanismos terapéuticos para manejar problemas identificados en el paciente, el grupo o la familia y alcanzar, mediante esta, objetivos determinados, adecuándose y enmarcándose en el contexto de la técnica o método psicoterapéutico seleccionado. En una correcta estrategia de terapia, los recursos que la integran van siendo utilizados, en buena medida -de acuerdo con las necesidades específicas del momento terapéutico- con el fin de alcanzar conjuntos concretos, definidos, de objetivos, siguiendo en todo caso, sin desviarse de los objetivos, la direccionalidad y lógica interna del 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 y autor específico que lo hicieron parte de sus métodos. Sin embargo, con el desarrollo histórico de la psicoterapia, los nuevos métodos fueron nutriéndose de recursos tomados de técnicas anteriores, de diverso origen. Así, nos parece necesario disponer de un inventario de recursos de diferentes procedencias, toda vez que al concretar una estrategia de intervención *ad hoc* de acuerdo con los objetivos particulares establecidos para un paciente, un grupo o una familia específicos, 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, buena parte de los cuales podemos utilizar en la terapia que describiremos aquí.

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 responder a experiencias conflictivas que no pudieron integrar una imagen verbal consecuente por su carácter de estímulo supramaximal y que lesionaron su integridad o su autoestima en su oportunidad, las que hubiesen dañado su precaria seguridad de haberlos integrado a su experiencia como vivencia propia. Generalmente se expresa mediante descargas conductuales de carácter simbólico, con gran contenido afectivo y escasa o nula verbalización. El terapeuta propicia en ocasiones estos estados en la situación terapéutica, como forma de reintegrar -y poder interpretar- las asociaciones ideo-afectivo-motoras disociadas en el SNC tras experiencias traumáticas pasadas, 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 de representación que este utiliza, en consonancia con las claves que muestra y los predicados que verbaliza. Por ejemplo, con un paciente *visual* (que ha usado predicados que permiten 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...", "Ói-game", apelaría a la letra de una canción, a refranes como "Cuando el río suena...", a las inflexiones y el tono de la voz, a la musicoterapia. Ante personas *kinestésicas* (que se expresan con el cuerpo y representan poco en palabras): "Siento que...", "hay que actuar con suavidad", "me doy cuenta del peso que siente sobre su espalda"; utilizaría la relajación, el lenguaje corporal, la movilización emocional, el contacto piel con piel y otros procedimientos que apelen a las sensaciones corporales y a 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 en 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 prejuicio. Consejo es orientación, reflexión, pero se corre el riesgo de que se le interprete como prescripción facultativa.

Acotación. Observación hecha al paciente de soslayo, como de lado, para que tome nota mental sobre algo que ha dicho o que ha sucedido y sobre lo cual posiblemente el terapeuta querrá volver en ocasión posterior. Sirve para que el sujeto, a veces subliminalmente, 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 o un miembro del equipo, 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 en su ayuda de las partes sanas de la personalidad y recursos del paciente, y la participación de su compromiso y su voluntad, para la obtención de los objetivos psicoterapéuticos mutuamente concertados (Joyce y Piper, 1998; Meissner, 1998).

Amplificación de incongruencias. Ante incongruencias o contradicciones 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 manifestando.

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 inmediato cuando esto resulta conveniente al curso y el sentido de la terapia.

Análisis biográfico. Como su nombre indica, pedir al paciente que relate aspectos de su vida, verbalmente o por escrito, facilita la autocognición, demuestra interés por parte del terapeuta y le permite obtener importantes puntos de referencia para el análisis, que se focaliza en la búsqueda de antecedentes y significaciones vitales. Mediante la valoración biográfica se trata de 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, transiciones e interpretaciones. Las defensas se analizan como un modo de controlarlas y superarlas, detrás de ellas aparecen 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 pierde el control de la relación y se afecta su propia capacidad de análisis e intercambio. Ha de ser un observador espontáneo y franco, que participa y es auténtico al comunicar, debiendo cuidar el mantener en todo momento su rol de terapeuta. El análisis, de conjunto con el paciente, de las dificultades en la comunicación y de las defensas que le son típicas a este debido a 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 ortodoxo, que ve la resistencia como una fuerza proveniente de una instancia antropomórfica, cargada de energía, que se opone sagazmente a que salgan los impulsos del *ello*, estableciéndose una verdadera batalla entre catexis y contracatexis, gobernadas desde instancias metafísicas creadas por la mente genial de *Freud*, vemos como una realidad clínica, objetivamente comprobable, que los pacientes neuróticos -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". Yo diría: No hay peor ciego que aquel que asume la actitud de negar la percepción de aquellas realidades que, de aceptarse, lesionarían la autoestima o la imagen del *yo*, creando una angustia insoportable. "Mejor no darse por aludido". Represión, para mí, es actitud de evasión.

Sería dogmático que negáramos la existencia de una oposición, habitualmente no consciente, a percibir o valorar lo que por alguna razón significativa resulta altamente escabroso para uno mismo. Hacerlo equivaldría "a botar al niño al arrojar el agua usada de la bañera". Puede discreparse en cuanto a las causas o los mecanismos que lo explican, 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 -yo diría que lo inatendido- está en disonancia con la actitud que, como todo sistema, se opone automáticamente a lo que pueda sacarle de su curso. Recordemos que la actitud es una configuración sistémica, un modo de ser del SNC y la personalidad, y que los sistemas, basándose en el principio de morfostasis, tienden a neutralizar cualquier influencia o información que pueda apartarlos de los objetivos para los que están configurados (en este caso defender la integridad de la personalidad y el *status quo*). Es por ello que la disonancia con la actitud anula la información fuera de programa cuando esta le resulta amenazante, por la carga afectiva inhibitoria memorizada que conlleva el significado de la información en cuestión. Se produce una eliminación semántica, de acuerdo con la gramática transformacional (*Chomsky*), de aquello que contradice lo que pauta la actitud aprendida. El aparato defensivo del estrés constituye el sistema coordinador de estos mecanismos automatizados en los que la memoria, la afectividad y los procesos de percibir y tomar conciencia, desempeñan su papel.

Clínicamente, los pacientes oponen los mecanismos defensivos, 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 de peligro 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 los trastornos por claudicación ante este, conforme fundamentáramos oportunamente).

Por expresarse la resistencia en mecanismos de defensa para no tomar conciencia de la información con una significación 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 toma de conciencia del ardid defensivo, se debe seguir arremetiendo, aprovechando el resquebrajamiento de la estructura "protectora" y la consiguiente baja de la guardia, trabajando bajo fuerte carga afectiva el conflicto subyacente. Son estas, oportunidades privilegiadas que nos permiten incidir sobre los procesos funcionales que están detrás de la actividad psicológica inconsciente. Y de modificar, con el cambio de actitud, 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 constituyó 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 que lo producen y el código para su lectura de conjunto con el interesado, sí constituyen patrimonio accesible a la psicoterapia. 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 señalado de considerar símbolos universales, en consecuencia con su cosmogonía: todo objeto largo y puntiagudo para él representa un pene; un túnel o una caverna oscura, 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 (*Fromm*), como mecanismo de defensa del dormir (*Pavlov*), como búsqueda de una solución (*Stekel*), como reflejo de la actividad residual de un estímulo que concitó la excitación del sistema nervioso durante la vigilia (*Sviadosh*), como expresión de una actitud (*Bustamante*), etc. Cual si fuese un *test* de *Rorschach*, las configuraciones oníricas constituyen un acicate a la proyección (*Keller et al., 1995; Stein H, 1995*), y como tal, el trabajo de interpretación depende más de lo que aportan el paciente y su historia, así como el contexto en que se produce e interpreta el sueño, que de los significados preconcebidos en posesión del terapeuta, quien acude a interpretar determinados sueños (sobre todo aquellos que se repiten y causan angustia) en dependencia de las contingencias de la terapia y de las significaciones particulares aprehendidas de la problemática del paciente. Todavía es arte de "son-sacar información", más que ciencia.

Análisis de la transferencia. Siguiendo la línea de los recursos psicoanalíticos, la transferencia, que expresa para esta escuela 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 estos sentimientos 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 dificulten la relación médico-paciente y que pueden apartarla del tipo de vínculo *sui generis* que en mi criterio es lo que las hace específicamente terapéuticas: un *rapport* respetuoso y empático, ajeno a fantasías neuróticas, enmarcado en una relación de ayuda en la que el terapeuta ha de ser el mejor soporte de la realidad y de las relaciones interpersonales sanas. Los nexos transferenciales clásicos en mi terapia son 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 tomando medidas para que no se reproduzcan posteriormente. A esto le llamo establecer la distancia adecuada: cálida pero asexuada.

Análisis costo-beneficio. Se pide al paciente haga una lista de los beneficios y perjuicios que una determinada conducta o decisión tiene para él, con la finalidad de que pueda valorar su elección con mayor conocimiento de fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades.

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 la utilización de este recurso.

Consiste en seleccionar un estímulo sensorial (visual, auditivo, corporal 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 definidamente favorable -o negativo, en caso de que se quiera obtener un componente aversivo - pueda dar acceso a esa experiencia afectivo-motivacional 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. Al operar de ese modo con los procesos mentales se puede influir rápida y eficazmente en ellos, por la vía de los condicionamientos inconscientes. Se puede también cumplir el objetivo de este tipo de terapia enseñando al paciente a controlar por sí mismo estos procesos y, actuando sobre ellos, a modificar su propio comportamiento.

Apoyo emocional. Solidaridad, aliento, estímulo. Decir al paciente con nuestra actitud: "Estoy aquí contigo para ayudarte, puedes contar conmigo: no estás solo en tu problema". El apoyo forma parte de una buena relación terapeuta-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 con el 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 preferiblemente de forma contingente (inmediata) 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, resulta de obligada consideración por tender al crecimiento personal y a la afirmación y maduración de la personalidad. Para *Rogers y Kinget (1967)*, 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 que no permiten al organismo integrar adecuadamente los distintos aspectos de la experiencia o, simplemente, están necesitadas de oportunidad para su cabal expresión. Las necesidades humanas de realización y trascendencia les están relacionadas.

Asociaciones libres. Recurso psicoanalítico por excelencia (Fonagy, 2003) en el que se le pide al paciente deje fluir libremente sus pensamientos sin 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-longue* y en forma completamente pasiva- a estimularle de vez en cuando con alguna pregunta, una observación, la repetición de una muletilla o de una última palabra o frase pronunciada por el paciente, con el propósito de 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; es, para ellos, su *via regia*. Como consume mucho tiempo, la utilizo poco, pero reconozco que, por facilitar las asociaciones y disminuir las defensas al comunicar, facilita evocar información susceptible de ser analizada.

Ataque a la vergüenza. En pacientes con fobias sociales se les pide en forma bien dosificada y progresiva, que hagan cosas ridículas en público que le provoquen vergüenza, como hablar en voz muy alta, cantar, vestirse o peinarse en forma llamativa, todo ello con vistas a facilitar la desensibilización.

Biblioterapia. Empleo terapéutico de la lectura dirigida.

Cambio de historia personal. Cuando el paciente es víctima de una experiencia de su pasado que no supo o no pudo manejar adecuadamente y que guarda relación con sus fantasmas presentes, 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", disminuyendo la posibilidad de 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 de este modo, aunque imaginario, un repertorio de respuestas "eficaces". El viejo aprendizaje no se borra; se construye otro en paralelo. Según la PNL, ahora el paciente dispone de otras opciones para elegir, en situación actual de mayor seguridad, la cual puede reforzarse con recursos accesorios.

Catarsis. Descarga emocional y verbal que se provoca en el paciente mediante la cual este 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. Como en cirugía, cumple el papel de un drenaje de un "absceso" emocional.

Clarificación. La precisión en el diálogo terapéutico de lo esencial del tema analizado favorece la toma de conciencia, razón por la cual el terapeuta puntualiza

e insiste en aclarar exhaustivamente 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 típico del paciente que están provocando sus dificultades.

Claves de acceso. La PNL 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, la posición de la cabeza, etc.) al igual que determinadas posturas corporales típicas (posiciones Satir) y que son, por demás, comunes a la especie humana 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 de modelar lingüísticamente la realidad y comunicar que en los contenidos psíquicos *per se*.

Comunicación extraverbal controlada. Conocedor de que no solo 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 del receptor 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 planteamientos o la postura que asume ante algo significativo, lo cual crea ansiedad y, bien aprovechada por el terapeuta, facilita la toma de conciencia.

Connotación positiva. Todo comportamiento problemático, 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*, *Carl Rogers* y, en nuestro medio *José Galigarcía*, 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. Ello 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 renunciamento por parte de este al aceptar

la condición de enfermo o sobreponerse a la adversidad 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 sistémico.

Contraparadoja. Paradoja terapéutica que se contrapone a la situación paradójica que sustenta la conducta sintomática. La identificación de las paradojas existentes en la conducta o 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* (1978), hace galas de su maestría y 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, manipulado y afectado en su autonomía por un exceso de control de parte de su familia, que lo hace paradójicamente "por su bien", se desenvuelve también paradójicamente ante esta "buena intención", en situación permanente de oposicionismo y rebeldía, el terapeuta prohíbe a la familia la oposición al negativismo recalcitrante y molesto del paciente, mientras ordena al mismo seguir siendo oposicionista, con lo cual este queda atrapado en una contraparadoja terapéutica: mediante ella, si cumple el mandato de ser negativista, rompe su oposicionismo y, si se niega, al hacerlo no tiene otra alternativa que romper también 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 que es desagradable al otro, a cambio de una modificación equivalente por la contraparte. Estos acuerdos son terapéuticos en la medida en que contribuyen a superar conductas no adaptativas. Equivalen a transacciones resultantes de una negociación.

Contrato terapéutico. Esclarecer qué corresponde al paciente, al grupo o a 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, resulta esencial y es definitorio 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 desde los primeros momentos de la terapia. A partir del contrato se define la estrategia.

Control del tiempo de procesamiento (downtime). 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 maneja. No tomar en cuenta el *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 trabajar en estrecha identificación aumenta las posibilidades de profundizar en los componentes comunicacionales y dinámicos de la terapia. El coterapeuta apoya, funge como *alter ego*, permite la actuación, confrontar, hacer modelado y refuerzo, intercambiar opiniones, entre otras ventajas. La falta de identificación entre ambos, el desconocimiento de esa técnica o la improvisación resultan peligrosos y pudieran dar al traste con los objetivos propuestos.

Creación de alternativas. Sea a partir de la experiencia presente, elucidando con el paciente realidades, actitudes y posibilidades mientras se le lleva a esclarecer y definir las opciones que tiene por delante, 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 ideas 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 posibilita 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, lagos o playas tranquilas, está indicado, junto a otras medidas reparadoras del distrés emocional o "surmenage".

Definición de metas. Precisar las metas u objetivos 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 posibilidades y potencialidades reales, ha representado un proceder común en las terapias profundas de corte analítico. En nuestro medio el profesor *Humberto Suárez Ramos (2004)* y sus colaboradores han desarrollado un eficaz método de terapia breve y grupal basado en ello identificado como *Camino hacia las metas*.

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 al objeto de movilizar la dinámica.

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 criticar.

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, constituye un recurso de excepción. Las terapias aversivas empleadas en adictos, bien sea utilizando el aprendizaje condicionado pavloviano o el instrumental, skinnereano, hacen uso de modalidades de castigo a la conducta indeseada, preconizadas por escuelas de corte reflexológico. En este caso el recurso es conocido como *condicionamiento aversivo*.

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, ridiculizar, restar importancia, ignorar 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 supuesta 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 cual 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 *Erickson* 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 adquiera un significado diferente al que ostenta en el contexto en que aparece. 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, por ejemplo, la imagen verbal "¡alto!" seguida 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 éstos 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 en el caso del 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 el manejo conductual de síntomas, ante invalidez psicológica o para aspectos muy precisos de implicación 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 utilizada en terapia comportamental como parte del 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. Llevar al análisis de la situación actual de acuerdo con vivencias objetivas contradictorias con las significaciones neuróticas, compulsarles al aquí y ahora, a responder al presente y no de acuerdo con sus fantasías, es un recurso muy importante. Romper la contaminación morbosa 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 (Carbonell y Partelano-Barehmi, 1999; McKenna y Haste, 1999). 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. El *modelaje* o ejemplificación de comportamientos que conviene imitar es una de sus modalidades, en el contexto de la terapia conductual. 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. Si la técnica se aplica en toda su extensión y complejidad, con énfasis en su dimensión proyectiva y analítica, se trata entonces del psicodrama.

Empatía. Ponerse en el lugar del paciente e intentar percibir las cosas como este las percibe. Aceptarlo incondicionalmente. No juzgarlo. Crear una atmósfera de respeto y consideración proclive a la confianza. Es esencial a la *actitud psicoterapéutica*.

Encuadre. Ubicar la sesión, o un momento dentro de ella, en el contexto del objetivo preciso de la terapia, de acuerdo con los propósitos específicos planteados para esa etapa. Definir la temática, objetivos, contexto, reglas y límites de la sesión o la terapia.

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 la motivación y 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 que tiene como opciones ante sí, se le estimula a ensayar en la práctica aquellas conductas que considere pudieran resultar favorables a su mejor adaptación, las cuales constituyen meta-alternativas.

Ergoterapia. Empleo del trabajo con fines terapéuticos. No confundir con la *terapia ocupacional*, que es un término genérico que integra todos los recursos que descansan en la actividad u ocupación creativa y el uso útil y organizado del tiempo por parte del paciente.

Esclarecimiento. Por este recurso, luego de ventilar con el paciente las distintas alternativas de solución de un problema, los aspectos 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. La "pelota" se pasa entonces del lado del paciente.

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 objeto de análisis, se pide a uno de ellos, o a todos progresivamente, se representen mentalmente a su familia y ubiquen luego físicamente ante el terapeuta -utilizando a los otros miembros como figuras- a los distintos personajes en la postura que les parezca ocupan con respecto al conjunto, pidiéndoles que permanezcan quietos en esa posición -a manera de una escultura- cuando el escultor quede satisfecho. Esto provoca posteriormente intensas interacciones, que son analizadas en la sesión.

Establecer distancia. Cuando el vínculo transferencial 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 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 "estar-en-el-mundo-con-el-otro", o sea, aceptarlo tal cual es, como desde dentro, sin juzgarlo, poniéndose en su lugar 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 terapeutas y pacientes comparten su intimidad y sus experiencias vivenciales en una atmósfera de absoluto acriticismo, desinhibición y mutua aceptación. Estos grupos no son compatibles con la terapia grupal concreta de actitudes.

El análisis existencial considera el encuentro como su más trascendente proceder terapéutico. También ha sido llamado por *Ricardo González (1998)* *intercambio de experiencia vivencial*, y valorado como una "ósmosis bienhechora" entre terapeuta y paciente.

Examen de la evidencia. En vez de intentar convencer a un paciente de que una idea es irracional, le pedimos que nos muestre evidencias de que lo absurdo que piensa es cierto.

Exhortación. Apelación de trasfondo inspirativo-sugestivo que conmina a la acción en una dirección determinada, acorde a los objetivos y contrato de la terapia.

Experiencia emocional correctiva. Consiste en hacer experimentar emocionalmente al paciente las consecuencias negativas de sus actos, y su responsabilidad en ello. Hay que lograr que, al darse cuenta de las posibles causas de su problema, se movilice emocionalmente al tomar conciencia de su participación personal en el asunto, de modo que esto pueda activar en él o ella un nivel de motivación y compromiso suficiente como para, a partir de allí, modificar su actitud al respecto y cambiar su comportamiento.

Unas veces el terapeuta aprovecha alguna experiencia que golpea al paciente y que viene a colación con algo previamente discutido, para confrontarlo. Otras, provoca la situación misma o lleva a la catarsis o 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 capaz de integrar la experiencia y corregir el comportamiento, modificando la actitud. Otras veces la experiencia se produce por validación consensual mediante condicionamiento operante, es decir, el paciente tiene la vivencia favorable, dentro o fuera de la sesión, por ejemplo, de que estaba equivocado en su apreciación "complejista" de la realidad y que puede ser aceptado, querido y respetado por

otras personas, si se conduce en consecuencia. Ejemplo de esto último es la experiencia vivencial de haber podido ser aceptado y justipreciado en el grupo de terapia, representando ello algo significativo para el *cambio* terapéutico.

Exploración causal. Buscar mediante el diálogo interpersonal los condicionantes originales de las dificultades y conflictos presentes, a través de una cuidadosa anamnesis, es un recurso habitual en numerosas modalidades de terapia, esencial para la psicoterapia profunda y las técnicas racionales.

Exteriorización de intereses. Conocer, despertar y desarrollar adecuadamente los intereses del sujeto en todo su valor afectivo y motivacional, refuerza la alianza terapéutica y pone a disposición del paciente un factor inspirador y restaurador de gran utilidad.

Externalización. Recurso procedente de la llamada *terapia narrativa*, consiste en propiciar que la persona imagine y describa el problema que le aqueja, el síntoma que tiene, su conflicto, como algo que está físicamente fuera de ella, que le es ajeno, de forma que se pueda distanciar emocionalmente y cosificarlo o concretizarlo como si fuera algo material, lo que le permite aislarlo de sí al criticarlo, manipularlo, culparlo por sus desgracias, sin que ello le haga sentir mal por ser cosa suya. Por ejemplo, el imaginar una fobia como una excrecencia fea y viscosa que puede manipular y encerrar, o arrojar lejos de sí, puede ser una forma altamente sugestiva de iniciar una desensibilización imaginaria. Golpear con fuerza una almohada para no hacerlo respecto al objeto de su hostilidad, es otro ejemplo.

Externización. Utilizo este término, acuñado por mí, para referirme a "lograr que el paciente lleve de forma espontánea fuera de la sesión lo aprendido en ella". Mientras lo trabajado no se materializa en cambios reales 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, hasta hacerlo algo suyo, no el cumplimiento de una tarea.

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. Analizar las fantasías espontáneas, 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. 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 terapia gestáltica.

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 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. En particular, las de *Helen*

Caplan. También en las técnicas gestálticas de visualización, a través de estímulos sugestivos verbales imaginarios, que involucren todos los sentidos.

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: "Ja, ja... ¡Qué fatalidad! Pobrecito... No te enteraste de que necesitaban de ti...".

Humor. Hacer uso del humor en psicoterapia no quiere decir ser gracioso, chistoso o tratar de serlo, lo cual puede resultar artificial e inapropiado. Es "caer bien" y eso no es resultado de bromas cursi o banalidades sino de amabilidad, espontaneidad, buenas formas, buen ánimo y capacidad de transmitir auténticamente una visión optimista de la vida, siendo agradable, sincero y espontáneo en las maneras.

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 *rappor*t. 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 con 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, eventualmente, analizarlos en la terapia. *Bonnaffé*, connotado terapeuta francés, describe la esencia de la psicoterapia como "el arte de la simpatía".

Identificación de paradojas. *Bateson* (1976) 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, será considerado un mal hijo, un ingrato, por lo que ellos podrían enfermar seriamente o, incluso, llegar a perder sus vidas producto de su decisión. El manejo de las paradojas y las contraparadojas representa la piedra angular de la terapia de enfoque cibernético. Ya hube de referirme anteriormente a los aportes de la *Palazzoli*.

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 inconvenientes, que hábilmente se escamotean. Es un recurso de las terapias estratégicas que procura el control de la comunicación con fines terapéuticos. Si preguntamos: "¿Vas a conversar el asunto con tus padres hoy o el fin de semana?" estamos excluyendo implícitamente que NO converse su problema con aquellos con los que resulta significativo hacerlo.

Implusión. En la línea de recursos de terapia conductual que aprovechan las características propias del comportamiento emocional y de sus leyes, la implusión

consiste en someter al sujeto fóbico, por ejemplo, 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 controlando las circunstancias de modo tal que el paciente experimente el grado máximo posible de ansiedad durante un tiempo determinado y, al no poder evadir ni 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, estimula 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 a la labilidad cardiovascular y vasomotora de origen neurovegetativo, determinadas por experiencias estresantes ocurridas previamente en situaciones equivalentes. *Wolpe (1962)* desarrolló una técnica para la terapia reflejocondicionada de la fobia, de gran eficacia y difusión, la desensibilización sistemática, que asocia la desensibilización progresiva a 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*, lo que es poco eficaz, e *insight* sin interpretación, aunque guardan una estrecha relación interna. Es más un mecanismo de la terapia que un recurso, pero por estar incluido clásicamente entre éstos, lo consignamos aquí, en este caso como "provocación de *insight*".

Inspiración. Consiste en facilitar asideros o estímulos emocionales y espirituales a sujetos deprimidos o en situación de crisis, de modo que los ayuden a encontrar motivaciones o a seguir ejemplos que los impulsen a enfrentar adecuadamente 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, el estímulo a ser mejores, entre otros posibles elementos activadores, pueden constituir una guía y una fuente de acicate inestimable.

Instrucción. Resulta de trasladar información necesaria al paciente 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 o creencias irracionales que pueden resultarle perjudiciales.

Interacción guiada. Tras identificar las dificultades de comunicación en una pareja o una familia y las conductas que les están asociadas, el terapeuta va modelando los intercambios entre ellos de modo que estos puedan modificarse en senti-

do positivo, de acuerdo con pautas de comunicación funcional, técnicamente orientadas, que se ensayan oportunamente.

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 o de conjunto, con la contraparte significativa.

Interpretación. Recurso básico del psicoanálisis utilizado en la mayor parte de las terapias profundas. En él, cuando el paciente está "maduro" para ello, 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 sea impactado con ello y pueda tomar conciencia de un aspecto reprimido de su vida psicológica que resulta significativo a su problema. En este caso se trata de interpretaciones de *segundo orden*. Las de *primer orden* son aquellas que se basan en el sentido común y en los valores prevalecientes en la cultura determinada del paciente. Se utilizan en las terapias racionales y de apoyo, principalmente, pero su empleo es común en muchas.

Interpretación de necesidad insatisfecha. Muchas veces al interpretar sentimientos, junto al malestar, la tristeza o la disforia, aparece 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, de las respuestas afectivas 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 e interpretándolas, el paciente o la familia pueden tomar conciencia de que su insatisfacción o, más probablemente, la forma inadecuada en que han estado tratando de satisfacerlas, está detrás de muchas de sus dificultades. La esencia del asunto radica en hacerlo explícito en el momento oportuno. Previamente se ventilan los sentimientos, a propósito de las quejas del paciente que han venido surgiendo en el diálogo terapéutico.

Interpretación de sentimientos. Variedad de interpretación mediante la cual el terapeuta deja ver al paciente, en un momento en que están creadas las condiciones para ello, el sentimiento reprimido u oculto que está detrás de su percepción de lo que le ocurre y de los móviles de su comportamiento. Es un recurso más incisivo que la ventilación de sentimientos que describiremos más adelante.

Interpretación y modificación de actitudes. Cual la interpretación psicoanalítica clásica, 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 en relación con ellas. Sin movilización afectiva y toma de conciencia del problema, sin que se produzca la experiencia emocional correctiva, no hay cambio de actitud. Se requiere, pues, 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 forma de reaccionar ante ese tipo de problemas. El llevar la intención a conductas en ese sentido es imprescindible para que se materialice el cambio de actitud.

Juego de roles. Consiste en la escenificación -con la participación parcial o total de los pacientes- de aquellos papeles que se quieren analizar o en los que se desea entrenarlos 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 dramatización. El *role playing* se utiliza también para la escenificación o dramatización breve por parte de los pacientes de intercambios entre ellos que reproduzcan determinadas situaciones interpersonales ocurridas o planteadas en el grupo, para su análisis posterior.

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 algunas técnicas de terapia cognitivo-conductual.

Lenguaje figurado. El empleo de metáforas, parábolas, juegos de palabras, insinuaciones, ambigüedades del lenguaje, contrasentidos, no solo 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 no dominante 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 con fines terapéuticos. En su concepción amplia, incluye la diversión y el deporte recreativo con iguales propósitos.

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 lo rodean. El *manejo de convivientes* es una modalidad en la que se neutraliza la influencia negativa de los familiares sobre el paciente, interactuando directamente con ellos acerca de asuntos significativos del medio que le afectan.

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 (1969)*. Manipular, o apelar al "poder terapéutico", es controlar al paciente, su comunicación y su conducta; y llevarlo a donde uno quiere sin que él o ella sea capaz de evitarlo, utilizando para esto, entre otras maniobras, procedimientos paradójicos de comunicación, manteniendo siempre la posición de *estar arriba (one up)*, la presión emocional y la iniciativa estratégica. Estar seguro de uno mismo, bien preparado, ser asertivo y osado son cualidades que han de acompañar la aplicación de este proceder, rayano a veces 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 de ese modo- pero que, en realidad sabe, o a cuyo conocimiento está 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 en el momento en cuestión, conectando eslabones sueltos o bloqueados, a través del diálogo inquisitivo con su interlocutor -el terapeuta en este caso- sin que para ello sea necesario aportar al paciente información complementaria, dejando en evidencia -cuando procede- lo absurdo de sus defensas, con una lógica que lo confronte y acorrale contra sus vivencias, temores e ideas irracionales.

Meditación. Introspección profunda para reflexionar sobre un tema de interés de la terapia, como tarea o asociado a ejercicios de relajación, para desarrollar en el sujeto la capacidad de utilizar al máximo en su beneficio sus recursos intelectuales. El producto de su meditación suele ser luego sometido al análisis.

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.

Metacomunicación. Comunicar sobre la comunicación. Llevar al paciente, el grupo o la familia a la ventilación y comprensión, explícitas, de aspectos significativos implícitos en el intercambio terapéutico que, en este caso, tienen que ver con el significado o los resultados de lo que se está comunicando.

Metamodelo. Modelo de entrevista, propio de la PNL, en el que se hace uso de la gramática transformacional en el diálogo psicoterapéutico, aplicando a la terapia los recursos derivados del dominio de las reglas de la semántica (*Bandler y Grinder, 1996*).

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 incorporar rasgos de figuras significativas, el terapeuta valora con el paciente un modelo de comportamiento, rasgos o cualidades que es te desea

incorporar y diseña estrategias para que pueda asimilarlos e instrumentarlos. Para esto, utiliza aspectos de la personalidad o actuación de paradigmas socioculturales, auxiliares terapéuticos, familiares del paciente, maestros, coetáneos de su ambiente, etcétera, y a través del ejemplo, de juegos, lecturas, tareas, del contacto personal o mediante la convivencia por períodos de tiempo con los objetos de identificación -entre otros procederes- posibilita al paciente, el grupo o la familia, que se identifiquen con ellos, con el interés de que los aprendan y reproduzcan de algún modo. Así, ante una madre que no expresa afecto a su pequeño hijo, el terapeuta, como quien no quiere las cosas, sienta a este en sus rodillas y se pone a jugar con él, o le pasa cariñosamente la mano por la cabeza, mientras conversa con la madre. También puede integrar a un niño mal identificado, 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 para trastornos de conducta, se le asigna un reeducador -entre otros procederes- para que intente con él, se gane su afecto y confianza e intente remodelar los rasgos problemáticos de su comportamiento, favoreciéndose con ello la identificación con una figura positiva. Este es otro ejemplo, aplicado en este caso a la psicopedagogía.

Observación. Todo conocimiento científico parte de la previa observación. En terapia, radica fundamentalmente en apreciar lo extraverbal, lo metacomunicacional, el lenguaje de la conducta y de los afectos, la direccionalidad del contexto, y hacerlo ver al paciente cuando proceda.

Observación de 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 pueden tener valor como producto de la actividad psicológica inconsciente, por ser probable expresión de material significativo, escapado por asociación involuntaria; de ahí que sean fuente potencial de análisis.

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, hablar alto, decir que no, sonreír y entablar conversación con otras personas -particularmente con desconocidos- piropear, hablar en un grupo, aprender a bailar, dar opiniones sin que se las pidan empleando reiteradamente la primera persona del singular, etc. El *ensayo asertivo* es un juego de roles en el que se ensayan comportamientos afirmativos significativos en el desarrollo del *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- si no cambia su conducta o las propias reglas del juego del cual los síntomas son expresión.

Si alguien ordena a otro ser espontáneo, o le prohíbe la prohibición, está dando órdenes paradójicas. La diferencia con la contraparadoja es que, en el recurso que nos ocupa, el terapeuta crea una paradoja terapéutica para una conducta que no es expresión de una paradoja, mientras que en aquella sí.

En el budismo *zen* un maestro plantea al discípulo la siguiente paradoja: "Si levantas tu cabeza te golpearé con esta rama". E, inmediatamente añade imperativo: "¡Y si no levantas tu cabeza te golpearé con la rama!". El iniciado que está listo a progresar, soluciona la prueba a la que se le somete, por ejemplo, del siguiente modo: levantando su mano, toma del brazo a su maestro, impidiéndole golpear. Ante esa paradoja es imposible obedecer: la única solución para evitar el castigo, al tiempo que el objetivo de toda paradoja terapéutica, es *modificar el contexto en que el problema se hace posible*.

Pedir opinión. Como su nombre indica, este recurso se propone ampliar la comunicación, promover el diálogo, estimulando la proyección. Compromete al paciente a dar su enfoque acerca de un contenido que el terapeuta, por alguna razón, considera procedente ventilar.

Pedir ser específico. Cuando un paciente emite opiniones erráticas o ambiguas sobre un aspecto o acontecimiento significativo, se le solicita que sea preciso y describa los hechos concretos al detalle, exactamente como fueron, sin detenerse en las opiniones. Se evidencia entonces el lenguaje semánticamente mal elaborado sobre cuya base se construyeron esas opiniones, cuestionando las generalizaciones, eliminaciones y distorsiones que procedan.

Pedir se definan los términos. Ante errores semánticos como los arriba expresados que son base de ideas irracionales y traen equívocos en la comunicación, se pide al paciente que defina lo más exactamente que pueda los términos empleados, sometiéndolos al análisis semántico y al cuestionamiento correspondientes.

Persuasión. Consiste en convencer al enfermo, a través de la lógica y con riqueza de argumentos, de la inoperatividad de las ideas irracionales, valoraciones o conductas que le provocan dificultades. El razonamiento persuasivo es utilizado cuando el terapeuta sabe con certeza 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 este recurso si no está absolutamente seguro del fundamento científico irrefutable de lo que arguye o fundamenta con insistencia 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 este no pueda evadir su compromiso de tomar partido en el asunto.

Ponerse uptime (experiencia sensorial directa). Para la PNL 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 esa escuela, constituye un recurso imprescindible. Por otra parte, al decir de *Minuchin* (1993), el terapeuta está en condiciones de ser tal cuando la técnica estudiada pasa a ser como una prolongación natural o un conjunto de recursos de su propia personalidad, expresándose en sus procesos comunicacionales de una manera espontánea, intuitiva, refleja, abierta a las características peculiares de cada relación de ayuda, de modo que los recursos técnicos pasan a ser parte integrante de sus atributos humanos.

Preguntas. El arte de preguntar es esencial en psicoterapia. Se inquiera de modo que no pueda responderse con monosílabos sino que incite a reflexionar y ampliar la comunicación. 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*, 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 doble de veces por minuto que cuando se presentó espontáneamente y que repita esta operación -por ejemplo- durante 5 minutos a tres 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, 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, tomar una decisión impostergable que interesa a otro miembro de la familia, etc. 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 influencia 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 siguientes:

1. Especificar las metas terapéuticas.
2. Determinar la línea de base actual.
 - a. Descripción de la conducta sintomática al inicio.
 - b. Construcción de jerarquías (*test* comportamental).
3. Estructurar la situación lo más favorablemente posible.

4. Establecer los reforzadores positivos.
5. Crear las condiciones necesarias.
6. Moldear el comportamiento deseado.
 - a. Reforzar las aproximaciones paulatinas a las metas terapéuticas.
 - b. Aumentar gradualmente el criterio de refuerzo.
 - c. Presentar el reforzamiento contingente con el comportamiento.
7. Posibilitar la generalización de la conducta adquirida.
8. Reforzar intermitentemente.
9. Conservar registros continuos y objetivos.
10. 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 (*cambio de historia personal*), habiendo desaparecido las manifestaciones desagradables que acompañaban a aquella en dicho recuerdo, sustituidas por la vivencia de bienestar, se procede entonces al *anclaje* de estos nuevos recursos a las *claves contextuales* o condicionamientos previos que dan acceso a los síntomas en la situación presente, lo cual ha sido llamado "acompañamiento al futuro" por *Bandler* y *Grinder*. Entonces la acción benefactora de la experiencia reconstruida se extenderá a las vivencias actuales y futuras del paciente, tras haberse establecido nuevos condicionamientos que operan como puentes entre el pasado y el futuro. Es aplicado por la PNL a la terapia de las fobias.

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 actual establecido y no reflejo iterativo de configuraciones parentales infantiles ajenas a la relación.

Reatribución. Poner al paciente a identificar los distintos factores que contribuyen a un problema fuera de su control y acerca del cual tienen creencias irracionales autoacusatorias, a fin de poderlo clarificar.

Reducción al absurdo. El planteamiento o la conducta que se quiere descalificar, se fundamenta en su favor de forma intencionalmente exagerada, con argumentos que ponen en evidencia su incompatibilidad con la lógica o con el contexto; llegado a un extremo, se hace ostensible para el paciente que su posición es insostenible, porque en la misma medida en que se le da la razón, queda descaracterizado. Existe un mecanismo de defensa homónimo descrito en el epígrafe 1.6.2; aquí, se lleva al absurdo para obtener un objetivo terapéutico.

Reencuadre. Volver a encuadrar. El terapeuta reorienta la sesión dentro de un contexto coherente con el curso y objetivos de la terapia, es decir, soslaya lo innecesario, evitando que el análisis se vaya por las ramas, compulsando a ir al centro de lo que quiere se analice a continuación, reformulando quizás la esencia de lo debatido hasta entonces en forma clara y diáfana, de modo que se favorezca la profundización o el reencauce del diálogo terapéutico.

En otras ocasiones, reorienta la temática y el foco de la sesión en una dimensión nueva, o enfocando 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 a promover la percepción de otro significado al problema en su conjunto.

Reenmarcar. Menos abarcador y más parcial que el reencuadre, consiste en ver otra dimensión del objeto de análisis dentro del propio encuadre, promover el apreciar de otro modo un evento vital, tomar en consideración el contexto en que se produce un acontecimiento perturbador, orientar el debate hacia un aspecto específico dentro del tema establecido.

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 captar no solo si es lo que quiso decir, sino más que eso, percibir quizás 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. Así hacemos sistemáticamente en la terapia concreta de actitudes.

Reforzamiento mediado. Conocido por *token economy* (economía de fichas), por ser esta 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- es a su vez un instrumento intermediario para la obtención de ciertos estímulos materiales o sociales que constituyen un segundo refuerzo. Estos han de ser de valor para el sujeto, preferiblemente con diversas opciones o alternativas de elección, de acuerdo con sus preferencias, 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, privilegios de visita o alimentación, 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", "lógico" y más atenido a lo literal, hemisferio dominante. De ahí que su utilización oportuna en el diálogo psicoterapéutico alumbre 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. Trabaja la dimensión semántica de la terapia.

Regresión hipnótica. Mediante sugestión, el paciente es llevado a revivir recuerdos olvidados de su más temprana infancia -incluso de etapas preverbales del desarrollo personal, según se plantea por sus propugnadores- 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 el material así acopiado para la terapia, pero considero esto sale de la jurisdicción científica para caer en el campo de la superstición y de las construcciones sugestivas (lo cual puede tener efecto terapéutico si se esclarece y maneja con el paciente como imaginiería proyectiva, cual un *test* de TAT y no como posibilidad real, ya que en este último

caso, por implicar necesariamente un acto de fe, tiene implicaciones éticas y científicas inapropiadas, por caer en el campo de lo especulativo y, por tanto, en el terreno ideológico). Cualquier terapeuta tiene derecho, en lo personal, a sostener las creencias espíritas que desee, pero a mi juicio viola la ética cuando induce al paciente, de forma desautorizada y atenido a su rol de portavoz de una terapia científica, abusando del poder terapéutico que nos confiere la profesión, a creer en la reencarnación del espíritu, sugestionado ante la falsa demostración que su experiencia hipnótica le induce a creer, lo cual constituye una modalidad especulativa de adoctrinamiento religioso y abuso de poder, ajeno al Juramento Hipocrático.

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 anclados de seguridad y autoconfianza, se pueden integrar ahora en la experiencia total. Esto puede eliminar los síntomas fóbicos asociados, cuando este recurso es acompañado por un "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. Todos estos son, entre otros, modos de trabajar condicionamientos y proyectar luz sobre el sentido y significado de diversos fenómenos de interés para la terapia. La técnica del ABC de *Albert Ellis* y la terapia cognitiva de *Aaron Beck*, descansan en relacionar las ideas irracionales con sus consecuencias afectivas y conductuales.

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 la prevención y el tratamiento del estrés, la ansiedad y numerosos trastornos de los antiguamente llamados psicosomáticos.

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 percepción y valoración que se tiene de la realidad, como consecuencia de dichas suposiciones e ideas erráticas, como vimos al referirnos al recurso de *relacionar*. 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 específicos para ello. Al lograr un cambio de percepción acerca de los eventos significativos que le conciernen y de la forma en que de acuerdo a ello se deben afrontar, el paciente está en mejores condiciones de encaminar su conducta y superar sus crisis. La conciencia y la actitud pueden reorientar su brújula.

Responsabilizar. Por motivos similares a los 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 parte, esclareciendo el nivel de responsabilidad que corresponde a cada cual, haciendo sentir que el resultado depende precisamente de ellos. Promueve el desarrollo, la independencia, el compromiso y la maduración.

Responsabilizar a las partes. No se debe confundir con el anterior. 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 provocar estados disociados de conciencia con fines terapéuticos de corte sugestivo.

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 intentar 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, y es frecuente que por la interconexión interna entre ellos, por el aprendizaje implícito, gracias a los procesos de generalización, la mayoría de estos desaparezcan por sí solos. Este recurso es particularmente válido en terapia breve. Se corresponde con lo que en gerencia científica se conoce como "Principio de Pareto".

Retiro espiritual. Con fines de meditación, descanso, de "purificación espiritual" (por ejemplo, la 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 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, siempre de acuerdo con su ideología y con las diversas ofertas asistenciales o sociales existentes, lo que puede coadyuvar a su recuperación.

Rituales. Para crear hábitos convenientes, para dar oportunidad a la acción, salida a la ansiedad, 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. Así puede orientarse, 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; que se sienten juntos cada tarde a comer y hagan 10 minutos de sobremesa, conversando sobre tópicos del día; o que todos participen en la preparación y confección de la cena familiar dominical.

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. Constituyen la base del "apego". La utilización de maniobras como tomar la mano de una paciente viejecita, sentar a un niño en las rodillas, 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 la terapia antiestrés, 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 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 eclosión o la ruptura 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 las defensas y favorecer la catarsis. Mientras más inseguro es 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 demanden. 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. Se utiliza la técnica también para dirimir dificultades con familiares u otras personas ausentes, entre otras posibilidades.

Subrayado. Remarcar algo que se ha dicho o ha sucedido para dar fe de su importancia y facilitar que el paciente pueda focalizar su atención en ello y profundizar sobre el particular, de ser procedente.

Sugestión. Empleo profesional de la influencia activa de la personalidad, la voluntad y las formulaciones sutiles y reiterativas 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 *sugestión vigil*, el *narcoanálisis*, la *ensoñación vigil* y la *semivigilia dirigida*, utilizan este recurso como instrumento primordial. La *programación neurolingüística* hace también uso de ella. La *autosugestión* es una modalidad en la que se enseña al paciente a influir sugestivamente sobre sí mismo, a través de la reiteración sistemática de determinada formulación mental que se convenia oportunamente con él.

Tareas. Procedente de la terapia conductual, este recurso se ha generalizado y se emplea en los más variados contextos conceptuales, siendo común su uso en mi terapia. 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 el *feed back*, con criterio skinneriano. Es importante la participación consciente y protagónica del sujeto en la formulación de su tarea. En la terapia grupal y en la familiar, todo el grupo debe contribuir al diseño de estos comportamientos, mientras que el terapeuta tiene un rol de propulsor, coordinador, reformulador y delimitador de las tareas a cumplir.

Técnica del experimento. Se le pide al paciente que haga un experimento para comprobar la certeza o no de un pensamiento negativo, instándole a llevar a la práctica la conducta temida de acuerdo a ese pensamiento, en circunstancias en que se tiene un aceptable grado de certeza de que tendrá éxito. Así, a un paciente derrotista que piensa van a negarle una solicitud a la que tiene derecho, se le indica solicite lo que requiere -de una forma asertiva modelada por el terapeuta- y se discute luego con él o ella los resultados.

Técnica de la encuesta. Se pide al paciente hacer una encuesta entre personas afines para comprobar si sus ideas irracionales se corresponden con las opiniones y la experiencia de los demás sobre el particular.

Técnica del doble parámetro. Ante un problema que el paciente está manejando de forma inadecuada, se le orienta aconsejarse en voz alta como lo haría con su mejor amigo si estuviese en una situación semejante, en un verdadero juego de roles consigo mismo. Conviene repetirlo.

Técnicas de diversión. En sentido amplio, están dadas por la indicación de actividades recreativas, culturales, deportivas, de intercambio amistoso, lúdicas, filantrópicas, etc., al efecto de contrarrestar el estrés, lo que representa un importante recurso psicoterapéutico, lo cual es, realmente, *ludoterapia*. La risa, por ejemplo, cumple una función restauradora no solo sobre la psiquis; está comprobado su efecto benéfico sobre el metabolismo, las defensas biológicas, la sexualidad y el estrés. En su acepción más concreta, consiste en mantener al paciente concentrado en actividades que le distraigan y separen de su preocupación principal, tal vez insoluble o de la que se requiere descansar o manejar de otro modo.

Técnicas de distracción. Modalidad del recurso anterior mediante el cual personas ansiosas y preocupadas se pueden distraer de las situaciones desagradables con pensamientos o fantasías que impliquen una actividad mental absorbente, que les lleve hasta el cansancio; o con un recurso auxiliar como puede ser apretar repetidamente una pelota de goma, hacer girar un lápiz en forma mantenida, contar

números mentalmente, etc. Hábitos perniciosos como fumar o comerse las uñas surgen muchas veces por un mecanismo espontáneo afín.

Técnica de repetición. Tomado de la llamada *terapia de sector*, el terapeuta repite sistemáticamente 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. La persona no suele percatarse de que, con ello, el terapeuta lo va conduciendo en la ventilación de un tema, induciéndole a comunicar. Otra acepción es indicar al paciente repetir una formulación verbal o una tarea relacionada con su terapia una y otra vez, al objeto de reforzar su asimilación consciente y su puesta en práctica de acuerdo con el contrato establecido.

Tema del día. Muy útil en las terapias grupales, este recurso se emplea en todas las terapias de *insight*, las evocativas, racionales, etc. Viene dado, como su nombre indica, por focalizar la sesión en el análisis de un tema determinado. 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 procedente, el debate acerca de un tema que quedó pendiente o se expuso previamente, entre otras muchas posibilidades. Cuando se utiliza, 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.

Trance. Estado modificado de la conciencia que se induce mediante sugestión profunda para, tras vencer las resistencias del sujeto y lograr su cooperación pasiva, provocar cambios inmediatos o mediatos en su actividad mental. Al trance se llega logrando acceso a parámetros de la experiencia de los cuales la persona no es consciente. En él, la crítica racional queda inhibida y el terapeuta comunica directamente con la actividad psíquica inconsciente del paciente, o "conciencia modificada", que discurre bajo su influencia, quedando abierta a órdenes sugestivas que no le sean egodistónicas.

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:

- la modificación del comportamiento de otros,
- de una intermediación que el terapeuta se compromete a realizar con un tercero significativo, o
- de gratificaciones sustitutivas que se le hace comprender al interesado 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. El recurso descrito de este modo no tiene nada que ver con la *terapia transaccional* de Eric Berne (1976), que descansa en conceptos y procedimientos 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. Procura mantener el control de lo que se va tratando, pasando sutilmente de un aspecto a otro dentro de un mismo tema, provocando el cambio a otro que se le relaciona o a uno que nada tiene que ver con aquel. En consecuencia con ello, las transiciones pueden ser *suaves, moderadas o bruscas*, de acuerdo con la forma en que encausen la comunicación (imperceptiblemente, de modo claro pero sin brusquedad o de manera abrupta y contrastante).

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 y posibles soluciones. 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 el sujeto la percepción de los demás. Este es un recurso imprescindible en las diversas modalidades de la terapia de actitudes.

Ventilación. Análisis de un problema importante 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.

Ventilación de sentimientos. El terapeuta va "traduciendo" al lenguaje de las emociones lo que el paciente dice o hace directamente en la sesión, en particular sus opiniones; 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 el nivel de percepción del sujeto acerca de las emociones que está experimentando, develando así, progresivamente, la dinámica afectiva presente tras la temática que se analiza. Este proceder facilita el hacer temática la dinámica y va preparando al paciente para interpretaciones posteriores al respecto.

Videotareas. Se filma la sesión y se editan partes de ella para discutir las con el paciente o la familia en una sesión posterior. También se les puede prestar la cinta para que vuelvan sobre ella en su hogar y puedan verse a solas, luego de discutido algún asunto que conviene objetivar de ese modo (útil cuando hay evidencias que no se quiere reconocer). Favorece la experiencia emocional correctiva. Se emplea también para discutir con los interesados determinadas sesiones de grupo o de familia.

Visualización. A través de una inducción hipnótica superficial, se lleva al paciente a imaginar vívidamente, con participación progresiva de sus cinco sentidos, escenas creativas llenas de fantasía -apoyándose si es posible 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, incluyendo numerosas manifestaciones fisiopatológicas.

Working through. Término psicoanalítico que describe el proceso psicoterapéutico entre las sesiones, 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 toma de conciencia 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 y comprendido el mensaje. Tiene lugar en un *contexto* que la posibilita y de donde proceden los *ruidos* que la pueden interferir.

Información es toda *señal* sobre fondo aleatorio. Las señales son *datos* portadores de un *significado* que es 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 concita el interés de los científicos y los terapeutas en las últimas décadas (*Greene, 1995*). Ya desde *Pavlov*, al hablar de los sistemas de señales, se venía abordando el tema. En estas páginas, daremos una breve información sobre algunos aspectos de interés.

8.6.1 Formas de comunicación humana

El ser humano no solamente comunica con palabras. Comunica de diversas formas, unas directas y otras indirectas. El cuadro 8.1 muestra las diferentes formas de comunicación.

Cuadro 8.1. Formas de comunicación humana

Verbal

- Intencional
- No intencional

Extraverbal

- Químico-olorosa
 - Táctil
 - Térmica
 - Lumínica
 - Vibratoria
 - Acústica
 - por sonidos no verbales
 - por el tono e 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
 - rituales
 - Por silencio
 - voluntario
 - involuntario
-

De acuerdo con el *canal* que se utilice con carácter preferente en un momento dado (siempre estarán implicados varios canales), la comunicación humana puede ser clasificada también en *sensorial* y *verbal* o como *racional*, *emocional* y *conductual*; siendo la comunicación sintomática expresión de esta última.

En definitiva, todos los *inputs* por donde fluye la comunicación humana transitan a través de los canales sensoriales, sin los que resulta imposible para el cerebro su percepción; 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 diferencia 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 afectivo-conductual (*Mac Culloch, 1998*), extraverbal o analógico, el cual califica la comunicación.

Los canales sensoriales poseen una riqueza comunicativa extraordinaria en nuestro oficio. La PNL nos revela su relación con los procesos no conscientes de las personas, su descifrabilidad, así como 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* y de *Watzlawick* 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 se debe apreciar 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 y la influencia de su contexto 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 de manera helicoidal de uno a otro interlocutor, influida por afectos, necesidades e intereses de incuestionable trasfondo social, que le matizan de subjetividad, aunque -en condiciones normales- sin perder su carácter objetivo, reflejo esencial de la realidad. Esto quiere decir en la práctica 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 quiere decir que lo "válido" o efectivo de lo que se comunica no es exactamente lo que quiere expresar 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 exploración y valoración del *feedback*.

Vienen entonces a capítulo los cinco "axiomas pragmáticos" de *Watzlawick et al. (1971)*, 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 al 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 que la relación entre los interlocutores se base en la igualdad o en la diferencia.

Por último, hemos de referirnos al llamado *efecto de Pigmalión*: nuestra expectativa sobre alguien es capaz por sí misma de condicionar su comportamiento. Muchas profecías se autorrealizan porque nuestra actitud influye poderosamente en su materialización. Es por eso que el hijo apreciado por sus padres como "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 que explica ante sí que no lo logre; 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.
- la forma de relación.

En la medida en que el terapeuta, por sus actitudes y habilidades propiciadoras del *cambio*, obtenga una mayor identificación de los pacientes para con él, más eficaz será la comunicación y mayor la influencia de esta sobre un cambio en su conducta y actitudes.

Tomar en cuenta los distintos aspectos considerados resulta necesario al psicoterapeuta para cumplir con las exigencias de su responsabilidad profesional como comunicador experto y eficaz suministrador de ayuda, no olvidando jamás que *la buena comunicación emocional constituye el instrumento fundamental a su disposición en el trabajo psicoterapéutico para el cambio (Machado et al., 1999).*

8.6.2 Características de la comunicación de acuerdo con el mensaje

Una comunicación será más funcional cuantos más atributos de los consignados en la columna de la izquierda contenga:

clara	enmascarada (confusa)
directa	indirecta
adecuada	inadecuada
verdadera	falsa
sincera	deshonesta (engañosa)
inmediata	mediata
personal	mediada por terceros
en vivo	documental

8.6.3 Variedades de la comunicación interpersonal

- Información
- Imitación
- Persuasión
- Señalización gráfica
- Explicación
- Coacción
- Sugestión
- Telecomunicación
- Metacomunicación (comunicación sobre la comunicación)

A su vez, pueden considerarse subvariedades con identidad propia las siguientes:

- Insinuación
- Contradicción
- Cuestionamiento
- Paradoja
- Identificación

Este capítulo aparece completamente abierto al enriquecimiento, en la medida y proporción de los progresos constantes que acaecen en el universo apasionante de las ciencias de la información y las ciencias del comportamiento; en particular, en el campo de la psicoterapia.

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. Solo 90 millas separan nuestras costas de los Estados Unidos de Norteamérica, 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 las distintas 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 del siglo xx, fue presidente del Colegio Médico Nacional, miembro fundador y presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), desempeñó la vicepresidencia a cargo de las Ciencias Sociales de la Academia de Ciencias de Cuba, la dirección del Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro y coordinó durante muchos años 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. Fue autor del primer libro sobre Psiquiatría Transcultural editado en el mundo.

Hombre de pensamiento abierto, poseedor de una vasta cultura humanística y profesional, dedicó parte de sus energías a formar una generación de psicoterapeutas

en la síntesis de lo mejor de Occidente y del campo socialista, proclamando su rechazo a todo dogma.

En la cátedra psicoterapéutica del Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro (ININFUCE), trabajando con él en la cámara de Gessell, tuvimos el privilegio de entrenarnos *Hiram Castro-López, Guillermo Barrientos, Ricardo González, José Rivas, Silvia Bustamante, Luis Calzadilla, 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 psicoterapeutas de actitudes 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 y fundamento general tomara de *Miasishev*, fuera conformándose una Escuela Cubana de Psicoterapia, basada en el método materialista-dialéctico y el enfoque en el cambio de actitudes.

La muerte en 1987 no le permitió ver su obra terminada, pero sus discípulos, dispersos, continuamos trabajando. Sin dudas correspondió a *Hiram Castro-López*, precozmente fallecido en su momento más productivo, seguir profundizando en la producción teórica y la investigación psicoterapéutica en nuestro medio a partir del enfoque de predisposiciones y actitudes que trabajáramos en el ININFUCE, con más tenacidad y dedicación a la obra escrita que los demás. Su infortunada desaparición física, tras dejarnos sus 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 cuarenta años de práctica psicoterapéutica, con varios miles de pacientes atendidos -privilegio este de la atención masiva (gratuita y universal) que hemos tenido los médicos cubanos-.

Sé que muchos colegas coincidirán conmigo en que lo aquí planteado, fruto de la síntesis de aportes nacionales e internacionales 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; en particular, las racionales, evocativas, sugestivas y cognitivo-conductuales (*Sorín, 1989*) son muy difundidas. También han sido introducidas técnicas transaccionales y narrativas. Pero no son modalidades autóctonas. Como a su vez han estado y están presentes, aunque no de forma extendida, prácticas de corte psicoanalítico. No obstante esto último, recursos procedentes del psicoanálisis y sus derivados se integran a los procedimientos en uso por parte de la mayor parte de nuestros psicoterapeutas.

Pero no somos solamente *Bustamante* y sus discípulos los abanderados de la psicoterapia en Cuba, ni la de actitudes la única tendencia. Profesores de psiquiatría de la talla de *Armando de Córdova*, *Leopoldo Araujo*, *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*, *Fernando Barral*, *Alberto Galvizu*, *Yodalia Leyva*, *Enrique Collado*, *Reina Rodríguez*, *Oscar Arés*, *Argelia Pérez* y *René González Dueñas* han sido, también, junto a *Hiram Castro-López*, *Guillermo Barrientos*, *Ricardo González*, *Cristóbal Martínez*, *José Rivas*, *Luis Calzadilla* y los otros colegas que nos formamos alrededor de los aportes de *Bustamante* a los que hicimos referencia, exponentes del trabajo creativo, diverso, independiente e integrador de la que yo considero uno de los troncos principales de la Escuela Cubana de Psicoterapia que, representada por el trabajo de numerosos profesionales de la salud mental, se va extendiendo por el país.

Aunque me haya estado circunscribiendo al campo de la Psiquiatría en el que me desenvuelvo, al desarrollar el tema no puedo omitir el serio trabajo de formación de profesionales con una sólida preparación teórica en psicoterapia que un grupo de profesores de las Facultades de Psicología ha venido realizando, entre los cuales destaco a *Dionisio Zaldívar*, *Patricia Arés*, *Miguel Roca*, *Manuel Calviño*, *Jorge Grau* e *Isabel Louro*. Los considero a ellos y a muchos otros que el espacio me impide mencionar -con el temor de omitir por desconocimiento de mi parte debido a las limitantes actuales en nuestras comunicaciones internas, el nombre de colegas que mayormente lo merezcan, por lo que pido excusas- en la misma dirección de síntesis creadora definitoria del pensamiento cubano, expresión de un profundo trabajo metodológico y científico en la aplicación a la psicoterapia de los conceptos más avanzados de la psicología científica. Su claridad conceptual y sus aportes enriquecen nuestro acervo profesional. Constituyen, a mi juicio, otro de los troncos constitutivos de la *Escuela Cubana* en desarrollo a que aludimos.

Pero hay algo en lo que quiero particularizar. Crece cada año el número de profesionales que realizan su doctorado en temas de psicoterapia. Paradigma de este esfuerzo en la capacitación y el desarrollo de la psicoterapia en el país lo constituye la *Dra.C. Reina Rodríguez Mesa*, quien nos ha legado su *Psicoterapia de grandes grupos*, modalidad autóctona del mayor interés, quien lidera actualmente el intento por concretar un ambicioso proyecto de formación de terapeutas de carácter nacional, con asesoría internacional.

En nuestros servicios de salud mental, la población tiene derecho a servicios de primera ayuda psicológica, consejería psicológica, psicoterapia breve, terapia grupal, terapia de pareja y familiar, terapia sexual, técnicas de hipnosis y relajación, hospitalización diurna y de intervención en crisis, terapia antiestrés, comunidades terapéuticas y talleres de rehabilitación comunitaria, algunos con sistema de *token economy*, sin excluir la terapia individual de corte profundo, fundamentalmente con base cognitivo-conductual y de actitudes, cuando el paciente lo necesita. Por su parte, la atención infantojuvenil abunda en las técnicas familiares, grupales y de juego, con servicios especializados con proyección comunitaria en todas las provin-

cias, y prioridad a este tipo de atención en los CCSM de todos los municipios del país.

Tras esta panorámica general acerca de lo que nos caracteriza, paso a exponer los aspectos que, en mi opinión, constituyen los atributos fundamentales de la Escuela Cubana de Psicoterapia que, entre todos, vamos desarrollando:

- Compromiso social.
- Diversidad y disponibilidad de las ofertas psicoterapéuticas para toda la población a nivel de la propia comunidad, de forma gratuita
- Enfoque integrativo y plural de carácter dialéctico, pero evitando el eclecticismo y el pragmatismo acríticos.
- No dogmatismo: Asimilación creativa de los aportes psicoterapéuticos universales sobre un *core* autóctono.
- Papel medular del enfoque científico-materialista en el abordaje terapéutico y, en la mayoría de los autores, el manejo activo de la modificación de actitudes en la terapia.
- Adecuación de las técnicas ofertadas a las demandas específicas derivadas de la práctica asistencial, centrada en la satisfacción de las necesidades concretas de cada paciente y no en las preferencias particulares del terapeuta o en criterios apriorísticos de escuela o autor.

En algo queremos insistir: lo que caracteriza la psicoterapia en Cuba es su diversidad, su pluralismo, la no existencia de una "doctrina oficial", la libertad de nuestros servicios asistenciales para incorporar los aportes que en el plano de la psicoterapia van apareciendo en el mundo, siempre que procedan de fuentes bibliográficas científicamente confiables y respondan a los requerimientos de nuestros usuarios, de acuerdo al cuadro de morbilidad que incide sobre nuestros servicios de salud mental, a nivel de la comunidad. Las Sociedades Cubanas de Psiquiatría, de Psicología y de Psicología de la Salud, los Grupos nacionales y provinciales de estas especialidades, el Grupo Operativo de SM y Adicciones y los departamentos docentes y consejos científicos de las Facultades correspondientes, concurren para posibilitar la capacitación y actualización de nuestros profesionales en estos aspectos, promoviendo el debate científico y académico, así como coadyuvando al propósito de optimizar los servicios psicoterapéuticos que se brindan a nuestra población.

9.2 Psicoterapia concreta de actitudes. Modalidades

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.

De acuerdo con las conveniencias de la estrategia terapéutica, determinada por las necesidades del paciente y no por preferencias particulares del terapeuta, se desarrollan cuatro modalidades:

1. La *psicoterapia breve*, de elección en situaciones de crisis emocional en las que los modos personales de afrontamiento adolecen de actitudes adaptativas apropiadas y su manejo constituye la piedra angular para el cambio; es particularmente útil en atención primaria, consultas de psiquiatría y psicología, unidades de intervención en crisis, hospitales de día y centros comunitarios de salud mental.
2. La *modalidad profunda*, alternativa materialista cubana al psicoanálisis ortodoxo, que está indicada en trastornos neuróticos severos, en los que existen conflictos en relación con actitudes enfermizas y distorsiones semánticas arraigadas en la historia personal; en ella nos movemos en el campo de una terapia de significaciones, donde la actitud da la clave para rastrear el sentido de la historia y el significado de los conflictos concretos del paciente.
3. La *terapia grupal*, de elección cuando aparecen significativamente afectadas las relaciones interpersonales por actitudes no adaptativas y una perturbada socialización.
4. La *modalidad familiar*, que resulta indicada en familias en las que sus actitudes disfuncionales están comprometidas en la problemática de sus integrantes. Tiene dos variedades: breve y prolongada, en dependencia del nivel de disfuncionalidad presente en la familia y, por ende, de la complejidad de la técnica que se necesite emplear. En terapia grupal y familiar, las actitudes presentes son la base para la comprensión de la dinámica motivacional, y del conflicto de valores que están detrás de palabras e interacciones, así como para la transformación de las secuencias conductuales que dan sentido a los síntomas y los alimentan.

Cada modalidad de la PCA profundiza más en una dimensión del problema involucrado en el trastorno, según aparezcan más afectadas:

- la funcionalidad familiar (Psicoterapia Concreta Familiar de Actitudes).
- la socialización y la comunicación (Psicoterapia Concreta Grupal de Actitudes).
- la historia vital y su vínculo con el carácter (Psicoterapia Concreta Profunda de Actitudes).
- o el problema actual y sus formas de afrontamiento (Psicoterapia Concreta Breve de Actitudes).

Pero en todas ellas se trabajan las actitudes, se procuran la experiencia emocional correctiva, la toma de conciencia y la reorientación cognitiva, así como la modificación de conducta en los pacientes, por lo que todas las variedades pertenecen a un mismo sistema de terapia.

En la selección de modalidades, mientras más hacia lo adaptativo y actual de la problemática, más hacia la modalidad breve; mientras predomine lo neurótico y

personológico, más hacia la profunda; mientras mayormente involucrada la familia en la crisis, mayor uso de la terapia familiar; mientras prevalezca la descompensación actual de trastornos añejos relacionados con el afrontamiento o las relaciones humanas, más terapia grupal.

Aunque suele haber siempre de todo un poco y cualquiera de ellas tiene algún nivel de utilidad, la elección dependerá de sobre qué aspectos conviene hacer énfasis en las estrategias que se desprendan de la hipótesis sistémica a que se llegue en la evaluación del paciente. Incluso es conveniente simultanear modalidades en determinados casos. Por ejemplo, un paciente en terapia de grupo puede ser atendido a la vez en terapia familiar, o ser visto en terapia breve para un análisis puntual.

Además, influyen en la elección de la modalidad de terapia las siguientes razones:

- Los trastornos neuróticos presentan diferentes niveles de complejidad, de acuerdo con el caso y la modalidad clínica.
- Las "reacciones neuróticas de adaptación" y las "neurosis establecidas" son dos niveles o momentos de un proceso continuo con saltos cualitativos, que va de lo situacional a lo personológico, considerado tanto en su dimensión histórica como en su grado de complejidad.
- La PCA se utiliza también en otras enfermedades de nivel no psicótico, en las cuales el grado de afectación de la personalidad y de la esfera emocional varían en dependencia de la entidad, lo que inclina entonces al empleo de una u otra modalidad.

También interviene el lugar de la organización donde se trabaje. Por ejemplo:

- Unidad de Intervención en Crisis y Cuerpo de Guardia (terapia breve, fundamentalmente).
- Hospital de Día (técnicas grupales y familiares, con apoyo en terapia breve).
- Centro Comunitario de Salud Mental y consulta externa de psicoterapia (todas las modalidades).
- Atención infantojuvenil (terapia familiar, básicamente, en niños; y todas las modalidades en los trastornos adaptativos, neuróticos y de la conducta en adolescentes).

Nada de esto puede constituir un esquema rígido; lo que se requiere es disponer de la mayor cantidad posible de opciones a la hora de asumir estrategias concretas para casos concretos, apelando siempre al método científico en su proceso de elección.

Nuestro sistema de salud atiende a miles de personas con trastornos emocionales, buena parte de las cuales pueden recibir atención a sus problemas con apoyo en estas técnicas. Tras los estudios del *Bustamante* y colaboradores en el ININFUCE, así como los desarrollados por *Hiram Castro-López* y por mí en nuestras tesis de doctorado, ha quedado en evidencia el vínculo de los cuadros

neuróticos con las actitudes y predisposiciones enfermizas asumidas, lo que hace imprescindible dotar a nuestros profesionales de técnicas capaces de incidir sobre estos aspectos.

Es por todo esto que, tras los pasos de *Bustamante e Hiram*, he 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 lo atinado a nuestros propósitos y resulta compatible con nuestras concepciones. Solo que ofrecemos al lector un cuerpo ordenado de recursos y métodos enlazados internamente por el hilo conductor de la dialéctica de las actitudes en la personalidad (*Ponce, 1981*) y en la terapia, que puede ayudarles en sus curas.

Como contribución al conjunto de métodos y procedimientos integrantes del pensamiento cubano acerca del tema, he desarrollado a lo largo de los años las modalidades referidas, las cuales serán expuestas por separado en próximos capítulos.

Niveles posibles de acción de la psicoterapia concreta de actitudes

- Sobre las necesidades
- Sobre las amenazas y los conflictos (objetivos y subjetivos)
- Sobre el estrés
- Sobre la tensión y la perturbación emocional
- Sobre las ideas irracionales
- Sobre el afrontamiento y las defensas inadecuadas
- Sobre las actitudes
- Sobre las conductas y sus refuerzos
- Sobre las relaciones interpersonales
- Sobre la comunicación y el lenguaje
- Sobre los síntomas y los trastornos nerviosos

9.3 La psicoterapia concreta de actitudes como investigación

La psiquiatría contemporánea está urgida de una sedimentación del conocimiento acerca de lo válido en psicoterapia, del empleo del método científico en la selección de sus estrategias y recursos, y de un enfoque filosófico coherente. La Psicoterapia Concreta de Actitudes (PCA) pretende ser una respuesta cubana a este desafío.

La PCA ha resuelto *cómo* desarrollar el tratamiento cual un acto de investigación, donde el paciente, la familia, o ambos son coprotagonistas del proceso investigativo y de sus resultados. A continuación mostramos la *ruta crítica* seguida por la PCA al respecto:

1. Del problema a la hipótesis sistémica.

De la evaluación conjunta y pormenorizada del "*problema concreto*" del paciente (evaluación sistémica), a la elaboración de una *hipótesis sistémica* que lo explique de forma holística, integrando los diversos factores causales u "organizadores" involucrados.

2. De la hipótesis a los objetivos: cambios hacia la salud.
A partir de la hipótesis sistémica nos trazamos y acordamos con el paciente los *objetivos*.
3. De los objetivos a las estrategias y a las técnicas.
Para lograr estos objetivos decidimos utilizar un *método* psicoterapéutico que se concreta en el desarrollo de *estrategias* de intervención diseñadas específicamente, integradas por un conjunto de *recursos y procedimientos* seleccionados en consonancia para satisfacer los objetivos que se quiere obtener en el caso.
4. Comparación de resultados con objetivos y con hipótesis.
Entonces, pasamos a la comprobación o no de la hipótesis de acuerdo con los *resultados*, comparándolos con la hipótesis y revisando los objetivos trazados.
5. Ajuste activo de hipótesis, objetivos y estrategias de acuerdo con la evaluación conjunta y la participación protagónica del paciente y/o la familia.
Ajuste de estos, si es necesario, según la participación y evolución del caso, considerando siempre el *criterio de la práctica*, referente de la verdad (Investigación-acción participativa).
6. Evaluación final de acuerdo con los cambios hacia la salud ocurridos.
Evaluación conjunta de los cambios efectuados hacia la salud, tomando en cuenta determinados *indicadores cualitativos (clínicos y psicosociales) de impacto*.
7. Conclusiones y Recomendaciones.

Por último, se llega de conjunto a *conclusiones* acerca de los cambios ocurridos y de lo aprendido a través del proceso, haciendo las *recomendaciones* para el trabajo independiente y obteniendo los *compromisos* del sujeto, de la familia o de ambos, que se desprendan de la lógica particular del caso.

Como indicadores clínicos y psicosociales de impacto tomamos en cuenta, entre otros posibles de acuerdo con el problema específico, los siguientes:

Evaluación mediante indicadores de impacto

- Disminución o eliminación de síntomas
- Ajuste personal y sociofamiliar
- Percepción de bienestar personal y satisfacción por la terapia
- Cambio de valores hacia la salud
- Cambio de motivaciones y sentimientos hacia la salud
- Cambio de actitudes hacia la salud
- Cambio de conductas hacia la salud
- Cambio en la percepción clínica y sociofamiliar sobre el estado del paciente

Podemos identificar la PCA como una modalidad del método científico de investigación-acción participativa en el cual el paciente, el grupo y la familia son coprotagonistas activos de su propio *cambio* a todo lo largo del proceso, ya que en la medida en que evalúan de conjunto con el terapeuta lo que está ocurriendo en ellos, identifican sus problemas y van introduciendo acciones que, conforme a sus resultados, profundizan en el conocimiento de estos problemas, jerarquizándolos según prioridades, tomando decisiones, emprendiendo nuevas acciones y hallando soluciones en un proceso progresivo en espiral ascendente que culmina en el cambio de actitudes, la recuperación del trastorno y el mejoramiento de la calidad de vida. La satisfacción del usuario y sus convivientes, la mejoría clínica y la percepción favorable del propio paciente, sus familiares y otras personas allegadas acerca de los cambios ocurridos, constituyen indicadores cualitativos del cumplimiento de los objetivos del proceso de terapia.

En nuestra terapia no se especula a partir de códigos preconcebidos que se aplican dogmáticamente a los pacientes con independencia de sus particularidades, sino que se hace una evaluación de los problemas específicos del caso, de modo que los códigos de comunicación en la terapia (su dimensión semántica) se correspondan con las vivencias y los significados propios del paciente, los cuales emanan de su experiencia histórica personal, irrepetible.

Al aplicar los hallazgos científicos de la psicología experimental, en particular las investigaciones sobre las actitudes; los principios del aprendizaje; el enfoque del inconsciente como reflejo psicobiológico de la práctica social; la claudicación ante el distrés como base de la desincronización funcional neurótica, estamos orientando la psicoterapia por derroteros científicos ajenos a la especulación y al empirismo voluntarista.

Su *novedad científica* consiste precisamente en aportar, en el campo teórico, un *nuevo modelo conceptual y metodológico*, estrechamente articulado, acerca de la psicoterapia de las crisis emocionales y los trastornos neuróticos, contrapartida a las corrientes subjetivistas prevalecientes; y en proveer una *nueva tecnología en psicoterapia* basada en el papel de las actitudes, que abarca cuatro modalidades.

Esta concepción reivindica la vigencia nosológica del trastorno neurótico y su importante raigambre psicosocial -a diferencia de la corriente biologicista, que olvidando aportes de más de un siglo, niega en la práctica el papel de los conflictos psicológicos y de las contradicciones sociales en su etiología-, fundamentando las bases científicas que la sustentan como grupo de entidades con caracteres etiológicos y clínicos afines, lo que da tema al debate en el ámbito profesional.

Los elementos esenciales que definen la *originalidad* de los elementos teóricos y técnicos desarrollados y expuestos por la PCA son los siguientes:

- Definición de las actitudes disfuncionales que se deben cambiar como el problema fundamental de la terapia.
- Fundamentación acerca de qué debemos entender por "lo concreto en psicoterapia" (de lo particular a una hipótesis de trabajo *ad hoc*).

- Enfoque integrativo: asimilación dialéctica de los aportes universales sobre un *core* autóctono.
- La terapia como proceso de investigación cualitativa.
- Papel metodológico del diagnóstico sistémico y de la hipótesis sistémico-actitudinal en la estrategia de tratamiento.
- La estrategia básica de la terapia descansa fundamentalmente en el manejo y la modificación de las actitudes disfuncionales presentes, utilizando de forma integrativa, de acuerdo con el método científico, recursos procedentes de diferentes técnicas psicoterapéuticas, en correspondencia con los objetivos específicos a alcanzar en cada caso.

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, procuraba lograr la corrección de los mecanismos causantes del trastorno presente: podría entonces el paciente ver las cosas de otro modo y actuar de acuerdo con ello, con actitudes distintas. Aunque desarrolló sus propias técnicas, muy influido por *Sullivan*, 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" y los factores que se les relacionan en un enfoque etiológico multicausal, propio de los trastornos neuróticos, no contradicen antagónicamente, sino que retroalimentan -reforzando y transformando- los factores causales «antiguos», los que devienen actuales en un nuevo plano del desarrollo en espiral. Reivindicando la dialéctica, prefiero hablar 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 este, el elemento esencial de la concepción que ambos defendemos.

Evadiendo polémicas estériles, prefiero comunicarnos hablando de *psicoterapia concreta profunda de actitudes* (PCPA) dejando la valoración del calificativo "causal" y sus diferentes lecturas para un momento colateral del debate académico. Al menos, en este libro obviaré esta 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 disfuncionales en la problemática de los pacientes analizados. Y es *sistémica*, cual defendiera *Hiram Castro-López*, porque considera en sistema

todas las facetas y procesos de la personalidad, sus acciones e 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, elemento inductor y regulador por excelencia de los procesos psíquicos.

Por otra parte, al tomar partido por la psicología concreta (*Politzer, 1929*) como paradigma de la interpretación del acontecer humano individual, estamos aceptando la esencia social del hombre y el reflejo activo 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 e individual, mediado por el mundo de la subjetividad personal, enmarcada en un universo de vivencias, emociones, causalidades y casualidades, en el que los aprendizajes, condicionados de acuerdo con probabilidades, responden a tendencias del movimiento social. En el capítulo 4 nos referimos a los organizadores de la conducta humana y a su papel relativo. Su consideración casuística para el paciente concreto que tenemos delante, es norma básica de la técnica que propugno.

10.2 Fenómenos psíquicos inconscientes en la psicoterapia concreta profunda de actitudes

A diferencia del psicoanálisis, que consideró el inconsciente como una tópica o reservorio del psiquismo gobernado por los instintos y el principio del placer, aceptamos con *Bassin y Uznadze* 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, huellas mnésicas, significaciones codificadas, así como en predisposiciones y actitudes -en parte inconscientes y en parte conscientes- las cuales seleccionan, procesan, regulan y orientan 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, interpretar y enfrentar la vida y la convivencia.

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 operacional y *background* de la actividad consciente, posibilitando el análisis y control automatizados de la información que entra y sale subrepticiamente, sin tener que contar con la conciencia, como ocurre con la información subliminal y con buena parte de la comunicación extraverbal.

Las actitudes influyen en la valoración de la realidad, el flujo y carácter de los recuerdos, la respuesta emocional, el comportamiento y la toma de decisión,

proporcionando al aparato de la personalidad y 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.

La actividad inconsciente está supeditada jerárquicamente a la conciencia y a su carácter reflectivo-social, mediado por la práctica; pero esto no niega su carácter activo, representado por el papel inductor y regulador de las actitudes. Estas, como vimos oportunamente, seleccionan, procesan, clasifican, ordenan, regulan, controlan y orientan la información, a la cual confieren determinado sentido en su función de orientar hacia las metas y contribuir a codificar y decodificar los mensajes que conciernen a la personalidad, de acuerdo con el código de significaciones que la experiencia concreta del sujeto ha establecido a lo largo de su aprendizaje vital. Es por eso 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 fundamentalmente en *sets* de actitudes. Su claridad psicológica puede ser más o menos evidente para el sujeto, en dependencia de que afloren los procesos al nivel de la conciencia, queden opacos en las penumbras subliminales de la subconciencia, o incluso, no se puedan concienciar 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, como ocurre con muchos traumas infantiles en etapas preverbales.

Recordemos que en el proceso de neurotización se produce un quebrantamiento patológico de la homeostasis neuropsíquica necesaria para integrar, valorar, reaccionar afectivamente de forma coherente y actuar de manera adaptativa en la situación psicotraumática, con lo cual se establece un condicionamiento anormal, asociado con la significación inconsciente *-gnoseológicamente falsa y semánticamente mal elaborada-* 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, distorsionada y rudimentaria valoración cognitiva, memorización y conciencia de lo ocurrido. Esta falla en el aprendizaje se expresa también sintomáticamente, por estar condicionada a respuestas anómalas en lo cognitivo, emocional, mnésico y conductual, de acuerdo con la desincronización por distrés del SNC que acompañó a la experiencia primaria de neurotización.

Los errores de conciencia, afectividad, memoria y conducta (significación amenazante, quebrantamiento emocional, inhibición o distorsión de la imagen psíquica del recuerdo y conducta sintomática) representan diferentes 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, se intuye, invoca o confronta 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 e intereses vitales, posibilitando el desencadenamiento de respuestas neuróticas cuando, identificada la amenaza, se reproduce la situación de distrés original y, tras ella, la debacle de síntomas, con los mecanismos defensivos e intentos de reordenamiento funcional de la personalidad que suelen acompañarla. De ahí que la terapia, tomando en consideración el valor de las actitudes en el desarrollo de la personalidad y en la psicopatología, conceda un papel fundamental al análisis de aquellas, en sus dimensiones consciente e inconsciente, en su relación con los síntomas, necesidades, estados afectivos, comportamientos y significaciones, lo cual ha de quedar integrado en la *hipótesis sistémico-actitudinal*, que consideraremos oportunamente.

En resumen, apreciamos el problema del inconsciente -o de la actividad psíquica inconsciente, como debe decirse- y su aplicación en psicoterapia, abordándole como especie de un *software* organizado en el sistema nervioso, portador del código simbólico de comunicación social (lo social aprehendido y automatizado como lenguaje interno psicológico) concretado en su forma física a nivel neurofisiológico como actividad nerviosa superior: constructo biológico al tiempo que social internalizado en su contenido psíquico, que sirve de *background* material a la conciencia lúcida y contribuye a dar sentido y direccionalidad social, aprendida y dirigida hacia metas, a la conducta humana.

La psicoterapia concreta de actitudes aborda el problema del inconsciente a manera de un *software* psicobiológico portador de la direccionalidad hacia las metas y el código de comunicación social.

10.3 Otras consideraciones generales de interés

Los principales objetivos específicos que se pueden alcanzar con esta terapia, y que tributan a su finalidad psicoterapéutica de acuerdo con el caso, son:

- Obtener la disminución o la desaparición de los síntomas presentes.
- Incrementar la capacidad de satisfacer las necesidades significativas involucradas en el problema concreto del paciente.
- Ampliar el conocimiento de los pacientes acerca de sus dificultades específicas, y sobre su participación en ellas.
- Adquirir mayor ajuste y madurez emocional ante las adversidades.
- Modificar las actitudes disfuncionales presentes en el trastorno.
- Desarrollar conductas favorables a un mayor ajuste comportamental en relación con la solución de sus problemas.
- Modificar las dificultades presentes en sus relaciones interpersonales de modo que estas favorezcan la satisfacción de sus necesidades específicas.

- Desarrollar la comunicación y obtener un lenguaje semánticamente bien elaborado respecto al significado de sus conflictos.
- Facilitar la adaptación activa y constructiva a su medio familiar y social.
- Obtener calidad de vida.

Como toda psicoterapia "mayor", la de actitudes requiere:

- 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 muchas veces, 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 sus motivaciones y cosmovisión.

Entiendo aquí la ideología en su doble acepción de forma sistematizada de valorar la realidad, de acuerdo con influencias afectivas mediadas por motivaciones y concepciones personales, y no solo en correspondencia con el reflejo estrictamente objetivo de esa realidad; también, como una forma sistematizada de interpretar los acontecimientos y concebir el mundo en función de las necesidades, los intereses y los móviles que conciernen al sujeto y a su familia, su clase y su grupo social.

Y como lo afectivo, lo referente a las necesidades y a los intereses, están tan vinculados 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.

..... *Pichón-Rivière*, 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 Sin cambiar 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 éste, ora provocándolo, ora manejándolo en el contexto de la terapia, constituye un elemento técnico esencial para afrontar los rejugos de la comunicación y la defensa y, por ende, la significación inconsciente y la actitud, meollo de la psicoterapia de los neuróticos. Entonces, la terapia concreta profunda 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, mediante lo cual pueda el paciente encontrarse a sí mismo y ensayar conductas adaptativas.

Al modificar la actitud hacia la funcionalidad, cambia el código biosocial 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 emocionales desestructurantes.

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 ciertos procesos nerviosos, estimulando o inhibiendo áreas clave del sistema límbico, en fin, incidiendo sobre el cerebro y, a través de él, con el cuerpo humano a partir de la mente.

Como partimos de que toda enfermedad es biopsicosocial, considero se requiere también aplicar un tratamiento con empuje simultáneo en esas tres vertientes.

Por último, como el instrumento fundamental del terapeuta para su trabajo es su propia personalidad y conocimientos, por la influencia bienhechora que ello puede ejercer sobre el paciente, 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 y madurez.
- Integridad y formación ética.
- Preparación clínica.

10.4 Técnica de la psicoterapia concreta profunda de actitudes

Esquemáticamente, podemos considerar en ella cuatro etapas o estadios:

- 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 este 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.
- Diagnóstico dinámico, semántico-comunicacional, 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 a lograr.
- Decisión acerca de las estrategias de intervención.
- Establecimiento del contrato terapéutico.
- Enganche.

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 sentamos 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 y acrítica a sus problemas.

Información sobre síntomas y problemas. Al comienzo, el paciente suele estar ansioso por decir qué lo aqueja y en qué desea que se le ayude, así como por expresar los problemas que considera tener. Aunque no fuese así, es recomendable empezar por ahí. Ello define el vínculo como relación terapeuta-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 *Bonnaffé* (1965); aplicar la connotación positiva, apreciando y resaltando desde los primeros instantes los valores positivos del sujeto y mostrándose afectuoso y agradable -sin excesos y con autenticidad. Todo ello constituye prerrequisito para que el paciente "abra su corazón" ante nosotros, permitiendo que un desconocido (pero dotado del rol y del permiso social para ello) se inmiscuya 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 de unión que sepamos crear.

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, sus afectos y problemas.

Cronopatograma. Como médicos o profesionales de la salud mental, 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 las que aparecen las conductas sintomáticas? ¿Cómo son realmente los síntomas? ¿Quiénes las personas involucradas en sus problemas? Estas y otras, son interrogantes que la primera aproximación general al paciente obliga a considerar.

Después, cuando profundicemos en su autobiografía, tendremos oportunidad 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, de 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 y manejo de las transiciones es esencial para el diagnóstico y para un posterior acercamiento a la dinámica del caso y al "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 o ella vienen buscando comprensión y alivio. Si lo logran, se sentirán complacidos y volverán. 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 dialogando y confiando en su psicoterapeuta. Enseñarle a relajarse puede ser útil y muy demostrativo en algún que otro caso, aunque no suelo utilizar este recurso -ni la sugestión activa- 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. Ello establece un condicionamiento entre la experiencia de la entrevista (incluida la persona del terapeuta y el propio espacio físico de la consulta) y el estado emocional favorable con el que termina la sesión, que influirá positivamente en su actitud futura hacia la continuación del tratamiento.

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 tipo de psicoterapia 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, lo estructural, lo actitudinal, lo semántico-comunicacional, lo ecológico y lo sistémico, implícitos en el drama del paciente, su familia y grupo social.

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 terapeuta 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, 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. Por el momento, solo lo empático prevalecerá.

Objetivos y características del tratamiento. Ante hipótesis diagnósticas-sistémicas que ya se formulan, pero que están pendientes de concreción, 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 lo que aqueja al paciente, mejorarle y encaminarle, está comenzar a definir y a comprometerle en las intervenciones terapéuticas que vamos a realizar. De ello hablaremos con él, dándole información y propiciando su compromiso.

Enganche. Como el buen pescador, cuando percibe que el 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 necesitado de ayuda, y que es de su conveniencia seguir trabajando con el terapeuta para obtener ciertos propósitos, favorables para él, que este le está ayudando a poner en claro. Entonces probablemente volverá a la terapia, si influencias posteriores (interiores o exteriores) provenientes de sus actitudes mórbidas y de sus mecanismos de resistencia al cambio, no le hacen pensar de un modo desfavorable en el período entre sesiones. Por eso la segunda y siguientes entrevistas serán en fechas lo más próximas posibles, salvo en pacientes muy demandantes y dependientes, en los que no es 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,... en la próxima entrevista veremos aquello...", etc.

Estos cambios de tiempo en los verbos, los cambios de posición, el uso de algún recurso verbal (muletilla) o extraverbal que, como decíamos, pueda condicionarse a una próxima terminación, 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 reiteradamente en el futuro para su control de la sesión.

En este momento final se procede a resumir lo tratado, reformulando y 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 servirá para confirmar lo

procedente o no de lo que es reformulado. A su vez, hará sentir al paciente que fue atendido y comprendido, contribuyendo a clarificar sus ideas acerca de sus propios problemas.

Del tiempo pasado -la sesión- pasamos al tiempo futuro: la tarea. El paciente, cual 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. Es importante que exista creatividad en ello. Pueden al inicio 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 sea activo y quede bien claro sobre ellas- se procede a indicar los estudios complementarios que se necesiten, 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 carga sugestiva indirecta, que establece un compromiso moral.

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.

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 -para comenzarlas a descalificar, 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 en 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 sedimentando, 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 - a 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 de determinados asuntos, por el momento, 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 distintos 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 varias sesiones más: lo importante es que, cuando se focalice la exploración en 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 al 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 a los temas que va presentando, siguiendo un tanto la técnica especular diseñada por *Carl Rogers (1967)*, traduciendo los contenidos al lenguaje de los sentimientos, 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 que da el paciente sobre el comportamiento "ingrato" de otra persona para consigo, se le señala: "Sientes mucho dolor porque alguien en quien habías depositado tanta confianza se comporte contigo de una manera insensible... sientes rabia para con él... ¿es eso?"

Así, al cerrar por el momento el análisis de un área, tratamos de que hayan quedado explícitos para el sujeto los sentimientos existentes con respecto a las situaciones y personas significativas vinculadas con dicha área. Esto no se violentará por transición brusca, salvo alguna que otra confrontación, si fuera 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 cognitivos relacionados con los problemas; es decir, cómo ha percibido e interpreta sus eventos vitales. Ambos personajes del drama psicoterapéutico van tomando, internamente, sus propias notas 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, señalamientos, reformulaciones, ventilación de sentimientos, preguntas, insinuaciones, solicitudes 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 trabajar por 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 identificado así por el paciente. "Se sirve entonces la mesa" a este para que opine, de manera que quede en claro y puedan trabajarse la actitud y el 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 concretarán compromisos en relación con los modos de afrontamiento, a través de una tarea elaborada por el propio paciente, modelada con la ayuda del terapeuta.

Despedida. Formulada la tarea, se formaliza el compromiso de su puesta en práctica en el período hasta la próxima sesión, manteniéndose la tarea anterior, siempre que sea procedente. Se brindará apoyo e inspiración, tratando de que el paciente logre elevar su autoestima y la confianza en sí mismo, resaltando sus valores positivos y apelando a los resortes de la alianza terapéutica iniciada. 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 concierta 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 profunda 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, y de la relación entre ellas.
- Evaluación diagnóstica por aspectos y formulación de la hipótesis sistémico-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, cuando este no ha sido bien establecido previamente. 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 evadir o llamar la atención- y solo consideramos la clínica, en el caso concreto en que la neurosis sea evidente, de una forma muy general, aprobando y premiando las mejorías y desatendiendo selectivamente, por el momento, los síntomas defensivos o 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, procurando *feed back*. Se premia y refuerza verbalmente todo lo que de positivo se le asocie. Las violaciones no se critican sino que se relacionan sutilmente con sus resultados negativos, sentando las bases para futuras experiencias emocionales correctivas, provocadas o espontáneas.

Cumplimiento de propósitos. Asociado a lo anterior, se inquiriere sobre el cumplimiento de los propósitos que se trazó el paciente en las entrevistas anteriores -aquellos no concretados como tareas conductuales, pero que repercuten y tienen que ver con la conducta entre sesiones y con sus resultados-. Esto da la posibilidad de profundizar en cualquiera de los temas ya tratados si se considera conveniente, 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 debamos desaprovechar-. En cambio, es recomendable ir destacando las relaciones entre las áreas ya abordadas, de forma que el paciente lo concientice. Sobre todo, asociando los problemas con las necesidades, los mecanismos de enfrentamiento y las actitudes que se utilizan, no desaprovechando ocasión de captar simbolismos y significaciones que vayan saltando a la vista y que se acotan de soslayo, procurando en lo posible 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 vienen al caso, cuando ello es ya accesible a la conciencia.

Exploración de la 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 a pesar de ello sigue sin producir, probablemente se trata de un mal candidato a terapia profunda 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 de la vida por etapas, en asociación con bloques de información ya brindada que nos hacen recomendable rastrear su sentido, siguiendo las rutas de su historia personal.

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 biografía, trazadores estos del significado de sus símbolos y del sentido de su vida, además de clave de sentimientos, conflictos y pasiones no siempre permitidas.

A los sujetos muy locuaces o productivos, se les pide traer su relato biográfico 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 quedar clarificados, al menos, los principales momentos existenciales del sujeto; lo suficiente como para que nos ayuden a aprehender el sentido y significado de lo que acaece, a la luz de su experiencia 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 dotación genética, hacen a cada persona 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 de forma incondicional, tal cual es, que no hay un solo indicio de reproche en las observaciones que sobre su conducta, actitudes o los por él considerados "defectos", puedan surgir en el diálogo terapéutico. 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 existe 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. Solo entonces se atreverá la persona a acompañarnos en una aventura conjunta por el *cambio* y por la negación de su vivir neurótico.

Formulación de las hipótesis diagnósticas. Se trabajará sistemáticamente el diálogo terapéutico a través de la relación empática hasta llegar a formular los siguientes tipos de hipótesis: clínica, psicodinámica, funcional, estructural, actitudinal, ecológica, semántico-comunicacional y sistémica. A este nivel de la terapia, se irán completando las distintas hipótesis que forman parte indisoluble de lo que he dado en llamar la *hipótesis sistémico-actitudinal*, cuya formulación interna por parte del terapeuta concluye el primer estadio y cuya comprobación en la práctica acometeremos en los estadios segundo y tercero del tratamiento.

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 analizado con el paciente hasta aquí, nos habremos formado una idea de lo que sucede interiormente en él: sus necesidades insatisfechas, el carácter y tipo de amenazas que interfieren con ellas y están estresando a nivel patológico al sujeto; los conflictos internalizados o "complejos" que parecen estar actuando inconscientemente tras su inseguridad, angustia y mecanismos de enfrentamiento; las significaciones de segundo orden que han ido cobrando sentido para nosotros al conocer su biografía, etcétera. Todo ello, por sus conexiones internas, 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 experiencias emocionales correctoras.

El criterio de la verdad reside, en este caso, en la corrección consecuente de la respuesta mórbida (indicadores cualitativos de impacto), de modo que pueda comprobarse en el cambio de valores y conducta, y en la eliminación del comportamiento sintomático. Si esto no sucediera, ¿para qué serviría una formulación psicodinámica? Y si -por otra parte- no fuera operacionalmente válido ¿podría movilizar una fuerza interior capaz de propiciar el cambio terapéutico?

De igual forma, el desenvolvimiento del sujeto en los diversos roles sociales que requieren 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 la *hipótesis funcional* correspondiente. Su comportamiento como parte del *holón* familiar, laboral, social, etc. (Minuchin, 1993), 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, etc., en el seno de su familia actual, de su familia de origen, centros de trabajo, grupos de amigos y condiscípulos u otros colectivos sociales que, en su caso concreto, por constituir la red social que sustenta la estabilidad personal, resulten 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, etc., constituye una dimensión evaluativa que hemos de saber explotar en terapia profunda, 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 los trastornos neuróticos. Cómo se percibe esta estructura desde la óptica del paciente y cómo es en realidad -una entrevista conjunta con la familia puede facilitarlo- contribuye a que tengamos buen material para trabajar.

Creo no tener necesidad de fundamentar a este nivel 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 semántico-comunicacional* es el producto de la evaluación diagnóstica de los aspectos funcionales y 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 así como de la gramática transformacional que opera en su semántica, mediante lo cual podemos percatarnos ante qué formas de lenguaje "semánticamente mal elaborado" estamos presentes; precisar el sistema representacional más favorecido y las claves de acceso a los distintos sistemas; es decir, identificar las formas comunicacionales y las incongruencias y polaridades del paciente, en consonancia con sus específicos procesos formales de modelación del mundo (Watzlawick, 1971; Bandler y Grinder, 1996). En este contexto, muchos de los síntomas y problemas de conducta presentes en el paciente evidencian un lenguaje que toma sentido en el contexto sistémico y que un terapeuta avezado puede comprender.

La *hipótesis ecológica* resulta de nuestra evaluación sistemática 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 los contextos social y natural específicos del paciente.

Como un aspecto particular del análisis ecológico hemos de tomar en cuenta su dimensión socioeconómica (*hipótesis socioeconómica*) mediante la cual valoramos la influencia de este importante aspecto que repercute en el nivel de vida, la satisfacción de las necesidades materiales de alimentación, vestuario, vivienda, etcétera, en el *status* social, los intereses y sentimientos de clase, la ideología y posición política de las personas y que, en muchos pacientes, puede jugar importante papel en los problemas y conflictos que aquejan.

Por último, la *hipótesis sistémica*, a la que llamo *hipótesis sistémico-actitudinal* por el papel descollante que doy en ella a las *actitudes*, consiste en la formulación para el interior del terapeuta del vínculo que se avizora entre los distintos elementos que conforman el sistema neurótico del enfermo concreto, en cuya comprensión se integran las distintas hipótesis parciales aludidas con el papel que cumplen en ellas las actitudes disfuncionales del sujeto. A través de esta hipótesis holística nos explicamos cómo las actitudes inadecuadas del sujeto entorpecen la satisfacción de necesidades esenciales, provocando niveles de estrés generadores de síntomas, mientras que las significaciones morbosas que se integraron tras la experiencia personal traumática (errores semánticos), se erigen como amenazas perturbadoras generadoras de predisposiciones defensivas. Estas significaciones amenazantes, al ser temidas o reconocidas inconscientemente en el trasfondo de experiencias o situaciones de conflicto posteriores, movilizan emociones negativas, defensas neuróticas y, tras ellas, los síntomas y las actitudes no adaptativas condicionadas, con lo que se refuerza el círculo patológico *actitudes inadecuadas – necesidades insatisfechas – distrés – defensas – síntomas – actitudes inadecuadas*, consustancial a los trastornos neuróticos, como explicamos en su oportunidad.

Esta hipótesis global 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 forman parte de los problemas del enfermo y parecen determinarlos. Cuando el terapeuta se siente con elementos como para comprender en su conjunto lo que le 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, y defenderlo -si supuestamente procediera- en el equipo terapéutico, tiene en sus manos, como instrumento para el trabajo en una etapa superior, la hipótesis sistémico-actitudinal a que hice alusión. Con ello

ya tenemos concluida, con el último de sus elementos, la evaluación diagnóstica preliminar.

Hipótesis sistémico-actitudinal

Nivel 1. Formulación sistémica acerca de las actitudes y pautas de comunicación que dan sentido y significado a la conducta sintomática: el lenguaje del síntoma en relación con sus actitudes.

Nivel 2. Aproximación sistémica a cómo los elementos clínicos, dinámicos, semántico-comunicacionales, estructurales, funcionales, ecológicos y económicos están involucrados en las actitudes y en la conducta sintomática, de modo que todo embone como en un rompecabezas.

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, siempre 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 inquietudes que señalará como objeto de análisis para una siguiente sesión. En este resumen parcial, se las ingeniará para sacar a relucir -o, preferiblemente, para 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 en el futuro 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 categoría de recursos en general empleará para lograrlo, para lo cual deberá contar con la anuencia y activa colaboración 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 para ello ha sido logrado.

Despedida. El paciente deberá ir conociendo que se aproxima un nuevo estado, muy importante, en el que se trabajará muy duro, así como que dependerán de él los resultados. Si algún psicofármaco se utilizaba hasta aquí, debe considerarse con detenimiento la posibilidad de ser eliminado -salvo excepciones justificadas, en las modalidades neuróticas con importante componente endógeno- y formalizar la renuncia a la 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 paralelo con este ciclo de sesiones, es recomendable que otro miembro del equipo enseñe al paciente alguna técnica de relajación o, en algunos casos, trabaje determinados síntomas con técnicas sugestivas. Se suele implementar, al menos, una sesión de familia con la conducción del terapeuta a cargo, decidiéndose casuísticamente si esta continúa o no en terapia -en este caso con otro terapeuta del equipo- de acuerdo con las particularidades.

No obstante, aunque no se incluya en un programa complementario -siempre aconsejable si está coordinado en sistema- recomiendo 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 dará oportunidad de recurrir a este recurso cuando sea conveniente, a la vez que su utilización sistemática constituye un factor terapéutico permanente en el autocontrol de la ansiedad y en la modificación de las actitudes.

Psicoterapia concreta de actitudes

Procederes de la fase evaluativa

Identificación de la conducta sintomática

- Evaluación clínica
- Evaluación psicodinámica
- Evaluación ecológica
- Evaluación semántico-comunicacional
- Evaluación actitudinal
- Evaluación estructural-funcional
- Evaluación sistémica: Hipótesis sistémico-actitudinal
- Definición de la estrategia
- Contrato terapéutico

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 *rappoport*.
- Esclarecimiento del estilo y plan de vida del paciente: camino hacia las metas.
- Congruencia entre estos 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, salvo excepción.

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 nueva etapa comenzamos también a explorar 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 dice proponerse no es lo que realmente se propone? Lo que quiere o está haciendo ¿es congruente con su realidad y posibilidades? Mucho de lo que se haga a partir de ahora tendrá que ver, de algún modo, con la respuesta a estas interrogantes.

Adler (1959) 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, la posibilidad de que el sujeto pueda ir tomando conciencia de sus contradicciones, ayuda a validar consensualmente su propia realidad. El análisis del estilo y plan de vida, de sus metas y del camino seguido y por seguir hacia ellas, 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 transiciones suaves. 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 *insight* con posterioridad.

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 en conflictos y errores del pasado. Por eso, en esta segunda y también en la tercera etapa, trabajaremos la dinámica en el *continuum* pasado-presente-futuro, siempre en correspondencia con el juicio de la realidad y con la pauta del rastreo y modificación de las actitudes, "camino hacia las metas" (Suárez Ramos et al., 2004).

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 *rapport* y la confianza en nosotros ya establecida, es factible comenzar por la ventilación e interpretación de sentimientos. Los problemas, las contradicciones y conflictos fácilmente traen a flor de piel, cuando se tocan, las emociones y sentimientos. Lo típico es 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* por sus canales kinestésicos que vivenciamos empáticamente con él sus necesidades y, en lo posible, por qué siente como siente. Mas, habrá también que llevarlos al lenguaje verbal. Tras las necesidades y sentimientos, asomarán los conflictos o "com plejos" -hasta donde está en capacidad de llegar a ellos, con la ayuda del sentido común y de la evidencia-. Y con los "complejos", no es difícil y sí muy conveniente poder considerar la amenaza neurótica, que es un componente ideativo-emocional que, por error condicionado de aprendizaje y de memoria, refleja irracionalmente la realidad.

No es momento aún de intentar hacer conscientes sus fantasmas inconscientes. Pero ya debemos ir golpeando sus fundamentos, evidenciando su improcedencia, inadecuación y extemporaneidad. Se ha de ir asociando los traumas de la vida con los significados de las cosas para el sujeto; la conciencia quizás no los puede aceptar todavía, pero el camino se va trillando. El paciente comprenderá lo que significan para sí aunque no esté todavía en condiciones de captar en todo su significado lo que realmente son, epistemológicamente hablando. Su vida cotidiana y sus recuerdos seguirán nutriendo el análisis. Sus conductas posibilitarán ir enfrentando 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, desensibilizando, relacionando, promoviendo *insight* donde sea posible, apelando a la alianza terapéutica, manejando los silencios, la comunicación y la defensa, facilitando que valide consensualmente sus conductas, discriminando el pasado del presente y dirigiendo

la vista hacia el futuro, rompiendo resistencias, haciendo transiciones, modelando conductas asertivas. Pero, sobre todo, movilizandolos afectos y buscando impactar con experiencias emocionales correctivas cuantas veces sea posible, acorralando actitudes para poderlas interpretar 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 diferentes causas del problema, cuando exploramos 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 su papel, 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, equivocan las cosas, lo cual ha dificultado que las actitudes hayan alcanzado en la psicoterapia contemporánea el papel que les corresponde, tanto en el Occidente como en el Oriente, pues -debido a enfoques de escuela- han sido subutilizadas las potencialidades que brinda el empleo sistémico de su análisis y modificación. 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 y el cambio de actitud al respecto son requisitos indispensables 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 el clima psicoterapéutico, 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.

A continuación, paso a citar un grupo de las actitudes que, en muchos de nuestros pacientes, juegan un papel disfuncional:

- Dependencia
- Evasión
- Sumisión
- Actitud agresiva
- Actitud pasivo agresiva
- Actitud punitiva
- Actitud litigante
- Actitud de autoengaño
- Actitud de culpabilizar a otros
- Actitud de autoinculpación
- Actitud de reafirmación neurótica (necesidad de sobresalir, de centrar la atención)

- Actitud de anular al otro
- Actitud de resignación pasiva
- Actitud displicente
- Pesimismo
- Psicorrigidez
- Procrastinar (diferir resolver los problemas)
- Refugiarse en fantasías
- Alienarse en drogas
- Actitud lastimera (hacerse la víctima)
- Actitud pusilánime
- Actitud sensitiva
- Búsqueda enfermiza de apoyo

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 al juicio de la razón, canalizando la fuerte emoción que se experimenta para favorecer la modificación de la conducta descalificada y dar motivación al cambio. 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, su emergencia condiciona cambios de significación.

Comprobación diagnóstica y de la hipótesis sistémico-actitudinal. Las correspondientes hipótesis sintomática (el lenguaje de los síntomas), psicodinámica, funcional, estructural, ecológica, actitudinal, semántico-comunicacional y sistémica son puestas conscientemente a prueba en la confrontación terapéutica con la vida práctica del paciente, 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 del trabajo participativo. Pensamos frecuentemente que las cosas pueden ser de un modo, pero el enfermo no reacciona ante ellas como suponíamos, 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 interactiva donde la práctica es el criterio de la verdad. ¿Las pruebas de que estamos en lo cierto?: el crecimiento personal del sujeto sometido a terapia, 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, su cambio de valores hacia la salud. Son los que llamo *indicadores clínicos y psicosociales de impacto*. Pero estos son logros que obtendremos más adelante en la terapia, cuando cristalice y se consolide el cambio.

Indicadores clínicos y psicosociales de impacto del tratamiento

- Disminución o eliminación de síntomas
- Ajuste personal y sociofamiliar
- Percepción de bienestar personal y satisfacción por la terapia
- Cambio de valores hacia la salud
- Cambio de motivaciones y sentimientos hacia la salud
- Cambio de actitudes hacia la salud
- Cambio de conductas hacia la salud
- Cambio en la percepción clínica y sociofamiliar sobre el estado del paciente

Las hipótesis no se transmiten como lecciones que el paciente debe aprender, 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 basándonos en 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 la vida y los valores del sujeto, sus aspiraciones, traumas, conflictos y amenazas, sus necesidades, planes, sueños, pensamientos, sentimientos y accionar. Entonces, junto con él o ella, nos sentimos capaces de comprender lo que pasa y, juntos, elaboramos un producto creado a cuatro manos, que formula internamente el terapeuta como hipótesis abarcadora y que internaliza el paciente a través del *insight*, la experiencia emocional y la modificación de conducta, expresándolo progresivamente en cambio de actitudes tanto hacia afuera como hacia el interior de sí mismo: se va atreviendo entonces a mirar, de nuestro brazo, en sus penumbras y va aprendiendo a divisar objetos útiles donde imaginaba fantasmas y avizoraba peligros catastróficos. Poco a poco, irá decidiéndose a caminar solo, hasta soltarse definitivamente de nuestra protección. Con esta hipótesis sistémico-actitudinal en nuestras manos y con su asimilación progresiva por el paciente, podremos acometer la tercera etapa de la terapia.

Papel de la actividad. En su importante trabajo "Psicoterapia y materialismo dialéctico", *Fernández Zoila (1965)* 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 y aceptador de acción (*Anojin, 1975*), 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 previamente. 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 y objetivable, de los propósitos y metas del plan de vida analizados en terapia. De ahí que conminemos al paciente a la acción consciente y perseveremos en eso, para luego analizar con él los resultados, el *feed-back* de la acción, lo cual va contribuyendo a la validación consensual y a la modificación del ECRO 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 psicodinámica: pero esta última se hará todavía, en buena parte de los casos, apoyados en el sentido común, si el paciente no está aún preparado para enfrentarse a sus conflictos reprimidos sin desestructurarse.

Son estas mencionadas interpretaciones de primer orden, las cuales corresponden a las llamadas significaciones de primer orden, aquellas validadas por la lógica y por 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 toda interpretación 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 las conductas del sujeto, más que al conocimiento por el conocimiento mismo. Pero, 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 estar presente un bloqueo emocional de la percepción del significado morboso que hay que "romper", el valor terapéutico que puede alcanzar una interpretación de este tipo será el reforzamiento de la alianza terapéutica, lo que puede facilitar un mejor

conocimiento de aspectos importantes de sí mismo. Pero son las de segundo orden las que confrontan, facilitan la experiencia emocional correctiva y provocan el cambio. El uso de las interpretaciones se hace en el marco de la relación interpersonal establecida, debiendo movilizar los afectos y estimular la actividad fuera del contexto terapéutico, contribuyendo a delinear los significados semánticamente bien elaborados y el sentido vital.

Despedida. Como siempre, el terapeuta resume la sesión, subrayando, reencuadrando. Con sentido prospectivo, hace que el paciente formule verbalmente sus conclusiones y propósitos, estimulando la reorientación cognitiva. 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.

Procederes básicos de la segunda etapa

- Toma de conciencia de la relación que guardan con el problema las actitudes asumidas y movilización emocional al respecto
- Exacerbación de la disonancia entre las actitudes presentes y las exigencias de la realidad. Trabajo para romper las defensas
- Elaboración y refuerzo de conductas adaptativas influyentes sobre la satisfacción de las necesidades y sobre la transformación de la secuencia de comportamientos involucrados en el problema
- Corrección de la disfuncionalidad personal, trabajando las actitudes, el cumplimiento de los roles, el ajuste con el ambiente, las ideas irracionales y la integridad semántico-comunicacional, así como el manejo dinámico intra e interpersonal

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.
- Caminar hacia las metas
- 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. Casi siempre 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 el análisis de la tarea, eventos vitales, compromisos pendientes, tensiones de la vida interpersonal o áreas de conflicto que se decide traer a colación nuevamente porque se valora propicio el momento para reconsiderarlas a un nuevo nivel. Se debe escoger un tema que permita profundizar en sus vertientes principales: las significaciones problemáticas que le conciernen, las conductas del sujeto en todo lo que tiene que ver con ellas y con sus conductas no adaptativas, así como los afectos tormentosos y sentimientos ambivalentes que les están asociados y perturban al paciente.

Una vez alcanzado el clímax de afectividad y comunicación, haciendo uso del *rapport* y de la relación empática 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, en este caso traumáticos, confusos, incompletos, desfasados o desproporcionados con relación a la carga emocional que debiera corresponderles, generadores de síntomas y "organizadores" de actitudes y comportamientos mórbidos.

Es la ocasión para 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 toma conciencia, confrontado con sus fantasmas y su realidad existencial. Es la oportunidad para la experiencia emocional correctiva, para el acorralamiento de las actitudes y para la comprensión de que, sin cambiarlas, todo seguiría siendo angustioso, y que en sus manos está el mejorar su vida, 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 lograrlo-, ya con una conciencia definida de lo que quiere y lo que le conviene, con una clara precisión de las contradicciones en su estilo y plan de vida con respecto a las metas planteadas, representa un importante factor movilizador de actitudes, motivaciones y conductas en dirección al cambio. Cambio que, como decíamos, pasa por el reaprendizaje y el refuerzo de las conductas asumidas tras la toma de conciencia, mientras van remodelándose y fraguando las nuevas actitudes. Se debe, entonces, perseverar en la consolidación de las actitudes adaptativas a partir de la actuación en la práctica social y ulterior externización, de la relectura existencial a partir del enfoque de responsabilidad prospectiva, con la mirada puesta en las metas vitales renovadas en la terapia.

La reorganización cognitiva (esquema conceptual referencial operativo secundario, nueva visión de sí mismo, de sus problemas y 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 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 divisó y de las metas que se ha propuesto. 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.

Comprobación de la hipótesis sistémico-actitudinal. A medida que el análisis progresa y, con él, el refuerzo de las nuevas actitudes, se van rompiendo las resistencias, el sujeto va siendo capaz de ver cada vez con más profundidad dentro de sí, atreviéndose a enfrentar progresivamente sus fantasmas y temores inconscientes. Este proceso facilita la asociación interna entre las concienciaciones 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 a la angustia (incapacitado el sujeto, en aquel entonces, para integrarlo como experiencia claramente consciente, relegándolo a memoria inconsciente del distrés). Recordemos que no solo se memorizan ideas e imágenes; también se memorizan emociones, reflejos y las reacciones psiconeuroendocrinoinmunológicas vinculadas al 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 y respuestas.

Resultado de la ampliación del campo de la conciencia a expensas del terreno que se gana al miedo -parapetado en los 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 vivida en terapia. Asimilación que involucra sus valencias racionales, emocionales, conductuales 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 de la psiquis humana para responder, en forma adaptativa, a la realidad objetiva, incluidas las necesidades propias.

No es menester, ni con mucho, 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 paralizantes, 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 debidamente por ello, alcanzando un adecuado nivel de adaptación familiar y social. 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 afectando significativamente.

Quiero decir, en esencia, que la hipótesis sistémica se internaliza a partir de las vivencias y los actos, quitándole al recuerdo sus fantasmas. Más que el insistir en saber *lo que es*, consiste en desmitificar vivencias, en reorganizar su modelo del mundo, en abrir claridad en la conciencia para, con conocimiento de causas, saber 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 apacible la persona en su mundo interior, más preparada estará para aceptarse a sí misma y para interactuar exitosamente con la realidad exterior.

Saber más y temer menos porque se deshacen mitos y se desarrolla la confianza en sí mismo. Pero el saber de sí como objetivo terapéutico tiene como límite aquel que establece el grado de 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 aprehensión del sentido y significado de la historia personal y de la reorganización de su modelo del mundo, avalada por la mejoría sintomática y el enriquecimiento de la funcionalidad personal, pruebas últimas de la eficacia del tratamiento.

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 el camino hacia las metas trazadas. 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 superan.

Por otra parte, la estrategia de ir modelando conductas, ensayando y reforzando roles, mejorando los aspectos semánticos y funcionales de la comunicación, entre otros recursos, permite ir ayudando a satisfacer necesidades, mediante el

aprendizaje apropiado y el esclarecimiento y ventilación de equívocos basados en sustituciones, generalizaciones y distorsiones que lo entorpecen, amén de las modificaciones actitudinales que el uso apropiado de estos recursos propician. Esta estrategia, 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, mirando hacia el futuro, 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 debemos estimular dependencia. En este estadio, próximo al final, el paciente debe experimentar con fuerza la confianza que en él tiene el terapeuta, quien respeta sus decisiones, le deja cada vez más guiar su propia terapia, en sentido *rogeriano*, descargando sobre él la plena responsabilidad en las decisiones y en la planificación de su futuro, con aceptación incondicional explícita.

En nuestra técnica, el tratamiento debe terminar por lisis. La actitud terapéutica de confiar y descansar en la responsabilidad del propio paciente por su propio futuro es lo 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 ayudarlo, representando el papel de abogado del diablo. Las tareas autoestablecidas devienen progresivamente complejas, vinculadas a los objetivos a largo plazo de la terapia. Se recuerda periódicamente continuar actuando sobre todas las anteriores que procedan a estas alturas. 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.

Estrategia terapéutica

Intervención sobre:

- Sentimientos y afectos
- Percepción del problema
- Mecanismos de enfrentamiento (afrentamiento y defensa)
- Necesidades y actitudes
- Integración psicodinámica
- Integración ecológica y funcional (roles)
- Integración semántico-comunicacional
- Conductas secuenciales y refuerzos asociados al síntoma
- Síntomas propiamente dichos
- Relación sistémica actitud-necesidad-problema-síntoma-actitud
- Refuerzo y externización

Recursos técnicos en terapia concreta de actitudes

- Recursos racional-cognitivos
- Recursos para la movilización, el control y la maduración emocional
- Recursos conductuales y del aprendizaje
- Recursos comunicacionales y de la programación neurolingüística
- Recursos antiestrés, sugestivos y del desarrollo personal
- Recursos para la modificación de actitudes

Los principales aspectos sobre los que actúa la psicoterapia concreta profunda de actitudes son los siguientes:

- las necesidades significativas involucradas en el problema a tratar.
- las "amenazas" y los conflictos del sujeto (objetivos y subjetivos).
- el estrés propiamente dicho.
- la tensión y la perturbación emocional resultante.
- las ideas irracionales (*Ellis, 1984*) y las significaciones equívocas que subyacen en el problema: lenguaje semánticamente mal elaborado (*Bandler y Grinder, 1996*).
- los mecanismos de afrontamiento y de defensa inadecuados (*Hernández et al., 2004*).
- las actitudes y predisposiciones inapropiadas (*Castro-López, 1982*).
- las conductas (positivas y negativas) y sus refuerzos (*Zaldívar, 2004*).
- la relación y la comunicación interpersonales (*Sullivan, 1959*).
- el estilo y plan de vida de los sujetos en tratamiento (*Adler, 1959*).
- los síntomas y los trastornos presentes en el Sistema Nervioso (*Clavijo, 2002 b*).
- la calidad de vida de los pacientes y las familias (*Clavijo, 2006*).

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 concretos que alberga para su futuro. El terapeuta le ayudará con los recursos del encuadre, el esclarecimiento y el refuerzo fundamentalmente, pero no reabrirá la terapia.

A punto de partida de este diálogo quedará definido sobre qué trabajará la persona por propia cuenta, qué cosas que no le agradan tiene que aceptar como partes de sí, y cómo hará para convivir con ellas. A su vez, se procurará 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 hubo de tomar sus decisiones, a partir de sus propios criterios. El terapeuta pondrá cuidado especial en reconocer los esfuerzos realizados a lo largo del tratamiento, en destacar las principales cualidades y los recursos de la personalidad más valiosos y positivos del sujeto, aplicando la connotación positiva a las naturales insuficiencias en lo logrado u otras características quizás no deseables, pero inaccesibles a la psicoterapia. Debe quedar claro que la relación de ayuda ha terminado y que, en lo adelante, será capaz de resolver los problemas por sí mismo, sin necesidad de consulta o tratamiento.

Roto el vínculo profesional, queda entre ambos una relación afectiva peculiar, cercana pero no igual a la amistad, mezcla de gratitud, respeto, afecto 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 fruto 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 decisiones privadas, sino de opiniones acerca de aspectos sobre los que le convendría trabajar, cualidades que puede potenciar, o cabos sueltos que pudiera examinar por su cuenta, para asumir las conductas correspondientes. Por poseer una fuerza de impacto extraordinaria, estas recomendaciones serán pocas y muy bien pensadas, toda vez que ponen a prueba al terapeuta como ser humano total, es decir, como persona y como profesional, y que por el momento y clima excepcionales en que se producen, 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 efusiva de la confianza que se tiene en que el sujeto, 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.

PSICOTERAPIA CONCRETA BREVE DE ACTITUDES

11.1 Introducción

La psicoterapia breve intensiva constituye la variante psicoterapéutica de elección en situaciones de crisis. Es breve en términos de tiempo, pero sus objetivos no son los de las psicoterapias breves "superficiales" que buscan solo 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 existen diferentes modelos.

La variedad que aquí exponemos, procura un cambio a través de la modificación de las actitudes disfuncionales. La psicoterapia concreta breve de actitudes (PCBA) no incursiona sistemáticamente en el pasado, como la modalidad profunda, 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 modificarlas, junto a los aspectos del comportamiento del paciente que dificultan su ajuste interpersonal y la adecuada satisfacción de las necesidades involucradas en la crisis. Como en la 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 psicosocial.

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 inter y transdisciplinaria.

En psicoterapia se han desarrollado múltiples modelos para el abordaje de la crisis y unas variedades van tomando mucho de las otras (*Scott et al., 2002*). 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 (1964)* y por *Barrientos (2004)*, con la óptica de *Bustamante*, aclarando que, en situaciones de crisis y con más razón que nunca, como no me canso de repetir, "cada traje debe ser cortado a la medida".

11.2 Objetivos posibles con la psicoterapia concreta breve de actitudes

- Incremento de la capacidad de satisfacer necesidades.
- Disminución o desaparición de los síntomas.
- Ampliación del conocimiento sobre sus problemas.
- Comprensión de elementos que desencadenaron 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 de, al menos, el 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 concreta breve de actitudes

Consideramos tres etapas en la terapia:

1. Evaluación diagnóstico-actitudinal.
2. Intervención psicológica intensiva, modificación de actitudes y cambio terapéutico.
3. Evaluación de resultados y recomendaciones.

11.3.1 Etapa evaluativa

Primera etapa

Evaluación diagnóstico-actitudinal

- Establecimiento de la relación empática
- Conocer el "problema" (percibido y probable)
- Áreas de conflicto y necesidades insatisfechas
- Identificación de las actitudes características
- Definición diagnóstica por aspectos
- Identificación de objetivos e hipótesis sistémico-actitudinal
- Definición de estrategias y contrato terapéutico
- Enganche

Primera entrevista: Objetivos

- Establecimiento del *rapport*
- Brindar la primera ayuda psicológica
- Concretar impresión diagnóstica
- Interrogar sobre áreas-problema
- Obtener el enganche

Primera entrevista: Técnica

- Recepción y contacto psicológico
- Información sobre síntomas y problemas
- Establecimiento de corrientes de simpatía
- Ganar la confianza
- Cronopatograma esencial del problema de consulta
- Mejoría y tranquilización
- Impresión diagnóstica y posibles complementarios
- Objetivos iniciales: Primera ayuda psicológica y enganche
- Despedida

Segunda entrevista: Objetivos

- Cultivar el *rapport* y la empatía
- Comenzar la ventilación de sentimientos
- Continuar interrogando sobre áreas-problema
- Definir la modalidad terapéutica a emplear
- Propiciar la iniciativa del paciente
- Entrar a profundizar en un tema específico

Primera etapa: objetivos de las demás sesiones

- Reforzamiento del *rapport* y de la relación empática
- Dominio de las actitudes y las necesidades
- Formulación diagnóstica, por aspectos
- Conclusión de la evaluación sistémico-actitudinal
- Definición de la estrategia a seguir
- Establecimiento del contrato terapéutico

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? ¿Qué saben del porqué? Estas preguntas muestran la ruta crítica que sugiero seguir en la búsqueda de información inicial.

Resulta de gran utilidad conocer al detalle los síntomas del enfermo en una situación en que estos afloran en toda su riqueza; no solamente para el diagnóstico clínico sino que, en esta modalidad, la terapia manipula el síntoma 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 las estrategias de intervención.

Establecimiento del diagnóstico clínico. Síntomas, síndromes, diagnóstico positivo y diferencial son definidos con celeridad y rigor, efectuándose los estudios clínicos y paraclínicos, así como las pruebas psicológicas que fuesen necesarias, para descartar causas orgánicas, ganar luz en la dimensión psicológica y apoyar o no la impresión 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 en cuanto acontecimiento vital y expresión comunicativa de un valor simbólico susceptible de significado y manipulación. No quiere decir que como médicos no los tengamos en cuenta en todo momento, pero ante el paciente la norma ha de ser descalificarlos, siempre que estemos seguros de que no traducen problemas somáticos.

Esta terapia es de elección en aquellos trastornos por claudicación ante el estrés, como los "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 trastornos somatomorfos y disfunciones autonómicas en situación de crisis, 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 oportunidad de realizar distintas consideraciones al respecto, lo que nos exime 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 psicodinámica. Ante todo caso nos preguntamos: ¿Cuál es la repercusión afectiva, de acuerdo a su significación, del evento vital desencadenante, de frente a condicionamientos existenciales previos que pueden haber conferido un carácter amenazante a cuanto rememore esa experiencia o se asocie con ella? ¿De dónde viene la inseguridad del sujeto, y sus respuestas evasivas, ante un problema que parece paralizarlo o hacerlo actuar a contrapelo del sentido común y de sus propios intereses? ¿Qué tipo de papel cumplen los síntomas? ¿Qué nos está queriendo decir el sujeto con ello?

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 relativa y discutible eficacia para contener con él, resultan un momento fundamental de la evaluación psicodinámica. Aunque en los 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 la repercusión emocional del significado que se le confiere, por las motivaciones defensivas que despierta -de acuerdo con su peculiar historia personal y con sus actitudes- se considera un aspecto muy importante.

El término *psicodinamia*, como hemos visto, 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, pues no existe (al menos, no conozco) un término mejor para describir los nexos psicológicos intrapsíquicos y las tendencias o motivaciones inconscientes que influyen en el comportamiento. Uso el término liberándolo de energetismo, consciente de que inventar otro para decir algo parecido sería contribuir a escamotearle a *Freud*, entre otras cosas, 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 mundo interior del caso concreto que tenemos delante (*Valbak, 2004*). Como hemos dicho antes, conflicto sexual, culpa, hostilidad, desaprobación, vergüenza, inferioridad, desamparo, soledad, dependencia 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 y de su época. 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 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 multiprofesional y transdisciplinario, 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 entrevistas, investigaciones e intervenciones de terreno, en el seno de la propia comunidad.

Evaluación actitudinal. Clave para nuestra terapia, desde el primer momento interesa identificar las actitudes inadaptativas. Al considerar los mecanismos que emplea en el afrontamiento de las dificultades, hemos de aprender a ver tras ellos las actitudes que los conforman. Como norma, a más rigidez e inoperancia de las actitudes, más neurótico el enfermo. A más flexibilidad para adecuar las actitudes a las circunstancias y a las necesidades personales y sociales, más salud mental. No obstante, la actitud es una formación neural y mental estable (*Allport, 1935*),

un estado funcional permanente del sistema nervioso y la personalidad (*Bassin, 1972*) 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 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. También, aquellas actitudes positivas ante la vida en las que el paciente pueda apoyarse.

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 como 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? (*Gilbert, 1998*). ¿Qué actitud traduce el paciente con la distorsión, eliminación o generalización inapropiadas que introduce en la valoración de los hechos?

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 apreciase 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. Recordemos, con *Erickson (1969)*, que si se deja de considerar un problema como tal, el tal problema habrá dejado de tener un significado perjudicial para el paciente. Según dicho autor "habrá dejado de existir". Ello implica, considero yo, un radical cambio de actitud.

Al valorar el evento 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 particular para el paciente, de acuerdo con su historicidad; el tiempo de exposición, la intensidad y la complejidad de la acción; su valor motivacional y el apremio temporal para la toma de decisión; y, por supuesto, la actitud que la persona asume ante el mismo.

Por otra parte, ¿cómo reacciona la persona ante el conflicto? ¿A qué recursos de su arsenal psicológico acude para hacer frente a la crisis? ¿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? ¿Cuáles son sus *mecanismos de afrontamiento y de defensa* ante el problema? De nuevo: ¿Cuáles son sus actitudes, en consecuencia con ello?

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. Hemos de acometer la psicoterapia, pues, con enfoque de resiliencia. Y la resiliencia tiene mucho que ver con la actitud ante la vida, la fortaleza del carácter y la madurez de la personalidad.

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. La forma en que maneje el paciente sus propios recursos personales, los de su familia y los del medio social a su disposición, tiene que ver con la asertividad, pasividad, dependencia, autonomía, optimismo, pesimismo, seguridad o pusilanimidad con que se disponga a acometer la utilización de los recursos a su alcance; es decir ¡con sus actitudes!

El balance de todos 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? ¿Cuál es el lenguaje del síntoma? ¿Qué factores del ambiente y de su propia personalidad 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 concreta 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:

- sobre el papel de sus actitudes con respecto a
- la significación que da al problema que lo aqueja, a su forma de afrontarlo y al aprovechamiento de los recursos de apoyo a su alcance.
- respecto a su integración al medio ambiente, y a la satisfacción de sus necesidades,
 - sobre el valor del lenguaje del síntoma en el intercambio comunicativo con su entorno.
 - sobre otros aspectos funcionales, semánticos, psicodinámicos, etc., que puedan estar interviniendo en la crisis del paciente.

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.

Es importante, desde el primer momento, atender -como señalamos a propósito de la PCPA- el componente afectivo del contacto. La actitud empática, la ventilación de sentimientos, el cultivo del *rappport*, la movilización afectiva y el manejo atinado de la comunicación y la defensa, son instrumentos técnicos en esa dirección. Solo cuando la persona siente que es comprendida, aceptada y apoyada puede abrirnos realmente las puertas de su confianza y darnos acceso a su mundo interior. Antes de provocar angustia en el paciente para explorar sus defensas, tiene este previamente que haber experimentado confianza en nosotros. Esta terapia es muy activa e incisiva, por tanto el enganche afectivo es vital.

De conjunto, tras el establecimiento del *rappport* y la actitud empática, identificada la dinámica y esbozadas las hipótesis correspondientes, se van definiendo los objetivos de la terapia, procurando el desarrollo de la alianza terapéutica. 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.

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 y trazarse los objetivos- cuando el terapeuta define, con aceptación del paciente, la estrategia de intervención que propone seguir, y se convenia el proceso de tratamiento.

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 conveniente. Pero la esencia participativa misma de la estrategia que aplicamos en la PCBA determina su flexibilidad y ajuste a las necesidades operativas, implicando la necesidad de 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, los valores y las actitudes.

La estrategia implica la decisión acerca de los recursos que se van a emplear para alcanzar los objetivos y acometer los problemas, de acuerdo con lo que se establece 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 se necesita un diseño general lo suficientemente claro y preciso como para servir de hilo conductor del tratamiento, en pos del cumplimiento de sus objetivos. En base a ello y en cuanto a técnica, las tres direcciones fundamentales establecidas magistralmente por *Caplan* (Percepción del evento, mecanismos de afrontamiento y utilización de los recursos de apoyo) y el análisis de las actitudes asumidas por el paciente ante ellas, constituyen en la PCBA el hilo conductor de la estrategia.

Contrato terapéutico. Alcanzada la relación empática, definidos los objetivos y cuando la hipótesis sistémica queda en claro para el terapeuta y, en correspondencia, el paciente se va dando cuenta de sus verdaderos problemas, con el consenso entre ambos acerca de los aspectos fundamentales sobre los que se debe actuar en la estrategia de tratamiento, 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 convenidos.
- Duración y frecuencia de las sesiones (mientras persiste la crisis deben ser, al menos, dos por semana o diarias si es posible; una vez controlados los síntomas, no menos de una quincenal; el tiempo máximo de terapia recomendable es de cuatro meses).

Vencido el plazo del contrato, que debe corresponderse en el tiempo con el final de la tercera etapa del proceso, se evaluará el cumplimiento de los objetivos y se podrá hacer recomendaciones al paciente respecto a otros eventuales procederes, pero para entonces 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 activamente a que el paciente pueda cumplir sus propósitos y compromisos.

11.3.2 Etapa de intervención psicológica intensiva, modificación de actitudes y cambio terapéutico

Psicoterapia breve concreta de actitudes

Segunda etapa: objetivos

- Consolidación del *rappont* y la empatía
- Interiorización de conflictos, sentimientos y necesidades insatisfechas
- Interiorización y movilización de actitudes
- Comprobación de las hipótesis diagnósticas e interiorización de la hipótesis sistémico-actitudinal
- Experiencia emocional correctiva y ensayo de nuevas conductas
- Concientización de cogniciones equívocas
- Modificación de actitudes y comienzo del cambio
- Validación y confrontación con la realidad
- Refuerzo de conductas positivas y desarrollo de las motivaciones y las capacidades
- Satisfacción de necesidades significativas
- Promoción de la independencia y la iniciativa

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 la entrevista, si hemos hecho las cosas bien, 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 y funcionales de la comunicación, y la apelación a la red de apoyo social, continúan jugando un papel central. Así, como hemos señalado, la estrategia de intervención se focaliza en tres direcciones básicas:

Primera dirección

Trabajar la *percepción del evento* vital desencadenante que tiene el sujeto, así como de aquellos 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 en la percepción y valoración del problema objetivo en los trastornos por claudicación ante el estrés, 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 que también alcanza el 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, desde el punto de vista psicoterapéutico. Ver las cosas como son y no producto de "fantasmas" o distorsiones semánticas es lo primero en que se debe trabajar; esto solo se logra si, paralelamente, se analizan y comprueban las formas de representación y la forma en que se afrontan los problemas. Hemos de lograr -en esencia- que asuma una actitud distinta, más positiva, ante lo que ha significado para él su problema, que deberá valorar de una forma más realista y constructiva.

Segunda dirección

Los *mecanismos de enfrentamiento* infructuosos tanto conscientes como inconscientes, 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 en busca de validación consensual; reestructurando, interpretando actitudes, responsabilizando, generalizando, promoviendo transacciones, apelando a recursos de 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 superar actitudes y comportamientos inmaduros, descalificados por la vida y la terapia.

Al trabajar el afrontamiento, viene a colación lo que señalé en el capítulo anterior referente a la lista de actitudes disfuncionales que aparecen en el epígrafe 10.4.2, al cual remito.

Tercera dirección

La *movilización de recursos propios y de la red de apoyo social* implica enseñar al sujeto a utilizarlos correcta y conscientemente por sí mismo, mediante el desarrollo de actitudes y conductas interpersonales abiertas y asertivas, eliminando mitos 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 sus propios recursos y los de su entorno y a 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 comportamiento acertado para acceder a la satisfacción de sus legítimas necesidades. El desarrollo y la utilización por el paciente de sus propios recursos y potencialidades personales, los de su familia y los disponibles a su acceso en la comunidad, con actitudes asertivas, perseverancia y sensatez, constituyen el núcleo central de la tercera de las direcciones apuntadas que, a su vez, pasa a ser parte esencial de la alianza terapéutica.

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 de forma funcional. Nosotros lo utilizamos con gran frecuencia. 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 la toma de conciencia; 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.

Terapia breve de actitudes: estrategia

Análisis y cambio de actitudes en cuanto a:

- Percepción del evento agresor
- Mecanismos de afrontamiento
- Utilización de los recursos de apoyo personal, familiar y social

Intervención terapéutica intensiva en psicoterapia breve concreta de actitudes		
Evento	Afrontamiento	Red de apoyo
Percibirlo de forma semánticamente bien elaborada	Modificarlo con madurez y asertividad	Utilizarla bien por sí mismos

11.3.3 Etapa de evaluación de resultados y recomendaciones

Tercera etapa: Objetivos

- Evaluar los resultados alcanzados
- Consolidar la madurez y la autonomía
- Concretar las recomendaciones para el trabajo independiente y el cambio

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 posibilita. El tratamiento, pues, en esta modalidad, no concluye con su terminación formal al cabo del período discreto de sesiones convenido 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 "post cura". 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 convenido, ambos recapitulen acerca de lo logrado y lo no logrado, lo que se obtuvo y superó, y lo que falta todavía para alcanzar los objetivos y el compromiso establecidos, trabajando intensamente por dejar en claro y motivar las metas que el paciente se traza para sí en la vida.

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, reforzar actitudes y conformar conductas, se esclarecerá al detalle la obtención de resultados y su relación interna con la responsabilidad asumida por el cambio de comportamientos y actitudes, deduciendo y haciendo explícitas las moralejas que se desprenden de la terapia. 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, concertamos una entrevista de chequeo luego de concluido el tratamiento, en una fecha comprendida entre tres y seis meses posteriores, ocasión en que el paciente informará lo que ha hecho y cómo, partiendo de su trabajo tras las metas y de la rememoración de los objetivos, propósitos y responsabilidades resultantes de la última cita.

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 sobre la base de lo aprendido en la terapia, si es que consideramos que está en condiciones clínicas de hacerlo. Si estándolo, el paciente no asume sus deberes, lo cual es asunto de su entera incumbencia -así debe quedar esclarecido-, o si los asume y no lo logra, se requiere de técnicas más incisivas y prolongadas, como la terapia grupal o la terapia concreta profunda de actitudes.

Con esta última entrevista, termina la relación terapéutica en psicoterapia breve.

PSICOTERAPIA CONCRETA GRUPAL DE ACTITUDES

12.1 Concepto

La psicoterapia concreta grupal de actitudes (PCGA) es un método de terapia que atiende pacientes en grupo a través de recursos psicológicos aplicados por un equipo empeñado en eliminar o aliviar los síntomas y ayudar a los sujetos a enfrentar sus problemas y mejorar su calidad de vida. Busca control sintomático, ajuste emocional y social así como progresos en la conducta y el autoconocimiento, mediante la comunicación e interacción sistemáticas entre todos sus miembros, aplicando los principios del análisis de actitudes y del condicionamiento operante, en una atmósfera de empatía, espontaneidad, confianza y aceptación incondicional. Apela a la toma de conciencia o *insight*, a la movilización afectiva, la modificación de actitudes, el reaprendizaje conductual y el reentrenamiento relacional, utilizando procederes de origen variado derivados de estos mecanismos terapéuticos. Su eficacia descansa en su capacidad para favorecer la socialización, al tiempo que actúa terapéuticamente sobre los distintos procesos psíquicos.

En síntesis, podemos decir que ***es un grupo terapéutico de tipo dinámico-operativo, basado en el papel de las actitudes y en técnicas integrativas: cognitivas, evocativas, analíticas, interpersonales, comunicacionales y del aprendizaje (condicionamiento operante).***

12.2 Indicaciones

La terapia de grupo tiene múltiples indicaciones, dependiendo de la modalidad de psicoterapia que se utilice. Prácticamente todas las enfermedades psiquiátricas pueden beneficiarse con alguna técnica grupal. Pero ningún tipo de grupo sirve para todo. No existe una indicación "general" para los tratamientos grupales, por cuanto son numerosos los modelos existentes, como lo son los mecanismos por los que actúa preferentemente cada uno de ellos. Por otra parte, debido precisamente a esos mecanismos de acción y procederes diferentes, cada variedad de terapia grupal tiene sus indicaciones específicas (Colli y Lorenzo, 2004; Guimón, 2003; López-Yarto, 2002; Yllá y González-Pinto, 2003).

La psicoterapia concreta grupal de actitudes es recomendada en aquellas situaciones y trastornos en los que actitudes enfermizas o inadecuadas aparecen involucradas de manera importante en la patogénesis de la afección, están favoreciendo el distrés, entorpeciendo la adaptación, poniendo en peligro la salud o afectando el proceso de recuperación de forma significativa. También, en sujetos con insuficiente socialización o con dificultades en las relaciones interpersonales y la

comunicación. En consecuencia con ello, las indicaciones principales de nuestra técnica son las enfermedades asociadas a la claudicación ante el estrés, tales como los trastornos neuróticos, algunas disfunciones y síndromes somatomorfos vinculados a la competitividad, la inseguridad o la evasión, trastornos de somatización en sujetos inhibidos, trastornos de estrés postraumático y de adaptación, así como los trastornos no sociopáticos de la personalidad y del comportamiento. Procede también su empleo en disfunciones de la pareja relacionadas con problemas de actitudes, y en las depresiones reactivas no psicóticas. En el caso de los trastornos orgánicos, en retrasados mentales moderados o severos, en pacientes psicóticos, sociópatas, y en trastornos raigales de la personalidad y del comportamiento, o por el contrario, en personas sin conflictos o que no muestran actitudes no adaptativas, no tiene razón de ser este tipo de terapia.

12.3 Objetivos posibles para el paciente en la psicoterapia concreta grupal de actitudes

- Disminución o desaparición de los síntomas.
- Incremento de la capacidad para satisfacer las necesidades.
- Toma de conciencia de los problemas y los conflictos.
- Ampliación del autoconocimiento y la autoestima.
- Control y maduración emocional.
- Cambio de actitudes.
- Mejoramiento de la socialización, de la comunicación y de las relaciones interpersonales.
- Desarrollo de conductas favorables al ajuste personal.
- Adaptación constructiva al medio sociofamiliar.
- Obtención de calidad de vida.

12.4 Organización del grupo

Para la estructuración de un grupo para psicoterapia concreta de actitudes, debemos tener en cuenta una serie de factores:

12.4.1 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 6 integrantes, ni más de 30. Un grupo muy pequeño limita las posibilidades de interacción y los horizontes de concientización. Un grupo demasiado grande, dificulta el dominio por parte del terapeuta y del grupo sobre aspectos de la individualidad de los integrantes que es necesario conocer para que las interacciones puedan favorecer el *insight*, y el cambio de actitudes. La experiencia y habilidad del equipo terapéutico es una variable determinante en ello.

12.4.2 Frecuencia y duración de las sesiones

A mayor frecuencia, más intensidad en las interacciones y más existencia autónoma como grupo, al ocupar un mayor por ciento de la cotidianidad de los pacientes.

Como el promover independencia es objetivo intrínseco de la terapia, cuando se han logrado cambios -en grupos cerrados o en un grupo abierto en fase final- se comienzan a espaciar las sesiones, para dar tiempo a la externización de lo aprendido, al *feedback* y al refuerzo de los comportamientos y de las actitudes positivas en la experiencia personal entre sesiones. Entonces el grupo, fundamentalmente, va chequeando y reforzando, preparando para el alta. Como guía general para los grupos cerrados, se comienza con frecuencias de 1 a 3 sesiones por semana, durante aproximadamente 6 semanas; luego es suficiente con una sesión semanal por otras 4 a 6 semanas, para finalmente concluir con encuentros quincenales o mensuales, hasta decidir el alta colectiva. En los grupos abiertos, casi permanentes por definición -como es el caso de los servicios ambulatorios y de hospitalización diurna- la frecuencia varía entre 1 y 3 sesiones semanales y cada paciente permanece el tiempo que necesite, lo que oscila también entre las 12 y 16 semanas. 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 los 40 y 120 minutos. Por razones de organización del trabajo se puede convenir en 60 o 90 minutos por sesión en las frecuencias acordadas, pero ello no es requisito estrictamente terapéutico sino resultado de las conveniencias laborales del equipo, en aras del aprovechamiento racional del tiempo.

12.4.3 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 hasta alcanzar el cupo previsto, al tiempo que van egresando los que alcanzan los objetivos trazados, mientras se incorporan otros, por lo que se mantiene su continuidad a pesar de que los miembros varíen hasta que se decide la terminación del mismo, siempre que ya lleve un tiempo en su etapa resolutive o de síntesis, sin incorporar nuevos integrantes.

Grupos homogéneos. Se integran por pacientes que reúnen una variable en común, la que determina precisamente su adscripción, tales como adolescentes, fóbicos, mujeres, etc.

Grupos heterogéneos. El grupo se conforma "balanceando" sus componentes de modo que estén representados problemáticas, géneros, edades, puntos de vista y personalidades diferentes, cuya interacción pueda favorecer el alcance de los objetivos por los cuales se les integra a la terapia. Así, habrá también representación de distintas afecciones, sin que una variable específica común sea lo que condicione la incorporación.

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, como es, a mi juicio, el caso de los hospitales de día y buena parte de nuestros servicios comunitarios.

12.4.4 Composición

A la hora de integrar un grupo, sea este homogéneo o heterogéneo, su composición se balancea de acuerdo con las diferentes variables a considerar, con la finalidad de que cada miembro pueda aportar algo al resto y tenga, a su vez, algo útil que recibir de los demás. Si el paciente o el grupo van a ser perjudicados por alguna característica incompatible o no recomendable, el aspirante es excluido. Un adolescente en un grupo de adultos mayores, un hombre en uno de mujeres, un heterosexual en un grupo de homosexuales, puede presentar resistencias que dificulten la identificación y la pertinencia, el desarrollo del sentido de pertenencia y la necesaria cooperación. Una reunión de pacientes deprimidos con potencialidad suicida es de alto riesgo, por la posibilidad de que uno de sus miembros pueda consumar el hecho y los demás se identifiquen con ello, o se refuercen los sentimientos de culpa e impotencia. Ante esta posibilidad, es preferible incluir los deprimidos en grupos heterogéneos.

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 considerarse 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, específicamente? permite brindar a la entidad grupal una adecuada organización psicodinámica. 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, organizando una estructura y una composición dinámica apropiadas, científicamente concebidas.

12.5. Mecanismos específicos grupales

12.5.1 Morfostasis

El principio de la morfostasis, común a las estructuras sistémicas, encuentra aplicación en el grupo de terapia. Ella implica la capacidad del sistema grupal -una vez estructurado adecuadamente- para mantener su integración y funcionamiento dentro de ciertos parámetros que le vienen establecidos por su finalidad terapéutica. Este mecanismo hace que el comportamiento del colectivo neutralice aquellas conductas de sus componentes individuales que tiendan a la desintegración del grupo o a la negación de sus fines -en este caso, terapéuticos- por lo que todos los miembros se ven compulsados a cooperar a la terapia, al tiempo que aquellas conductas que sean discordantes con el objetivo común, tienden a ser rechazadas y reorientadas en función del interés del sistema. Gracias a este principio, por ejemplo, si un grupo de estudiantes se reúne para estudiar para una prueba y uno de ellos empezara a "disociar", introduciendo conversaciones ajenas a la prueba, los otros le llamarían la atención y lo compulsarían a "ponerse para las cosas". La

alternativa que le quedaría al hipotético estudiante, en caso de no colaborar con la finalidad grupal, sería retirarse y no molestar a los demás. Pero, lo más probable es que se atenga al interés de sus compañeros.

En este epígrafe de los mecanismos grupales incluimos también los procesos de grupo, los factores terapéuticos, las defensas, resistencias y recursos técnicos que son propios de la forma y de las vías de acción de esta terapia.

12.5.2 Procesos de grupo y factores terapéuticos

Los dividimos en intelectuales, afectivos y conductuales.

Intelectuales

Universalización o generalización. Percibir que sus problemas no son únicos y que otros tienen dificultades semejantes a las suyas, disminuye la inseguridad, la culpa o la desconfianza y tiende a la identificación y afinidad entre esas personas, provocando comunicación, intercambio y alivio.

Intelectualización. Obtener una imagen verbal, a través de lo que se dice o escucha en el grupo acerca de problemas que son analizados y directa o indirectamente le conciernen, permite alcanzar una explicación racional, entender, tomar conciencia acerca de fenómenos de su interés. Intelectualizar, en este caso, es dar adecuada organización racional a determinadas experiencias psíquicas.

Imitación. El aprendizaje por imitación se facilita en grupo, al multiplicarse y potenciarse los modelos. Las soluciones eficaces encontradas por otros y ventiladas en el grupo, se copian con extrema frecuencia por aquellos a quienes son aplicables. Es obvio.

Identificación. Asumir inconscientemente, por vía fundamentalmente afectiva, ciertos aspectos, rasgos, puntos de vista y comportamientos de otros miembros, e irlos asimilando como propios, es un fenómeno que propicia el grupo. El arte del terapeuta radica en promover la identificación de los pacientes con aquello positivo que se puede asimilar de los demás integrantes.

Introspección. Desarrollar la capacidad de ver dentro de sí mismos es un fenómeno que se favorece por el grupo al presionar la confianza, la catarsis, la emisión de opiniones, los juicios de valor comprometidos y la búsqueda sistemática de factores causales a los comportamientos problemáticos y conflictos analizados en la sesión.

Validación consensual. Ver cómo los demás le ven. Tener la vivencia de cómo los percibe el grupo, es una experiencia privilegiada que propicia esta terapia. Contrastar las opiniones y conductas propias con el criterio de verdad que significa el consenso grupal, ayuda a poner los pies sobre la tierra, propicia *feedback*.

Conciencia de interacción. Como algo propio del grupo, la persona se da cuenta de lo que está pasando en su relación con los otros y de lo que pasa entre otros integrantes, sin que necesariamente medien palabras al respecto. Se asume una postura o actitud de acuerdo al modo en que se percibe la posición de los demás, como ocurre con las raquetas en un juego de tenis entre cuatro, donde cada cual tiende a situar la posición de su raqueta en dependencia de donde los otros

envían la pelota: "¿Por qué estás arisca conmigo? Yo no tengo nada que ver con lo que está pasando entre ustedes. No te quejes si luego las personas no te tratan como tú quieres. Si me maltratas, no quieras después que yo te trate con cariño".

Ventilación. Poder hablar amplia y sinceramente en común de un problema delicado permite conocerlo en sus matices, validarlo, decidir en mejores condiciones. Si con ello, además, nos "desahogamos", pasa a ser también un mecanismo emocional. Como sabemos, la ventilación es muy utilizada como recurso terapéutico en psicoterapia. En colectivo hay más riqueza potencial, pues se aprende de los demás al tiempo que se beneficia a otros con la experiencia, lo que retroalimenta a todos.

Afectivos

Aceptación. Sentirse bien recibido por un grupo que nos es significativo constituye una vivencia emocional que refuerza la seguridad personal. Allí pueden los pacientes relajarse y "abrirse", sentirse comprendidos, atreverse a dar opiniones y ensayar conductas nuevas, apoyados en su confianza en los demás, sabiendo que no se les va a rechazar o humillar ante un fracaso, que no se les va a juzgar ni a reprimir por un error.

Pertenencia. Pertenecer es más que ser aceptado. Implica que la persona "es de allí", que los demás lo sienten y consideran como suyos. Esto confiere seguridad. Satisface una necesidad específicamente humana. Une al hombre por lazos afectivos al grupo y le da peso y valor a las influencias que este sea capaz de ejercer sobre los criterios y comportamientos de sus miembros.

Inducción. Lo que le ocurre a un miembro, por contagio emocional puede desencadenar una reacción en otros: un "ataque de nervios" en un grupo puede propiciar la aparición de ataques en otros integrantes; la tristeza y desgracia de unos, el llanto en otros. También la mejoría de alguien en la terapia es acicate al optimismo y al progreso grupal.

Altruismo. La experiencia de ayudar a otros, ayuda. Cuando alguien se preocupa por los demás, crece como ser humano y se beneficia tanto o más que aquellos a quienes ayuda, porque enriquece su espiritualidad y, con ello, entre otras cosas, eleva su autoestima y su moral.

Presión emocional de grupo. Lo que a veces no se es capaz de hacer por propia iniciativa o a solicitud de otra persona individualmente, el grupo conmina a hacerlo bajo presión moral. Se potencian los resortes emocionales que compulsan al cambio. Es como una sumatoria de fuerzas que inducen un movimiento en determinada dirección por la vía emocional: No desea ir a la fiesta, pero lo arrastran a puro compromiso.

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 acerca de cómo el clima emocional existente se expresa en una conducta, no siempre consciente o voluntaria, de la cual podemos leer entre líneas algo que refleja, a su modo, el sentir presente en esos momentos en el grupo. Un

síntoma que emerge en el curso de la sesión grupal mientras se debate un tema delicado, por ejemplo, es un mensaje conductual que el buen terapeuta no deja de advertir, pues refleja una tensión presente, o una "llaga" emocional lastimada en alguien.

Transferencia. El grupo terapéutico constituye un espacio para la transposición de afectos por asociación e identificación. Percibimos a los demás como lo que son, pero también como lo que nos recuerdan o deseamos que sean. Así, muchas veces simpatizamos o rechazamos de entrada a un nuevo conocido por simple transferencia emocional de su asociación mental con terceros. En la medida que transcurre la terapia un paciente puede sentir a otro miembro como un amigo, incluso como un padre o un hermano, como un contrincante o un aliado sin que la otra persona esté jugando ese rol. Se mueven detrás de ello factores emocionales que influyen, por catatimia, en la percepción. Las significaciones traumáticas, por su mayor carga afectiva, repercuten más en ello. Por eso el polígono familiar puede verse a su modo reproducido por transferencia en el grupo de terapia, contaminando la reacción "objetiva" a la realidad. El terapeuta debe saber percatarse de esto y manejarlo adecuadamente, para facilitar el *insight*, cuando resulte oportuno.

Catarsis. Liberar la carga emocional que llevamos dentro debido a un conflicto no resuelto es drenar angustia acumulada, cual si se tratase de la incisión de un "absceso" afectivo. Abrir las compuertas de la emoción al ser inducidos los pacientes a desahogarse en grupo gracias al estado afectivo y de aceptación incondicional existente en él, puede ser una experiencia altamente terapéutica. Por inducción, una catarsis favorece otras catarsis. Todos hemos sentido inclinación a confidencias cuando hemos sido objeto de confesiones ajenas. Las confidencias colectivas son grandes movilizadoras de las emociones, así como fuente poderosa de identificación, confianza, solidaridad y compromiso.

Confianza. La experiencia emocional de poder comunicar ante otros los temores, de ser espontáneos sin percibir rechazo o ser mal juzgados, sintiendo que somos bien acogidos y que podemos confiar, es correctora de condicionamientos sociales previos en sentido contrario y un factor tranquilizante y socializador.

Apoyo. Recurso terapéutico universal que el grupo ofrece, potenciado por el hecho de que uno de sus objetivos básicos es suministrar ayuda incondicional. Al estimular, consolar y brindar solidaridad, está dando un aliento cualitativamente superior debido a la fuerza que le confiere su carácter colectivo, lo que es legitimado por condicionamientos históricos, propios de la esencia social de la naturaleza humana.

Conductuales

Retroalimentación conductual. El *feedback* que el sujeto recibe acerca de su conducta a través de la reacción o conducta grupal, le permite comprobar los resultados de su experiencia relacional, a nivel del segundo y el primer sistema de señales. La función de relación sale al ruedo en el grupo y, cuando está perturbada, es reentrenada por interacciones que, a su vez, van siendo concienciadas mediante la acción de la terapia, que trabaja uniendo lo desfasado y haciendo temática (razón) la dinámica (conducta y emoción).

Presión conductual de grupo. "¿A dónde va Vicente? A donde va la gente", reza un refrán popular. Vimos cómo el grupo enseña por imitación, entre otras formas de aprendizaje, pero esto es algo más que eso. Implica la acción intencionada de influir en la conducta de sus miembros a través del modelado del comportamiento deseado mediante el empeño grupal al respecto. El grupo va presionando y enseñando cómo actuar, dando sugerencias, utilizando el ejemplo de otros miembros, trazando tareas, diseñando conductas asertivas, entrenando en roles, dramatizando acerca de los comportamientos disfuncionales.

Refuerzo grupal. El sistema premio-castigo y el aprendizaje por condicionamiento operante se manifiestan en el grupo a través de su propia dinámica. El terapeuta los manipula en beneficio del grupo. Los refuerzos a las conductas que estimula los otorga mediante la anuencia implícita, la respuesta efusiva, los mensajes explícitos y subliminales de aprobación, potenciados por el carácter colectivo de estos refuerzos debido a la importancia que tienen los vínculos grupales para sus miembros. Nunca se castiga. El castigo en este caso es dejar de premiar una conducta impropia.

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, beneficioso por sí mismo. Pero hay fenómenos que, aunque inconvenientes, son también propios del accionar grupal entre pacientes, los cuales se producen como resultado natural de la dinámica que se va estableciendo, reflejo de conflictos no resueltos, actitudes, transferencias, que se ponen en juego y van dando sentido a la interacción. Su aparición da la oportunidad de interpretarlos y comenzar a superarlos. Dentro de este tipo de fenómenos podemos individualizar, entre otros, los siguientes:

- Dependencia. Unos miembros se someten a otros en la relación o buscan un apoyo enfermizo en los demás, cuando pudieran tomar sus propias decisiones.
- Apareamiento. Se forman espontáneamente parejas o subgrupos 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, común en los trastornos neuróticos, se expresa, entre otras formas, evitando la participación, la tarea o al grupo mismo, evadiendo con ello el enfrentar las evidencias que este aporta como portavoz de la necesidad de cambiar. El fenómeno se manifiesta de diversas maneras: no cooperando, distraiéndose, ausentándose, "bloqueándose", cuchicheando, rehuendo a los demás, aislándose, olvidando, etc.
- Reafirmación. La pugna por sobresalir, manipular, focalizar la atención, ser más importante que los otros, surge en miembros del grupo como resultado de su propia dinámica.

Como puede apreciarse, los arriba señalados son procesos que se manifiestan en la interacción grupal de una manera *sui generis* y que es menester tomar en cuenta y manejar. Reflejan *sets* de actitudes 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 grupal, susceptibles de manejo e interpretación.

Cooperación. Viene dada por la sumatoria de elementos cognitivos, afectivos y conductuales que aporta cada sujeto a la Tarea Grupal (epígrafe 12.5.4). La cooperación expresa el grado de compromiso asumido con dicha Tarea. Puede resultar pertinente o no.

Pertinencia. Representa el nivel de adecuación de cada cual con respecto a la Tarea Grupal, independientemente de la cuantía mayor o menor de su cooperación.

12.5.3 Defensas y resistencias grupales

Además de las defensas y resistencias individuales, 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 una oposición inconsciente a cualquier cambio en el *status quo* 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.

Rechazo al nuevo miembro. Al igual que un niño puede rechazar la llegada al hogar de un 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 hacia el recién llegado, no queriendo compartir lo que ya sienten como propio. En la forma en que organizamos nuestro grupo, esto apenas se expresa como fenómeno colectivo, aunque algún paciente individual con necesidades neuróticas de control de la atención grupal puede sentir celos de un arribante que evidencia condiciones de liderazgo.

Ausencias, llegadas tarde, abandono del grupo. Son formas evasivas de expresar el rechazo inconsciente al cambio; cambio que la cooperación a los objetivos del grupo posibilitaría. Constituyen resistencias grupales. Son ejemplos de los fenómenos de "fuga" que apuntáramos anteriormente.

Temas banales. Abordar temas intrascendentes es una labor diversionista que obstaculiza la consecución de los objetivos, al no acometer entonces el grupo la temática fundamental.

Bromas, burlas, chismes. Son otras maneras de sabotear la terapia, enrareciendo su atmósfera, como rechazo al cambio.

Minimización. Consiste en restar importancia ante el grupo, inconscientemente, a un tema que la tiene.

Cambios de tema evasivos. Igualmente, se busca desviar la atención de un área conflictiva, evitando angustia con ello. Tanto los sujetos como el grupo acuden con frecuencia, inconscientemente, a esta defensa en momentos de tensión.

Interrupciones. En medio del análisis de un problema, alguien rompe el hilo del debate para introducir un comentario banal o, por ejemplo, pedir permiso para ir al baño, fumar, o retomar un tema que ya había sido abandonado y que no viene al caso, distrayendo la atención sobre el tema crítico. A veces se busca con esto centralizar la atención, pero siempre, como todo fenómeno de "fuga", tiene un trasfondo evasivo.

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, vistos como rivales en la dinámica establecida, controlen la situación.

Reacciones físicas. Llanto, rubor, crisis de ira, temblores, lipotimias, cefaleas, náuseas, atracción sexual pueden ser, entre otras, formas de evitación o resistencia, de acuerdo con la dinámica que va moviendo al grupo. Son lo uno o lo otro, en dependencia del momento o sentido grupal. Tales lecturas de estas modalidades emocionales y somáticas de comunicación extraverbal han de ser tenidas en cuenta por el terapeuta en su lectura o traducción del lenguaje psicodinámico grupal.

Subgrupos. En todo colectivo humano hay una tendencia objetiva a la formación en su seno de subgrupos, que se conforman de acuerdo con determinado interés o característica en común. Mientras mayor sea el grupo, más constante es la experiencia. En terapia de grandes grupos el análisis de estos fenómenos es aprovechado en función de la terapia (Rodríguez Mesa, 2004). En mi técnica, aplicable en grupos pequeños y medianos, no en grupos mayores de 30 miembros, tratamos en lo posible de evitar la conformación y consolidación de subgrupos, con el propósito de facilitar la morfofostasis y el concurso de todos en la tarea común para elevar al máximo el grado de cohesión grupal. Su formación, tanto dentro como fuera de las sesiones, puede ser una forma inconsciente de boicotear el espíritu unitario grupal, factor terapéutico primordial en nuestro modelo de terapia. Su desarrollo puede expresar necesidad de apoyo en otros frente a los miedos al cambio, o bien una estrategia inconsciente para manipular el derrotero grupal, estableciendo alianzas y competencias para lograrlo.

Silencio. Este mecanismo, que puede expresarse en un miembro o en todo el grupo, puede tener múltiples lecturas según 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 e interpretación del silencio es un valioso recurso en manos del equipo terapéutico para el control y manipulación del nivel de ansiedad grupal.

Ataques al terapeuta, a otros miembros o al grupo. Se manifiestan por expresiones críticas, acusaciones, "indirectas" e insinuaciones que tienden a caldear el ambiente. Reflejan una falta de cooperación o la oposición -activa o pasiva- a reconocer sus propias dificultades, proyectando en otros su hostilidad, conflictos con la autoridad, "complejo" de inferioridad, celos u otros sentimientos perturbadores y, con ello, poniendo de manifiesto sus actitudes disfuncionales y su resistencia al cambio.

Miedo al ataque. El paciente teme expresar sus problemas reales o 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, cual las circunstancias demandan. Teme ser atacado si baja sus defensas. Por ejemplo, sobresalir en muchas ocasiones despierta en otras personas la envidia u otros sentimientos hostiles; su temor a pasar por ello, basado habitualmente en experiencias traumáticas previas, puede inducir al sujeto a tratar de pasar inadvertido.

Miedo a la pérdida. El temor a ser abandonados, a sufrir decepciones, a no ser queridos, a perder *status* o los dudosos beneficios que les confiere su "enfermedad", propicia la reticencia a cooperar con el grupo para conseguir el cambio. Puede temerse el perder ventajas al desaparecer el síntoma o cambiar sus actitudes.

Mecanismos defensivos clásicos. La 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, regresión, externalización, pseudoconfirmación, internalización, 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 también en la dinámica del grupo, exponiéndose en sus interacciones, por lo cual el terapeuta debe tenerlos en cuenta y manejarlos cuando es necesario, en su papel facilitador de la comunicación grupal.

12.5.4 Recursos técnicos

Aquí incluimos los procedimientos o instrumentos técnicos que pueden utilizarse en la psicoterapia grupal concreta 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 determinado asunto que se ventila. Contribuye a desarrollar el sentido de pertenencia, a estimular la participación, promover la equidad y el balance grupal, así como a enriquecer el análisis de la temática. Sienta bases para que todos perciban que están comprometidos personalmente con el resultado, y para que vayan ganando confianza y asimilando que la producción grupal es resultado de la ineludible contribución de todos.

Caso del día. La historia o la problemática específica de uno de los miembros del grupo es tomada como tema del día para la sesión grupal. El terapeuta y, en lo posible, todos los demás miembros van haciéndole preguntas al paciente escogido y, posteriormente, opinando e intercambiando acerca de lo comunicado por él, cons-

tituyendo el análisis colectivo del caso en cuestión el componente fundamental del trabajo grupal durante 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, pero, en el caso que nos ocupa, el terapeuta no da contestación ni la devuelve al paciente sino que solicita a otros miembros, que suelen ser seleccionados a la sazón por alguna razón terapéutica, que expresen su criterio sobre ello.

Manejo de posiciones. Cada persona tiende a demarcar su propio "territorio", espacialmente hablando: su lugar en la mesa, el lado de la cama en que duerme, su asiento en el aula, etc. Ello es válido también en el grupo, ya que cada cual tiende inconscientemente a ocupar un sitio espacial y un *status* definido, a perseverar en él y, en cierta forma, a defenderlo. Esto tiene valor comunicativo, y el terapeuta debe tomarlo en cuenta: al lado de quién se sentó cada cual, con qué grado de proximidad, la postura que asume en el asiento, los roles que tiende siempre a desempeñar, 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 (ej. en terapia de duelo, propiciando una conversación imaginaria con el familiar fallecido). Puede ponerse de pie y caminar por el grupo, mirar fijamente a los ojos de un paciente colocando las manos sobre sus hombros, y hablarle "desde arriba" con el propósito de influenciarle o dar mayor autoridad a sus palabras.

Al iniciar la sesión grupal, 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 el carácter democrático y participativo de esta modalidad de terapia.

En otra dimensión, va manipulando los roles y los liderazgos, de acuerdo con las circunstancias que van emergiendo en el grupo, provocando que estos roten de manera progresiva entre todos los miembros a lo largo de la terapia.

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 del cambio relacional y actitudinal que se busca. El hacer comprender a un paciente cómo está interactuando negativamente con otros integrantes, en vivo, le facilita concienciar el porqué tiene problemas con los demás en su vida cotidiana.

Intermediación. Consiste en interceder entre los miembros 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. Habitualmente, este recurso se puede acompañar de alguna interpretación secundaria hacia uno o ambos involucrados. Siempre que el terapeuta intermedia, debe quedar, para todos, una enseñanza.

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, por recomendación grupal, entre alguno de ellos y figuras de su entorno, significativas para él. Frecuentemente se promueve como tarea entre

sesiones, en el proceso de diseño y modelado de conductas. Aunque se han otorgado otras acepciones al término (*Eric Berne*), llamamos así cuando se promueve que un paciente modifique conductas, puntos de vista o sentimientos a cambio de gratificaciones sustitutivas que el grupo le hace comprender que pudieran responder de modo semejante a sus necesidades. También, un miembro puede hacer una concesión si un tercero, de su ambiente personal, varía su posición luego de que el paciente lleve a cabo una tarea grupal diseñada a dichos fines.

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, una dramatización dirigida, ejercicio proyectivo o procedimiento afín, de modo que sirva de base para el análisis de un tema o para el refuerzo de aprendizajes previos. También pueden presentarse al final de la sesión, con el propósito de que se trabaje sobre el tema como tarea entre sesiones.

Unión de contrarios. Maniobra mediante la cual el terapeuta aproxima posiciones procediendo a esclarecer la unidad de los contrarios. Así, destaca el momento positivo de la intervención emergente de un saboteador que entra en conflicto con un líder positivo, o los riesgos de un exceso de optimismo, al valorar la aparente solución de un problema por parte de alguno de los integrantes. El papel del "saboteador" 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 buscando un término medio que puede no resolver nada, sino como consideraciones ambas que deben formar parte, en alguna medida, de la construcción de la Tarea Grupal.

Presión del grupo. Los vínculos emocionales, consensos y enlaces conductuales establecidos entre los miembros, así como el compromiso del paciente con el conjunto, son utilizados para influir sobre algunos integrantes, o sobre el total, en interés de un objetivo.

*Desarrollo de la Tarea.*¹ El grupo terapéutico que preconizamos es un grupo operativo que tiene como Tarea el análisis y modificación de las actitudes inadecuadas de sus componentes relacionadas con sus problemas. El crear un clima y una situación terapéutica que hagan posible la producción grupal, mediante el trabajo colectivo para dar cumplimiento a la misma, es un procedimiento estrictamente técnico llamado por *Pichón-Rivière* "desarrollo de la tarea".

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 ya analizados, abordados con un nuevo enfoque, reencuadrando, etc.

Hojas de preparación. Resulta conveniente facilitar las reglas por escrito al incorporar un paciente al trabajo grupal. Cumpliendo función de código ético y

¹ Con letra inicial mayúscula, para diferenciarla de las tareas conductuales que se formulan al final de las sesiones, destacando así la condición del nuestro como grupo operativo que, como se sabe, es aquel que se organiza alrededor de una tarea, en este caso lograr entre todos el cambio hacia la salud.

organizativo, permite abreviar y facilitar el enmarque de los objetivos y el ajuste de los miembros a un patrón de conducta en el grupo, al cual se puede volver luego en cualquier momento. Opera como un elemento referencial regulador del sistema. Puede mantenerse a la vista del grupo registrado en una pancarta o pizarrón, en el local donde se desarrolla la terapia.

Presentación del grupo. Al comienzo de la terapia y al incorporarse pacientes nuevos -habitualmente utilizando el recurso de la ronda- sus distintos integrantes van presentándose por sí mismos, ocasión que se aprovecha para dejar explícitas las reglas. En los grupos abiertos es conveniente sean los pacientes antiguos los que hagan dicha explicación a los recién llegados, lo cual se recomienda aun cuando se cuente con "hojas de presentación".

Control pre y post sesión. Cuando se funciona en equipo terapéutico, como es recomendable, el revisar juntos antes y después de cada sesión sus objetivos, estrategia, desarrollo, incidencias y tareas, tiene un carácter organizativo y didáctico, facilitando prever y retener los aspectos fundamentales del trabajo terapéutico, al tiempo que, con el aporte del cerebro colectivo, se puede profundizar en la evaluación y en la toma de decisiones acerca de la estrategia que se va a seguir.

Refuerzo grupal. Basándonos en los principios del aprendizaje, se propicia el refuerzo intermitente, contingente en lo posible a las respuestas positivas que se quiere consolidar, buscando en el seno del grupo la aprobación afectuosa y entusiasta a los sucesivos progresos de sus miembros, procurando incrementar progresivamente los criterios de refuerzo. La censura espontánea del colectivo -nunca del terapeuta- a un *acting out* regresivo, también opera como modalidad de refuerzo. La utilización del refuerzo apropiado para cada nueva conducta que se vaya a consolidar, es medular al desarrollar consecuentemente en la terapia el proceso de aprendizaje skinnereano por ensayo y error.

Meditación. Poner al grupo a meditar sobre un tema es una maniobra que facilita el "precalentamiento" para la sesión, constituyendo una fuente importante de elementos para el debate. Igual puede hacerse al final, para fijar «moralejas». Sirve para dar comienzo al "tema del día".

Generalizar. El terapeuta propicia la universalización cuando lleva al grupo a identificar y compartir experiencias comunes, haciendo ver a los miembros que sus problemas no son exclusivamente suyos, porque otras personas presentes han pasado o conocen de situaciones semejantes, lo que disminuye vergüenzas y culpas, como vimos a propósito del mecanismo grupal homónimo, al tiempo que promueve la identificación con soluciones alcanzadas por otros.

Reelaboración cognitiva o semántica. El grupo da a los hechos que conciernen a todos una interpretación cualitativamente diferente a la que inicialmente dio cada cual de acuerdo con su esquema conceptual referencial operativo (ECRO) primario. Se va integrando un ECRO que es producto grupal y que va sustituyendo progresivamente el sistema de referencia inicial, disminuyendo el sesgo de subjetividad que las significaciones neuróticas confieren. Este ECRO "secundario" es producto de la cultura que ha ido creando el grupo y de la validación consensual, o prueba de realidad, que la tarea grupal posibilita en el proceso de cambio de

significaciones y actitudes de sus miembros. El terapeuta propicia la reelaboración semántica cuando hace verbalizar una y otra vez, en opiniones ajenas, conceptos que han ido cristalizando en cultura grupal a lo largo del proceso de la terapia. Propicia la reorientación cognitiva individual y el adecuado camino hacia las metas.

Externización. Las actitudes, conductas e interacciones positivas que se aprenden en el grupo y que se trabajan para producir adecuada conciencia de interacción y ser convertidas en roles renovados o mecanismos de afrontamiento constructivos, se estimula sean utilizadas por los miembros del grupo en su intercambio con la realidad externa. En la medida en que se consigue que se vayan automatizando y asumiendo como reacciones propias, enfoques, actitudes, así como comportamientos interpersonales procedentes del acontecer grupal, va cristalizando lo que en mi técnica he dado en llamar externización. No debemos confundir este recurso con la externalización, proceder que explicaremos posteriormente.

Escultura grupal. Con el fin de exteriorizar la percepción que tienen los miembros del grupo acerca de las relaciones que se analizan o se dan en su seno, o de la actitud que caracteriza a determinados miembros ante un problema debatido, se pide de manera secuencial a los pacientes que se representen mentalmente, y luego ubiquen físicamente, en forma de escultura y utilizando como piezas de la composición a otros integrantes, a los distintos personajes de la trama que se desea representar, ubicándoles en la postura corporal que les parezca refleja la actitud que dichos sujetos específicos asumen respecto al aspecto analizado, solicitando que vayan quedando quietos cuando el "escultor" de turno se considere satisfecho. Así, con dos o tres de los personajes, adecuadamente seleccionados. Esto propicia la aparición de intensas defensas e interacciones, que son analizadas posteriormente en la sesión.

Recursos de la terapia individual aplicables en grupo

La coterapia, el discutir aspectos de las sesiones grabadas en video (autoscopia), 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 o acotación, 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 empleadas 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.

Al igual que 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 atiende 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 se debe transitar para dar cumplimiento a su finalidad.

12.6 Técnica de la psicoterapia concreta grupal de actitudes

12.6.1 Consideraciones generales

El objetivo básico de la PCGA 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 estado afectivo y en su nivel de madurez emocional; cambio en su conducta, en su capacidad para relacionarse, satisfacer necesidades que les son significativas y ajustarse al medio; cambio al eliminar los síntomas como forma equívoca de comunicación; *cambio en sus actitudes*. Las vías para lograrlo pasan por cierta resocialización de los pacientes, por una modificación de su esquema conceptual referencial operativo (ECRO), y por la aplicación de los principios científicos del aprendizaje y de la técnica operativa de grupo a la modificación de las conductas sintomáticas (Quiles y Colón, 2000) y de las actitudes inadecuadas.

El neurótico, en su intercambio interpersonal, muestra una perturbación de su capacidad para relacionarse y comunicar, lo que implica actitudes y conductas contraproducentes a la adaptación, así como una conciencia gnoseológicamente falsa (semánticamente distorsionada) de su propia realidad personal en las esferas afectadas, lo cual el grupo debe considerar. Ante el trascendente papel del aislamiento, los problemas con el apego, la incomunicación y la agresión en el código simbólico de los pacientes neuróticos, la terapia tiene que dar atención especial a la semántica y a los procesos de resocialización. Para ello ha de crear una situación terapéutica que lo posibilite a través de un clima interpersonal adecuado, de una ayuda técnica consecuente y de facilitar mediante la terapia la reelaboración semántica y una posibilidad situacional propiciadora de habilidades funcionales en la relación y la comunicación.

La psicoterapia es un proceso de reaprendizaje; y el reaprendizaje en grupo pasa por un proceso instrumental, descrito por Pichón-Rivière, que reseñamos a continuación: El "grupo interno primario" -condicionado por sus experiencias anteriores en la familia, la escuela, con sus coetáneos, compañeros de juego, pariguales, etcétera,- se va transformando a través del proceso operativo grupal en "grupo interno secundario" (internalización de la experiencia y cultura grupales) el que es externizado en conductas, roles, sentimientos y valores renovados, los que, al ser sometidos al criterio de la práctica social y según sus resultados, van a ser validados y reforzados hasta consolidar definitivamente la modificación del ECRO y las correspondientes actitudes y conductas interpersonales trabajadas por el grupo.

Tres son para Bauleo (1974) los elementos esenciales para el aprendizaje grupal: la *información*, la *emoción* y la *producción*, que es la modificación externa del comportamiento de los miembros y la adquisición del esquema referencial sobre la acción resultado de la experiencia trabajada, y -añado yo- el cambio en las actitudes. Por su parte, la información resultante, generada, acopiada y sistematizada en dicho proceso de aprendizaje, es un "compuesto informacional" donde el tema que

se desarrolla y concluye adquiere las características del grupo. El reacondicionamiento emocional, o cambio afectivo, por último, se expresa en una mayor seguridad y madurez emocional, donde los sentimientos de aceptación y pertenencia experimentados en el grupo terapéutico se extrapolan, por condicionamiento y generalización, a los nexos interpersonales naturales de los pacientes, ya desmitificados, saliendo enriquecido tras ello el diapasón de respuestas afectivas, más amplias y funcionales ahora, y más congruentes con la realidad.

El terapeuta ha de saber diferenciar en el desarrollo del grupo los planos temático y dinámico, pasando a ser, también aquí, una de las más importantes pautas técnicas de la terapia el *ir haciendo temática la dinámica*. Igualmente, la consideración del papel del emergente, portavoz de los fenómenos inconscientes latentes en el clima 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, necesarios ambos, son elementos de los que el terapeuta ha de valerse para mover al grupo en dirección al cambio. En otro aspecto, debe tomar en cuenta que los líderes intelectuales del momento contribuyen habitualmente a los objetivos semántico, ecológico y conductual de la Tarea, mientras los líderes afectivos movilizan la dinámica. Estas dos dimensiones del liderazgo, enlazándose en sus respectivas bipolaridades y desplazándose entre los distintos miembros, temáticas y momentos, confieren enorme riqueza y potencialidad terapéutica al trabajo grupal.

Como hemos señalado, aplicamos la técnica operativa de grupo (*Campos y Kesselman, 2006*). En este caso la Tarea Grupal transita por la *modificación de aquellos valores, significaciones, creencias, sentimientos, motivos, conductas y actitudes de sus miembros, que les dificultan el ajuste personal y social*.

Al implementar la Tarea, el terapeuta-coordinador lleva a sus pacientes a "trabajar por solucionar los problemas de todos y cada uno relacionados con sus dificultades, por ayudarse a mejorar y a eliminar sus trastornos actuando sobre aquellas ideas equivocadas, comportamientos y modos de enfrentar la vida que están provocando sus problemas". En estos términos, u otros semejantes, se verbaliza inicialmente la misión grupal, que se va esclareciendo, enriqueciendo y formulando posteriormente en su progresiva complejidad, pero *acompañando* al grupo, haciéndolo en *tempo*, oportunidad y lenguaje adecuados a la buena comunicación. Para mí la Tarea a desarrollar grupalmente es un complejo problémico integrado fundamentalmente por:

- Lograr ajuste a la realidad.
- Descalificar los síntomas y las defensas neuróticas.
- Modificar las ideas irracionales y los errores semánticos y de la comunicación relacionados con sus problemas.
- Aprender a satisfacer con madurez y autonomía las necesidades involucradas.
- Tomar conciencia de los sentimientos y conflictos en juego.
- Concienciar el rol desempeñado por las actitudes inadecuadas.
- Encontrar y consolidar las actitudes y los comportamientos adecuados.
- Asumir madurez emocional ante las dificultades.
- Desarrollar seguridad personal y adecuación en sus relaciones interpersonales.
- Promover calidad de vida.

Mientras el grupo trabaja para lograr estos propósitos (insisto en que se verbaliza de manera sencilla y progresiva, como explicaba en el párrafo anterior), el papel del coordinador es proveer la motivación y orientación necesarias, así como facilitar la información requerida a través del trabajo y producción del propio grupo, propiciando su análisis a partir de la consideración grupal de los casos y temas de cada día. Esto requiere encontrar, entre todos, los valores, motivaciones, conductas y actitudes necesarios para alcanzar los propósitos señalados y obtener el *cambio* terapéutico.

Con *Hiram Castro-López*, conferimos en la terapia un lugar privilegiado a la identificación y manejo de tres grupos o *sets* de actitudes (que él llamaba por el nombre de "predisposiciones" o *uztanovskas*, en correspondencia con la psicología experimental soviética) presentes como denominador común en la mayor parte de los pacientes neuróticos: la *evasión*, las demandas enfermizas de *apoyo* y las necesidades morbosas de *reafirmación*. Tendremos ocasión de referirnos a ellas posteriormente.

Partiendo del papel de las actitudes en la personalidad y en la regulación e inducción de los diversos procesos psicológicos, la PCGA privilegia la consideración y el manejo de las actitudes como el elemento nuclear sobre el cual hay que trabajar para lograr el cambio terapéutico. Ellas definen los mecanismos de afrontamiento a los conflictos; permiten la lectura entre líneas de la dinámica afectiva tras el relato y la conducta en análisis, al tiempo que al ser identificadas por el grupo, inducen la asignación de tareas que hacen posible la transformación de las secuencias conductuales que dan sentido y alimentan los síntomas. La terapia de actitudes enfatiza el papel del análisis y manejo de la psicodinamia en el centro de la terapia y, por tanto, procede a la valoración de los componentes dinámicos involucrados en la determinación y actuación de las actitudes en la problemática de los pacientes analizados.

Cual enseñara *Pichón-Rivière*, el neurótico encara la vida con un ECRO fijado en sus vínculos y significaciones pasadas y que -añado- opera a través de las actitudes en su dimensión automatizada e inconsciente. 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 enfrentamiento y a las respuestas emocionales del sujeto, considero no hay un cambio terapéutico duradero. Como las actitudes y las defensas se ponen en evidencia en situación de estrés, contender con este, ora provocándolo, ora manejándolo en el contexto de las sesiones, constituye un elemento esencial para entenderse con los rejugos de la comunicación y la defensa y, por ende, con las significaciones inconscientes y con la actitud, meollo de la terapia de los trastornos neuróticos. Entonces, la terapia de actitudes hace énfasis en desarrollar la capacidad de valorar y actuar de acuerdo al presente, y en propiciar un adecuado manejo del estrés en un clima emocional controlado, proclive a la comunicación, como ocurre en el grupo, mediante lo cual puedan los pacientes encontrarse a sí mismos y desarrollar conductas adaptativas.

También, la PCGA debe tener en cuenta los procesos de la personalidad involucrados en los trastornos de los pacientes, en integración ecológica con el

ambiente familiar y social, actuando sobre ellos con enfoque sistémico, abordándolos por distintas "vías de entrada", como insistiera *Hiram*. Recordemos que no solamente actuamos modificando problemas a nivel psicológico. La PCGA produce cambios en la neurofisiología, gracias a la influencia terapéutica que puede tener la comunicación interpersonal sobre la actividad nerviosa superior, tanto en el segundo como en el primer sistema de señales, estimulando el sistema límbico o inhibiendo áreas sobreexcitadas; actuando a los niveles psicológico, fisiológico y bioquímico. Como partimos de que toda enfermedad es biopsicosocial, la psicoterapia grupal concreta de actitudes ha de acometer el empuje simultáneo y en sistema sobre las tres vertientes.

12.6.2 Etapas de la psicoterapia concreta grupal de actitudes

Diferenciamos las etapas de la PCGA de los pasos de una sesión. Estos últimos son:

1. Apertura.
2. Obtención de información.
3. Manejo de información.
4. Formulación de tareas.
5. Cierre.

Por su parte, reconocemos tres etapas:

1. Estructuración o conformación del grupo.
2. Desarrollo o análisis de la dinámica.
3. Etapa resolutoria o de consolidación de los cambios.

Etapas de estructuración

Objetivos:

- Romper el "miedo escénico".
- Estimular corrientes de simpatía.
- Esclarecer los objetivos y las reglas.
- Lograr el encuadre de la terapia.
- Obtener información de los participantes.
- Aliviar los síntomas.
- Concienciar la relación entre los síntomas y los problemas.
- Crear sentimientos grupales: pertenencia, pertinencia y cooperación.
- Lograr el "enganche" de los participantes.

Correspondiendo a las primeras sesiones de terapia, esta etapa 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, manteniendo un vínculo casi exclusivo con el terapeuta, evadiendo o rechazando en el fondo tener que compartir sus problemas con desconocidos. La relación, por tanto, es fundamentalmente diádica, no se establece una verdadera dinámica y el terapeuta debe esforzarse por desviar al grupo las preguntas y hacer que los expositores se dirijan al colectivo y no a su persona.

Es importante ir haciendo hablar, preguntar y opinar a todos, a pesar de que todavía están confusos los objetivos, hay una incoherencia organizativa frente a la tarea, faltan aún el *rapport* y la empatía necesarios, y los roles y funciones de los participantes vienen predeterminados por experiencias anteriores, externas al grupo. De cierta forma, se evitan las informaciones escabrosas o desfavorables a la autoestima, primando la ansiedad confusional y las actitudes defensivas (Bauleo, 1974).

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, los objetivos y ventajas del método, dando seguridad y garantías de la privacidad y absoluto respeto a los límites que cada cual quiera establecer a sus confidencias. Es útil concentrarse en la presentación de los miembros, en los motivos que atribuyen a sus dificultades y en los síntomas que presentan, buscando desde el inicio resaltar los elementos comunes a los integrantes y la asociación síntomas-problemas existentes.

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 consiste, a su criterio, este tipo de terapias y cuáles son sus ventajas, ocasiones que aprovecha el terapeuta para esclarecer y encuadrar. El uso de hojas de presentación apropiadas permite comentar e ir introduciendo las normas de funcionamiento.

Características de la etapa de estructuración

- Rechazo a franquearse con desconocidos
- Vínculo casi exclusivo con el terapeuta
- No se establece una verdadera dinámica
- Incoherencia organizativa frente a la tarea
- Roles y funciones predeterminadas por situaciones anteriores, externas al grupo
- Prima la ansiedad confusional y las actitudes defensivas (inseguridad, inhibición y reticencia)

En las primeras sesiones, estas tienen aproximadamente la siguiente estructura:

1. Apertura:

- Presentación del equipo y de los pacientes.
- Señalamiento de las reglas grupales.
- Motivación.

2. Obtención de información:

- Preguntas del terapeuta, del equipo y de los pacientes.
- Comentarios e interacciones generalizadoras.
- Resumen parcial del terapeuta (encuadre).

3. Manejo de la información:

- Ventilación de la temática del día.

- Opiniones, sugerencias e interacciones, por aspectos.
 - Maniobras movilizadoras de la dinámica grupal.
 - Reencuadre.
4. Formulación de las tareas:
- Establecimiento de las tareas por el grupo.
 - Reformulación y precisión por el equipo.
5. Cierre:
- Resumen final de la sesión.
 - Despedida.

Apertura. Se hace una introducción inicial por parte del terapeuta, quien procede a su presentación y la de los integrantes del equipo a los nuevos miembros. Este señala, en las dos o tres primeras sesiones, las reglas del grupo para luego en las siguientes, que los propios pacientes recuerden las reglas y se las comuniquen con sus palabras a los nuevos integrantes. El equipo garantizará, interviniendo cuando sea necesario, que estas queden claramente formuladas. El coordinador tendrá cuidado en destacar en sus intervenciones las características y ventajas de la terapia grupal, y en procurar la motivación del colectivo, distender el ambiente, y propiciar en lo posible corrientes de simpatía. A continuación, se procede al chequeo de las tareas comprometidas en la sesión anterior, cuando estas ya fueron establecidas.

Obtención de información. A partir de una serie de preguntas, en esta etapa inicial se busca que los pacientes expongan sus problemas -sin que se profundice demasiado en ellos- tratando de que los distintos participantes, 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, apoyado por el equipo promueve que vayan siendo los propios pacientes quienes pregunten, pudiendo apelar al recurso de la ronda o barrido para que todos expresen sus interrogantes, dejando que se intercalen proyecciones personales, 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 a debatir en el día. No se hace énfasis en buscar síntomas; mas, cuando aparecen, busca que aquellos que tienen quejas del mismo tipo lo expresen, procurando identificación y universalización. Cuando considera que se ha acumulado un suficiente volumen de datos, hace un resumen parcial, reformulando lo expresado de forma tal que sus esencias no sean perdidas de vista, recalcando todo lo que haya tenido que ver con ventilación de sentimientos, y reencuadrando la sesión de acuerdo con las conveniencias de la terapia. No será rígido con respecto a 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 la información. Realizado el primer resumen parcial, el coordinador hará un encuadre de la sesión, pidiendo a los participantes que den sus opinio-

nes sobre lo conocido hasta allí, evitando en lo posible que surjan temas nuevos. De formularse por alguien un asunto diferente a lo debatido, se deriva para su análisis en próxima sesión pero, como norma, no se abre a debate, salvo que el tema anterior se haya agotado o que lo expresado sea una profundización del análisis previo. Si se hacen nuevas preguntas atinentes al tema del día, se permite incorporar la información de este modo recogida. No obstante, se solicitará al que interroga emitir su opinión sobre el aspecto que introdujo, con lo cual se reencauza 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 y destacando sentimientos y necesidades insatisfechas doquiera sea posible, propiciando interacciones y proyecciones, buscando en todo momento crear un clima de confianza, aceptación y espontaneidad que desestime la emisión de "juicios morales" apelando a su descalificación, así como usando inteligentemente la connotación positiva, el apoyo, el lenguaje figurado y la inspiración.

El grupo no está aún preparado para profundizar en la dinámica de la interacción, por lo que evitaremos las interpretaciones, confrontaciones, inducción de ansiedad y recursos afines que pudieran reforzar resistencias o provocar bajas en un auditorio todavía huido e inseguro. No coincido con el criterio de *Hiram Castro-López* de comenzar con acciones e interpretaciones movilizadoras para provocar ansiedad y evidenciar los mecanismos de evitación, puesto que considero se requiere completar una información que solamente obtendremos mediante la confianza y un enganche que podemos enajenar si "calentamos" el ambiente demasiado aprisa. Soy de la opinión de crear inseguridad para que la interpretación rompa defensas y resistencias solo cuando el sentido de pertenencia grupal haya cuajado y los vínculos afectivos con el terapeuta y con el grupo sean lo suficientemente sólidos y protectores como para que permitan no angustiarse al punto de reforzar la evasión y desertar, al ser "lanzados", de pronto, en el mundo de sus fantasmas. Pedimos y derivamos opiniones una y otra vez. Se delegan responsabilidades en el grupo. Se brinda apoyo y se esclarece la misión una y otra vez.

En cada caso que va surgiendo a la luz, identificamos las áreas-problema y el tipo de sentimientos involucrados en sus necesidades insatisfechas, así como -en términos de conducta- los mecanismos de afrontamiento utilizados. De este modo podemos conformar en el grupo la idea de que las dificultades de las personas muchas veces tienen que ver, paradójicamente, con lo que hacen para evitarlas, como también, para intentar solucionarlas; y focalizar las intervenciones de los participantes alrededor de las conductas (el término actitudes surgirá después, posiblemente algún paciente perspicaz lo introducirá y nosotros lo secundaremos). Se insistirá en los comportamientos que pueden ser asumidos de acuerdo con el sentido común y con las experiencias de los propios participantes respecto al manejo de las dificultades que van siendo planteadas en el grupo. Se estimulará que otros pacientes refieran experiencias análogas y lo que hicieron para solucionarlas; o cómo, habiendo actuado igual, se vieron entonces en dificultades, facilitándose con ello las reflexiones sobre el asunto.

Cuando el terapeuta considera que el tiempo o la lógica lo aconsejan, hará un resumen de la temática abordada, destacando sus momentos trascendentes, los sentimientos evocados, resaltando moralejas y el papel evidenciado por algunas conductas o actitudes en vínculo con los problemas específicos debatidos. Significados, conductas inapropiadas, sentimientos, y los resultados del empleo de actitudes problemáticas, han de estar representados, en alguna medida, en dicho resumen.

Formulación de las tareas. De este recuento se deriva que, del caso o los casos analizados -y cuando es posible, para todos o para la parte de ellos en que proceda- el grupo pase a precisar una tarea, la cual es una conducta asertiva, desgajada lógicamente del análisis grupal, expresada en forma de un consenso del que cada cual participó, de modo que se formule como un comportamiento que se recomienda ensayar, sin afectar la libre decisión, y de cuyos resultados, a manera de experimento, se informará por los involucrados en la próxima sesión.

De una misma temática pueden resultar distintas 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 quien le sirva el sayo". Esto ha de manejarse, a estas alturas iniciales del grupo, 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, expresen en su propia voz cuáles son las tareas que se proponen para sí mismos. Concedemos la oportunidad para que los restantes integrantes les ayuden a concretar sus ideas, fundamentando sus opiniones, cooperando en el diseño de las tareas con los mayores detalles posibles, pero sin violentar en modo alguno el libre albedrío: están en su derecho de aceptarlo o no y no tienen por qué realizar algo si no estuviesen plenamente de acuerdo con ello, por lo que se les solicita expresen su sincera opinión acerca de lo que el grupo les ha ido sugiriendo. Si no hay consenso, no hay tarea: esa es la regla. Si lo hay, entonces el equipo perfila al detalle la conducta concreta a la que se llegó por consenso, a partir de lo cual se pide a los interesados tomen en serio el compromiso, como prueba de que la autoayuda se asume responsablemente.

Cierre. Esclarecidas las tareas, el terapeuta trae a colación varias veces en la etapa, brevemente, al final de la sesión, algunas reglas y objetivos de la terapia, pregunta si se han sentido bien y si consideran útil proseguir el trabajo de grupo. Se precisa la fecha y hora del próximo encuentro, sin permitir que se reabra a estas alturas el debate, derivando para otra ocasión cualquier aspecto que intentara retomarse por alguien.

Acostumbramos terminar la sesión con algún pensamiento positivo, o realizar ejercicios de relajación. Las muestras de estimación y simpatía deben presidir la despedida, sin dejar margen para diálogos y monopolizaciones de la atención del terapeuta o de otros miembros del equipo por parte de algún paciente. Las dudas, aclaraciones, consultas y medicación individual -en el caso que la hubiese- se derivan para momento y lugar distintos que los establecidos para la reunión: ¡No se habla de medicamentos!

Trabajo del coordinador en la etapa de estructuración

- Promover simpatía y participación de todos
- Señalamientos sobre el encuadre, más que sobre la tarea
- Establecer las reglas, objetivos y ventajas del grupo
- Garantía de privacidad y límites de confidencia
- Concentrarse en la presentación e intercambio
- Resaltar los elementos comunes y la asociación entre los síntomas y los problemas
- Desviar al grupo las preguntas y exposiciones

Etapa de análisis y desarrollo de la dinámica

Objetivos:

- Profundizar en el clima de confianza.
- Consolidar el *rapport* y la empatía.
- Acercar y rotar los liderazgos.
- Desarrollar la pertenencia, la pertinencia y la cooperación.
- Concentrar la actividad grupal en el desarrollo de la Tarea.
- Movilizar y analizar los sentimientos, los conflictos y las actitudes significativas.
- Promover en el grupo las experiencias emocionales correctivas.
- Lograr la interiorización de la relación existente entre los conflictos, los sentimientos, los síntomas, las necesidades insatisfechas y las actitudes enfermizas que se asumen.
- Modelar las conductas adaptativas.
- Poner en práctica y analizar los resultados de esas nuevas conductas.

Cuando, en grupos pequeños, todos los miembros han expuesto su caso, o en grupos relativamente grandes, cercanos a veinte, una parte importante lo ha hecho y, los que no, han podido opinar y proyectarse libremente; cuando los pacientes sienten ya el espíritu de cuerpo (conciencia de grupo) y han experimentado el deseo de participar y colaborar en la Tarea, hemos entrado en la segunda etapa, en la cual el grupo ha quedado constituido, en los hechos, como *sujeto colectivo de terapia* (terapia **de** grupo). 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. 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, expresiones sintomáticas 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 con mayor fuerza el fenómeno de la emergencia, que va confiriendo progresivamente sentido a la situación, de acuerdo con la dinámica grupal en proceso de desarrollo.

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, ventilar e interpretar sentimientos, hacer observaciones y señalamientos de lado e ir focalizando la atención en las defensas evasivas y en las demandas morbosas de apoyo y afecto, dependencia, atención y reafirmación, casi constantes entre ellos. Se prepara el terreno para cuando, con el decursar de las sesiones, llegue su hora al *insight* y la interpretación.

Las hipótesis sistémicas (que integran los componentes clínicos, psicodinámicos, estructurales, ecológicos, semánticos, comunicacionales y actitudinales ya vistos en capítulos anteriores) que ha debido elaborar el equipo terapéutico tras la evaluación individual de los casos, son aquí puestas a prueba en la interacción del grupo con la vida práctica de cada paciente, ajustando, corrigiendo o modificando hipótesis de acuerdo con el ritmo de los progresos. No es la comprobación por la comprobación en sí, sino *la hipótesis como instrumento del trabajo investigativo-participativo grupal para el cambio*. Pensamos, quizás, que las cosas son de un modo, pero a veces los interesados no reaccionan como esperamos, o la realidad muestra facetas que no habíamos vislumbrado, anulando algunas de nuestras conjeturas. Se trata de un rastreo analítico, inquisitivo, llevado a cabo en estrecha comunicación emocional, en una situación terapéutica donde la práctica es el criterio de la verdad: el progreso en la asertividad personal por parte de cada sujeto, su estado de equilibrio emocional, una madurez incrementada a criterio de su entorno, la evolución favorable de sus síntomas, el éxito en su conducta personal, su mejor ajuste psíquico y sociofamiliar.

Las hipótesis no se transmiten como lecciones que los pacientes aprenden, gratificándonos entonces con su aceptación. Son sospechas que nos llevan a buscar sin decir, ayudando a que las respuestas las encuentren y comprueben el grupo y los pacientes concretos por sí mismos. Solamente les ponemos en el camino de poderlas hallar, esclareciendo los prejuicios e ideas irracionales, derribando obstáculos y poniendo en sus manos, a manera de brújula, el conocimiento del lenguaje de sus propias significaciones, valores y actitudes de acuerdo con sus vidas y problemas específicos, nunca en base a contextos referenciales preconcebidos.

Tras avanzar en la etapa, ocupándonos con las hipótesis parciales y, cuando ya tenemos todos los elementos posibles a nuestro alcance, llega el momento del acto facultativo de afirmar el diagnóstico psicoterapéutico individual y grupal -que se va produciendo a distintos tiempos, como veremos más adelante, principalmente en los grupos abiertos-. Es la ocasión de asumir las hipótesis sistémicas, precisadas tras un laborioso trabajo en común. Hipótesis sistémicas que nos permiten considerar el grado de madurez alcanzado a la sazón por la dinámica grupal y una comprensión global de la problemática clínica y humana de los pacientes, y de las relaciones internas entre ambas, todo lo cual ha de embonar como en un rompecabezas. Con ellas, alumbramos un producto elaborado a muchas manos, que formu-

la internamente el equipo terapéutico como conclusión preliminar y que va interiorizando cada paciente como *insight*, por la vía de la experiencia emocional correctiva, de la confrontación con la realidad y del análisis y modificación de actitudes, tanto hacia afuera como hacia el interior de sí mismos. Poco a poco irán atreviéndose a caminar solos, hasta estar en condiciones de soltarse definitivamente de la protección grupal. Se analizan los pacientes, y se analiza el grupo como un todo en función de sus actitudes comunes hacia el cambio.

En la medida en que el trabajo **de** grupo progresa y, con él, el refuerzo de las nuevas actitudes -más asertivas, independientes y maduras- esenciales al cambio, se produce un fenómeno muy interesante: se van rompiendo resistencias, los sujetos van siendo capaces de ver cada vez más dentro de sí, atreviéndose a enfrentar progresivamente sus fantasmas y temores, y asumir nuevas conductas. Este fenómeno facilita la asociación interna entre las cogniciones fraccionadas, incompletas, y la afectividad y conducta que les corresponde; con ello, la unión de lo que ha estado desfasado en los procesos nerviosos, por haber sido condicionados en situación de distrés neurofisiológico y grave crisis personal al momento de su percepción original. 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 a la angustia, incapacitados antaño los sujetos para integrarlo como experiencia consciente, relegándolo por ello en aquel entonces a memoria inconsciente del distrés. El uso apropiado de estos y otros recursos va posibilitando la apertura a nuevos significados, que sustituyen los arcaicos; y a nuevas actitudes, que van entrando en disonancia con los condicionamientos pretéritos.

Resultado de la ampliación del campo de la conciencia a expensas del terreno que se gana al miedo, los sujetos van integrando los diferentes componentes del rompecabezas vital, mientras que, en igual medida, terapeuta y pacientes 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 sus problemas, y la elaboración en común de significaciones consecuentes con las historias personales, posibilitan la asimilación de la experiencia ahora accesible a la percepción psíquica, al análisis lógico, la aceptación emocional y la instrumentación conductual. Esto crea condiciones favorables al desarrollo de actitudes eficaces, expresión de un nuevo estado funcional del sistema nervioso para responder de manera adaptativa y coherente a la realidad objetiva, incluidas sus propias necesidades.

No es menester que los pacientes elaboren teóricamente, ni mucho menos, la explicación de los vínculos causales atinentes a su estado morboso. Lo imprescindible es que experimenten como no amenazantes las vivencias íntimas que les incumben; que asimilen la realidad de su pasado, su presente y su futuro previsible, sin prejuicios perturbadores de su equilibrio interior, liberando la capacidad de satisfacer sus necesidades; que sepan lo que quieren y luchen adecuadamente por ello. Esto se logra si la hipótesis sistémica refleja la realidad, si la técnica es apropiada y si la relación de ayuda es lo suficientemente estrecha, fuerte y competente como

para que los pacientes se atrevan a encarar sus contradicciones y fantasías neuróticas, así como a trabajar sus actitudes inapropiadas.

Características de la etapa de análisis

- El grupo es sujeto colectivo de la terapia (comienza el trabajo de grupo propiamente dicho)
- Se consolida la estructura
- Los roles son determinados por la dinámica interna
- Se perfilan los objetivos y aparecen los líderes
- Surgen los miedos al cambio: resistencias y defensas
- La dinámica es leída a través de las emociones, conductas e interacciones que están detrás de las palabras
- Se desarrollan la pertenencia, la pertinencia y la cooperación
- Surge la emergencia, que da sentido a la situación
- Se trabajan los elementos comunes y las actitudes comunes, promoviendo su análisis en un clima de alta emotividad
- Se resalta el empleo de las actitudes de evasión y las búsquedas enfermizas de apoyo y reafirmación, como tendencias actitudinales neuróticas comunes al grupo
- Se hace énfasis en aquellas interacciones y mecanismos grupales que pongan en evidencia las defensas y actitudes disfuncionales

Para lograr todo esto, las sesiones, como en la etapa anterior, muestran, aproximadamente, la estructura que veremos a continuación.

Apertura. Saludo y presentación. Explicación a los nuevos miembros sobre las características de la terapia por parte de los propios pacientes, en el caso de que se tratase de un grupo abierto.

Chequeo de las tareas. Encuadre de la sesión por el coordinador, partiendo del control de las tareas, de un asunto o caso pendiente de la reunión anterior o de un tema que se desprende lógicamente de ciertos aspectos abordados por alguno de los presentes a colación de dicho chequeo. Corresponde al terapeuta encaminar el tema del día y dar la palabra a quienes 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 fundamentales por sesión, tanto si se trata del análisis de un caso como de una problemática de interés común. El segundo tema solo se desarrolla si el primero pareciese haber agotado sus posibilidades en la primera media hora de la sesión. De ser así, puede incorporarse el segundo, el cual dejaríamos en suspenso si se agota el tiempo establecido. De haber transcurrido más de media hora cuando agotamos el tema escogido, recomendamos pasar una rápida revisión a tareas de sesiones pasadas y reforzar algunos progresos, para ocupar el resto del tiempo y concluir el encuentro.

Hecho el informe del cumplimiento de las tareas y de sus resultados por aquellos a quienes corresponde, se procede como en el caso de la etapa anterior, comenzando por reformular el contenido de la información acopiada, encuadrando la sesión de acuerdo con la estrategia que se vaya a desarrollar en ella. Procederes como la ronda, la autoscopía mediante grabación en video, la presentación de materiales, el caso del día, la dramatización, así como las preguntas y la solicitud de opiniones, entre otros, son recursos que ayudan al esclarecimiento del encuadre y a la interacción inicial en la sesión.

Manejo de la información. Con más rapidez que en la primera etapa y desde momentos tempranos de la sesión, comenzamos a considerar de una forma más profunda y activa los componentes dinámicos y semánticos de la información. La identificación de los conflictos y de las necesidades, sentimientos y actitudes que les están vinculados, y la asociación de todo ello con la conducta sintomática, pasa a ser objeto del trabajo operativo grupal. Se propician y comienzan a interpretar interacciones estereotipadas: apareamiento, dependencia, lucha, fuga, miedo al ataque o a la pérdida; evasión, demandas neuróticas de apoyo y de reafirmación. No solamente se van focalizando y ventilando los comportamientos relacionados con las actitudes mórbidas, sino que se van confrontando, haciendo algunas interpretaciones, fundamentalmente de primer orden (no hacer nunca las de segundo si el paciente en cuestión no está preparado) y enseñando al grupo a reconocer y arremeter contra las conductas y predisposiciones inapropiadas.

A través del trabajo evaluativo nos hemos formado hipótesis: llegó el momento de laborar con ellas. Pero no de forma fría y racional; por el contrario, incidiendo en la emoción, que es entrar por vía de la dinámica. Si es que hemos de ir haciendo temática la dinámica y podemos valernos ya del *rappport* y la confianza en nosotros establecida, es factible comenzar por la ventilación e interpretación de sentimientos. Los problemas, contradicciones y conflictos fácilmente traen a flor de piel, cuando se abordan, las emociones y sentimientos. Lo que es típico que el neurótico no los perciba con mucha objetividad, por lo cual, a más de ventilarlos, vamos aprovechando para irlos interpretando progresivamente cuando, en la sesión, se ponen al alcance de nosotros. Así, el paciente va descubriendo algunas cosas de sí mismo por medio de sus experiencias en el grupo, aunque no tenga aún conciencia clara del porqué. Pero ya puede ir sabiendo algo del *qué*; y en qué contexto y ante qué situaciones aparecen, lo cual va despejando caminos.

Con los sentimientos, suelen salir a flote las necesidades. Tal asociación, cuando surge, ha de quedar explícita: los pacientes deben *sentir* que se vivencian empáticamente sus necesidades por parte de los miembros del grupo y, en lo posible, descubrir por qué siente de la manera que siente. Tras las necesidades y los sentimientos, se trabajan los conflictos o "complejos" -hasta donde están en capacidad de llegar a ellos con la ayuda del sentido común y de la evidencia, aún no de la interpretación de conflictos inconscientes-. Y con los "complejos", no es difícil venga a capítulo la amenaza, que es un componente ideomocional que, por errores de aprendizaje y de memoria condicionados en la experiencia neurotizante original, refleja irracionalmente la realidad. No será ocasión de intentar hacer

plenamente conscientes sus fantasmas. Pero ya debemos ir golpeando sus fundamentos, al ir evidenciando ante el grupo su existencia, improcedencia y extemporaneidad. Se trabaja con el presente y con algunos elementos del pasado, pero también hay que empezar a pensar y mirar hacia el futuro: el plan de vida y su congruencia con su realidad actual y previsible, en sus aspectos esenciales, pasa a ser objeto de análisis, desde la óptica grupal e individual.

Hay que ir asociando en el grupo los traumas y experiencias de la vida con los significados que tienen las cosas para las personas. La conciencia no acepta todavía muchas intuiciones, pero el camino se va trillando. Los recuerdos compartidos entre todos van nutriendo el análisis. En esta etapa caben como nunca la acotación, el señalamiento, la confrontación y, bajo fuerte carga emocional, la interpretación dinámica a nivel del sentido común. Alguna de segundo orden pudiera acometerse si el paciente está ya emocionalmente preparado y se presenta una ocasión excepcional, que no conviene dejar pasar por ser una oportunidad privilegiada para que se obtenga una experiencia emocional correctiva.

Sin disminuir el papel protagónico que corresponde a la conciencia sobre el resto de las funciones psíquicas que se le subordinan jerárquicamente, el énfasis de nuestra acción en estos momentos debe radicar en la movilización emocional y en las respuestas conductuales que podamos despertar, con vistas al logro de las metas futuras, más que en la búsqueda del conocimiento por el conocimiento mismo. Pues, en caso de existir significaciones inconscientes que se contrapongan a la lógica del sentido común, la interpretación de primer orden no podrá actuar a favor del cambio, pudiendo incluso llegar a ser contraproducente. Podemos entender, entonces, que el valor terapéutico que puede alcanzar una interpretación, basado en la importancia que tiene un mejor conocimiento de aspectos importantes de sí mismo, depende de la medida mayor o menor en que esta refleje con claridad los verdaderos motivos del comportamiento del paciente. No deberá incurrirse jamás en interpretaciones fallidas. Y puede que para las verdaderas en el caso, las de segundo orden que conciernen a la problemática real del paciente específico, quizás este no esté preparado para asimilarlas todavía, pudiendo -si a pesar de ello se hacen- reforzar sus sentimientos angustiosos y sus defensas evasivas.

El uso de las interpretaciones se hace en el marco de la relación grupal establecida, movilizandolos afectos y estimulando la actividad fuera del espacio terapéutico, lo que va contribuyendo a delinear significados y sentido vital. El grupo enfrentará las fantasías con las realidades. Nosotros estaremos allí para ir presionando, cuestionando, confrontando, planteando dilemas, esclareciendo, ventilando, reformulando, reencuadrando, pidiendo opiniones, responsabilizando, aprobando, reforzando, haciendo connotación positiva, planteando paradojas, actuando o dramatizando, desensibilizando, relacionando, promoviendo *insight* donde sea posible; manejando la comunicación y la defensa; validando consensualmente las conductas, discriminando el pasado del presente y haciendo poner la vista hacia el futuro; rompiendo resistencias, haciendo transiciones, modelando conductas asertivas. Pero, sobre todo, buscando impactar con experiencias emocionales correctivas cuantas veces sea posible, acorralando actitudes para interpretarlas bajo tensión emocional

y golpear con ellas hasta el cansancio: Se inicia en esta etapa una batalla campal alrededor de la *actitud*.

Como veíamos en la modalidad profunda, no podemos separar la actitud del análisis psicodinámico. Es también aquí importante poner en tensión la dinámica psicoterapéutica en función del cambio de actitud; interpretar su vínculo con los conflictos e insatisfacción de las necesidades, los fallidos intentos de solución de los problemas y los desfavorables resultados de la forma peculiar de afrontar, junto al esclarecimiento de las opciones existentes para salir adelante; así como recurrir a la inspiración, la motivación y el apoyo para emprender la faena. Pero, sobre todo, buscar la experiencia emocional correctiva para extender su moraleja a la conciencia del grupo, canalizando la energía interior resultante hacia la modificación de las conductas y posturas que hubieron de ser descalificadas.

En esta etapa se perfilan los liderazgos y la emergencia en relación con la Tarea; el peso principal de las sesiones va pasando cada vez más del coordinador al grupo. La afectividad sube de tono y los síntomas y las defensas relacionadas con los miedos al cambio hacen reiterada aparición en las interacciones, lo que permite trabajarlas. Diversos pacientes van asumiendo el liderazgo. Unos apoyan activamente el objetivo terapéutico, otros inconscientemente lo sabotean; todos contribuyen a profundizar en la conciencia grupal, debiendo el coordinador aproximar e integrar ambos polos (dialéctica de los opuestos y de la emergencia, ya señaladas). No se debe consentir 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 disminuir su influencia en el colectivo; el que siempre sabotea consolida actitudes negativas, entra en conflicto con el grupo o lo lleva por senderos equivocados, ganando en rechazo y perdiendo ascendencia. Por eso el coordinador busca rotar los liderazgos y estimula a que todos ejerzan ambos roles alguna que otra vez. Sabotear no es siempre perjudicial, porque suele expresar angustias latentes en el grupo, puntos de vista discrepantes que reflejan aspectos contradictorios 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 en su oportunidad señalaron de la posición del otro. Quien discrepa con honestidad expresa y defiende asertivamente su criterio, y eso es bueno si se hace correctamente. Quien defiende la postura inspirada en el deseo del bien común desarrolla el altruismo y aprende con ello, pero tiene que exigir reciprocidad, propiciando que también lo hagan los demás. Un balance justo entre lo colectivo y lo individual, entre el desprendimiento y el esfuerzo por satisfacer las necesidades propias, da contrapeso y madurez al carácter. Ello debe estimularse por el grupo. No olvidar que dependencia, lucha y evasión son la transferencia a las interacciones grupales de actitudes defensivas arraigadas en la historia personal. Y que el egocentrismo, el individualismo y las necesidades enfermizas de apoyo y reafirmación suelen ser, también, características típicas del carácter neurótico.

Por su parte, el oportuno análisis de las conductas va permitiendo perfilar las actitudes y contribuye a delinear mejores formas de ejercer determinado rol, lo que

se va expresando en las tareas grupales. Las conductas y actitudes no se valoran aisladas sino en el contexto de su sentido y significación referente a metas, lo que se capta en el grupo con mayor facilidad en la medida en que se profundiza en la dinámica, tomando en cuenta factores provenientes de la "verticalidad" (historicidad personal de los distintos miembros), así como de la "horizontalidad" (influencia derivada de la interacción presente entre los componentes del grupo).

La aparición de las defensas como mecanismos de evitación cuando los pacientes se enfrentan o avizoran significados amenazantes, da una buena 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, inhibiciones y explosiones emocionales, errores semánticos y conductas evasivas, 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 medio de la activación, interpretación y modificación de las actitudes. Este proceso es lento y progresivo; pero es el momento de ir profundizando en el análisis y manejo de la información relacionada con dicho propósito.

Las interacciones grupales 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. La Tarea es asunto de todos: el terapeuta entra al juego para intermediar o golpear, pero el grupo asume el modelo y golpea aún con mayor intensidad, porque su capacidad multiplicada para presionar y su capacidad de observación, de análisis, y su conciencia de interacción, a estas alturas, son una fuerza correctiva de la mayor importancia.

Conformación de las tareas. Del análisis grupal de los conflictos y las actitudes que les están relacionadas se van desprendiendo tareas conductuales que contribuyen a modelar nuevas formas de afrontamiento. El diseño y ensayo de conductas bien dirigidas es la vía por la cual se remodelan las actitudes, por cuanto la práctica activa retroalimenta al sujeto una y otra vez, quien puede ir ajustando su comportamiento y actitudes en consecuencia con los resultados que obtiene, sobre la base de los principios del condicionamiento operante. Coincido con *Fernández Zoila* en que *la actividad es el eslabón fundamental para hacer realidad la modificación de los valores*. Ensayo y error, condicionamiento, refuerzo, aferentación de retorno, aceptador de acción (*Anojin, 1975*), son procesos fundamentales para el aprendizaje y la corrección de la conducta, como ya vimos. Pero, analizando el fenómeno psicológico en sistema, conciencia, afectividad y comportamiento son indisolubles, por lo que, entrando al sistema y "golpeando" por cada una de estas vías, podemos influir en él, en interés del *cambio*.

Es debido a ello que nos ocupamos en todo momento de la tarea específica. El éxito constituye el mejor refuerzo. De ahí que, por ensayo y error se va perfilando

en el grupo un nuevo aprendizaje -es el aprendizaje skinneriano al que aludimos como el principal fundamento científico de los resultados de nuestra terapia- el cual, al cristalizar en los sujetos, consolida estados funcionales del sistema nervioso que van automatizando la tendencia a una nueva respuesta: *la actitud*. Esta no surge solo de conductas pero, paralelamente, el cambio de referencias cognitivas y de respuestas emocionales asociadas a la terapia grupal contribuyen en la misma dirección, haciéndolo posible. La tarea es el momento conativo de la nueva cognición, mediada por un cambio en el balance emocional, tras el clima privilegiado de *rapport*, empatía y seguridad que posibilita la situación terapéutica. El proceso puede ser enfocado así. Entonces, luego de resumir la sesión, pacientes y terapeutas, de consuno, van delineando los perfiles del trabajo individual entre sesiones que constituyen las tareas. Sin caer en juego de palabras, pudiera decirse que la más importante Tarea Grupal de la sesión es delinear de conjunto las tareas -lecturas distintas de un término no suficientemente reconocido y aprovechado en las terapias grupales de corte evocativo y psicodinámico-. No es una concesión al conductismo ortodoxo; es la incorporación de sus importantes aportes a un enfoque integrativo del sistema terapéutico grupal que aquí describo.

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 a que se llegó y, en el primer caso, comenzarán a externizar valores, sentimientos, comportamientos e interacciones aprendidas en el grupo que, a su vez, retroalimentarán su esquema referencial, en conciencia, afectos y comportamientos renovados.

Cierre. Con la despedida, el terapeuta enunciará nuevamente la esencia del contrato terapéutico: Cada cual resolverá solamente 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 el esfuerzo, la voluntad y la perseverancia. El grupo y la terapia lo ayudarán. El futuro, a partir de ahora, está en sus propias manos.

Actividad del coordinador en la segunda etapa

- Crea clima de seguridad y esclarece la tarea
- Acerca y rota los liderazgos
- Busca pertinencia, pertenencia y cooperación
- Identifica conflictos y actitudes negativas
- Esclarece sentimientos y prejuicios
- Promueve el *insight*, y las experiencias emocionales correctivas
- Focaliza el análisis en las predisposiciones de evasión, apoyo (dependencia) y reafirmación
- Integra lo individual y lo grupal en el análisis

Etapa resolutive (consolidación del cambio y terminación de la terapia)

Objetivos:

- Obtener la toma de conciencia de las significaciones equívocas y la modificación de las ideas irracionales, alcanzando un lenguaje semánticamente bien elaborado.
- Modificar y externizar actitudes, consolidando el cambio.
- Obtener la validación y la confrontación con la realidad.
- Reforzar las conductas positivas y desarrollar las motivaciones y las capacidades.
- Promover la maduración y el crecimiento de la personalidad.
- Contribuir a la satisfacción de las necesidades significativas e incrementar la tolerancia al estrés.
- Estimular la independencia y la iniciativa.
- Lograr la internalización de la cultura grupal, caminar hacia las metas y concretar las recomendaciones para el trabajo independiente.
- Consolidar relaciones interpersonales asertivas y adaptativas.

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 y la actitud. Habiéndose creado ya las condiciones para la toma de conciencia sobre los conflictos y las actitudes significativas, se va ordenando internamente la información que les compete y que interesa a las interacciones grupales. Se liberan inhibiciones emocionales, se reconocen los afectos reprimidos, se trabaja sobre las valoraciones semánticamente mal elaboradas, permeadas de catatimia. Las actitudes inadecuadas son confrontadas y descalificadas por el grupo una y otra vez, hasta modificarlas, procediendo a reforzar las conductas nuevas, hasta consolidarlas. Es la oportunidad para la cristalización de los resultados de las experiencias emocionales correctivas, para la consolidación de las nuevas actitudes y para la comprensión plena de que en las manos de cada uno de los miembros del grupo está el arreglar las cosas en sus propias vidas, si así se lo proponen de veras.

Ese enfoque de responsabilidad prospectiva, en el sentido de que quien se traza una meta factible en la vida, puede alcanzarla si lucha por ella con tenacidad y sentido común, implica a estas alturas una conciencia definida de lo que se quiere y conviene, y una clara precisión de lo que concierne a las contradicciones que han estado presentes en su estilo y plan de vida, todo lo cual representa un factor movilizador de actitudes hacia el cambio, el que, 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. Ha de perseverarse en su consolidación a partir de la relación terapéutica, de la vida externa al grupo, de la relectura existencial, la mirada puesta siempre en las metas vitales renovadas.

La reorganización cognitiva (ECRO secundario, nueva lectura de sí mismo, de sus valores y de sus problemas con vistas al futuro) ha de acompañar al afronta-

miento apropiado a la realidad, al reacondicionamiento al medio, al desarrollo de las capacidades potenciales, a la solución del problema de cómo satisfacer sus necesidades con madurez, al rediseño conjunto y la ejercitación de los roles y las conductas, con asertividad, puesta la mirada en el futuro. A su vez, ha de conllevar un análisis sistemático del *feedback* de las nuevas conductas y actitudes, para profundizar en el *insight*, consolidar los nuevos valores y obtener una adecuada reorientación cognitiva, en función del renovado plan de vida que cada cual ha ido forjando.

La connotación positiva y el refuerzo de las respuestas positivas por parte del grupo, el uso inteligente del sistema premio-castigo dentro y fuera de la sesión, van consolidando las actitudes modificadas y ayudando a experimentar seguridad, mientras se trabaja en todo lo posible el enriquecimiento de la vida personal y los valores del espíritu, en correspondencia con el estilo existencial que se promueve para ser consecuentes con sus metas. Validación consensual 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 ha de presidir el ambiente grupal.

Al quedar en claro la simbología comunicativa personal de los miembros del grupo, e identificadas y descalificadas 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 aquellas actitudes negativas que los venían perpetuando. Al consolidarse la cultura grupal cual "complejo informacional" que integra la verticalidad de las historias personales involucradas y la horizontalidad de la experiencia grupal, las significaciones individuales con aquellas sociales internalizadas como resultado de la interacción grupal, se modifica definitivamente el ECRO de los integrantes, con sus valencias cognitivas, afectivas y conductuales implícitas. Por eso esquematizamos este proceso en la siguiente fórmula:

información + emoción + interacción = producción grupal (cambio)

Es momento ya de saber satisfacer las necesidades por medios propios, más maduros, de tolerar superiores niveles de estrés, desensibilizándose ante ello, porque existe una mayor seguridad, asertividad y confianza en sí mismos y en los demás, para enfrentar las crisis.

Adecuar el ejercicio de los roles requeridos para ajustarse a las necesidades de la interacción actual, dentro y fuera del grupo; comunicar de una forma socializada para lograr entender y que lo entiendan; ajustar conductas a las realidades presentes; entregar afecto maduro a cambio de respeto y madurez, son acciones que llevan progresivamente a los participantes a cambios internos, en la medida en que estas se practican en el grupo y se externizan, validan y retroalimentan en la vida cotidiana. Esto es aprendizaje de interrelaciones y significaciones, vitalmente enriquecedor, que cristaliza en esta etapa de cambios.

Como el nuevo aprendizaje no debe implicar tipo alguno de dependencia, al tiempo que se refuerza el cambio se prepara para el alta y la afirmación independiente. Como adelantamos, en este período las sesiones pueden espaciarse en el caso de los grupos cerrados y la terminación de los abiertos, las tareas se van tornando más complejas y mediatas, más colectivas, con mayor autonomía e iniciativa de los sujetos en su elaboración.

Previamente al alta, en las últimas sesiones levantamos el vuelo desde lo conductual e inmediato hacia lo motivacional y mediato. ¿Cuál es el sentido de la vida? ¿Cuál el ideal existencial que cada quien se traza como meta de futuro? La asertividad, la ruptura en lo posible de la introversión así como la progresiva resocialización, han ido allanando el camino para la confianza en sí mismos, la apertura a una vida más plena, el optimismo, las sanas ambiciones, los planes realistas y las metas orientadoras. El intercambio sobre motivaciones y aspiraciones permite armonizar las realidades y posibilidades con los requerimientos del marco referencial de valores y metas de cada cual, tan importante para los seres humanos y tan afectado en la población neurótica. Esto constituye una parte fundamental de la reorientación cognitiva imprescindible al cambio terapéutico, lo que conlleva un nuevo sentido y significado de la vida, transformados positivamente mediante el proceso de terapia, camino hacia metas renovadas.

Características de la etapa resolutive o de cambio

- Modificación definitiva del ECRO
- Satisfacción de necesidades; mayor tolerancia al estrés
- Incremento de la autonomía y la independencia
- Tareas complejas, colectivas, mediatas y autónomas
- Énfasis en lo motivacional y estratégico: ideal y plan de vida; sentido de la vida; mirada al futuro, metas renovadas
- Se trabaja y consolida la *cultura grupal*
- Se compatibiliza la etapa de la terapia en que se encuentra cada paciente, con la etapa en que está el grupo de terapia; se comparte la atención entre ambos aspectos, en los grupos abiertos
- Es la etapa en que se consolida el cambio de actitudes y se desarrolla su externización

Las sesiones muestran, aproximadamente, la estructura que sigue.

Apertura. A diferencia de etapas anteriores, el chequeo de las tareas no es básicamente operativo sino estratégico. Los miembros del grupo van informando de un modo reflexivo sus consideraciones acerca de los resultados de su comportamiento fuera de la terapia, lo cual permite al sujeto y al grupo la conceptualización de la práctica ("repensar lo pensado"), el revalorar sobre los roles y las actitudes; al tiempo que la evaluación de la capacidad autocrítica alcanzada y de la materialización de los progresos por parte de todo el grupo.

La retroalimentación de la conducta ensayada es su propio refuerzo, por ensayo y error. El grupo y la vida, a su modo, premian y castigan; 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, no tan solo para el observador avezado, sino para todo el grupo. El terapeuta no suele hacer resúmenes parciales sino metacomentarios, mientras se profundiza directamente en la temática. Cada miembro va sacando sus conclusiones respectivas.

Recogida y manejo de la información. Con el análisis que van realizando los integrantes al hablar de su experiencia exterior, se activa la dinámica grupal. Aquí no hay diferenciación estructural entre recogida y manejo de la información, pues la propia enunciación temática por cada exponente lleva consigo juicios, intercambios y valoraciones. Rápidamente surge la interacción y, tras ella, la conciencia de 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 curso ininterrumpido de ventilación, interpretación, *insight*, validación consensual y externización de conductas y actitudes, con experiencias emocionales correctivas dentro y entre sesiones, y con un importante fortalecimiento de los procesos de toma de decisión.

Las tendencias a la *evasión*; a la búsqueda enfermiza de *apoyo*, afecto, dependencia o conmisericordia; y a la *reafirmación* del ego autodevaluado por las vías del narcisismo, las ínfulas de superioridad y autosuficiencia, el individualismo o la necesidad enfermiza de reconocimiento social, constituyen las tres actitudes básicas o "predisposiciones" en que insiste, tras *Hiram*, la Escuela Cubana de Psicoterapia en la modalidad que propugnamos los discípulos de Bustamante -entre otras actitudes concretas que cada grupo terapéutico "descubre" y debe trabajar-. Estas son bombardeadas por el grupo con todo el fuego de su artillería pesada, buscando la ruptura definitiva de las resistencias y las defensas, y el cambio en las actitudes.

También, y es muy importante, debemos aprovechar la disonancia entre las viejas actitudes y las nuevas conductas y valores, apelando a la confrontación y a la interpretación, así como estimular la asertividad legítima, la superación de la inseguridad neurótica y la expulsión de los fantasmas cognitivo-afectivos. Las amenazas inconscientes de cada cual, anacrónicas, han de quedar lo suficientemente caracterizadas por la conciencia y la profundización psicodinámica actuales al grupo, como 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" de lo aportado por el grupo se va integrando definitivamente con la "verticalidad" procedente del sujeto (experiencia concreta asimilada por cada cual a lo largo de su historia personal, a lo que llamo, con *Henry Ey*, la historicidad de la conciencia) de modo que un sujeto renovado, que integra lo mejor de su experiencia vital como individuo con la experiencia enriquecedora compartida y desarrollada en el grupo, en "ósmosis bienhechora" (*Ricardo González*), va emergiendo de la terapia, cual obra plástica esculpida a muchas manos sobre roca en bruto.

Las significaciones sociales aportadas por el grupo, internalizadas ya como código simbólico en la comunicación, modifican desde adentro las significaciones neuróticas individuales, 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 vivenciado, la lógica al respecto, evidenciada, y la responsabilidad por la conducta correspondiente, asumida como propia, libre de enajenaciones y deudas anacrónicas.

Cito a Bauleo (1974) en un párrafo de su obra *Ideología, grupo, familia*, en la 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 resolutive de la terapia tiene mucho de conductual. Pero de lo conductual "repensado" y relacionado con el *insight*, de los conflictos y actitudes que tienen que ver con ello. Así, cuando en el grupo identificamos en alguien un mecanismo de evasión, compulsándole a reconocerlo, una vez logrado 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 por el sujeto, él mismo se formula una tarea, la cual será más o menos compleja en la medida de los requerimientos específicos de su contexto. 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 y consolida el cambio.

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, lo que es 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 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" del autoritarismo, rigidez y maneras violentas de mi padre, voy a expresar dificultades en el grupo con aquellos que, en la rotación de roles, representan autoridad; o cuando siento que el grupo, o alguien en él, "me quiere controlar". Si tengo sentimientos de inferioridad asociados a mis roles sociales, seré hipersensible a los intercambios grupales en los que me siento criticado 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, ahí tenemos la posibilidad de integración para con ellas, si se alcanzan los tenores emocionales e *insight* necesarios. Y mientras se solucionan los conflictos y modifican las actitudes, van aprendiendo los pacientes a relacionarse con empatía, desplegando conductas que se corresponden a las circunstancias en la forma adecuada; a comunicar en forma clara, directa, honesta, oportuna y adecuada; a encontrar el rol consecuente a cada interacción, dentro del contexto grupal y fuera de este, en la medida en que se monitorea su externización en el período de la psicoterapia. Por demás, puede apreciarse por todo lo expresado hasta aquí, que nuestro modelo no es solo un grupo operativo. Es también un grupo de análisis psicodinámico basado en el papel de las actitudes e integrado a técnicas evocativas y del aprendizaje. Como en la modalidad individual y en la familiar, busca un enfoque sistémico-integrativo que responda a las necesidades concretas de esos miembros y ese grupo específicos.

Cual las personas, 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 al tiempo que vivencia humana y profesional, que siempre deja consigo en todos, terapeutas y pacientes, un legado de sabiduría.

El período resolutorio, que termina por lisis de su necesidad, va condicionando su fin mediante anuncios de la proximidad y beneficios del alta. Una y otra vez se recalca en que ya se puede andar por sí solos. Ante cada nuevo planteamiento, se aplica una respuesta estereotipada, dicha en diferentes términos: "¿Qué crees? Estás en plena capacidad de asumir tus conclusiones y las decisiones correspondientes por ti mismo. ¿Cuál es tu opinión sobre el asunto?". Expresiones por el estilo y la pauta grupal de no opinar ya sobre lo que pudiera hacer el otro, sino limitarse a razonar, presionar y estimular por los compromisos que se han ido efectuando y cumpliendo, junto a desaprobar y responsabilizar por lo que no se cumple; la derivación del foco de la temática hacia la mirada al futuro, acompañados del espaciamiento progresivo de las sesiones y de la no individualización de las tareas, condicionan el fin de la terapia.

Aquí, nos detendremos en el papel de la satisfacción de las necesidades y del 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 de los pacientes, en las partes sanas de su personalidad, en el desarrollo de sus capacidades, en la connotación positiva y el aprovechamiento de sus potencialidades. En esta etapa superior del tratamiento, esto alcanza un papel más elevado a medida que, realmente, se vayan desarrollando capacidades, disminuya la inseguridad, maduren un tanto las personalidades, surjan nuevas motivaciones y se satisfagan de un modo más adecuado algunas necesidades que aparecían bloqueadas por limitaciones neuróticas, y que de esta forma se hacen accesibles.

Por otra parte, la estrategia de ir modelando conductas, ensayando y reforzando roles, entre otros recursos en su auxilio, permite satisfacer necesidades median te

el aprendizaje apropiado y el esclarecimiento y ventilación de los equívocos que lo venían entorpeciendo, amén de las modificaciones actitudinales que ello propicia. Este proceder 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 son los componentes más importantes de esta etapa. A su vez, mientras más aprendan los enfermos a sumergirse en el interior de sí mismos y a mirar sin temor hacia el futuro, mejor se van preparando para caminar por sí solos, sentando bases para el fin de la terapia. Desde temprano en nuestras curas hemos de promover iniciativa e independencia. En este estadio, próximo al final, el paciente debe experimentar la confianza en él por parte del grupo, quien respeta sus decisiones, le deja cada vez más guiar su terapia, descargando en él la plena responsabilidad sobre decisiones y planificación de su futuro, con aceptación incondicional explícita al respecto. En nuestra técnica, el tratamiento termina cuando los pacientes están listos para continuar su camino por sí solos.

Tareas. Propósitos grupales. Actividades colectivas. Sugerencias abiertas sobre posibles realizaciones prospectivas. Demostraciones al grupo de la asunción de responsabilidad por los propósitos individuales pendientes. Compromisos de resolver por sí mismos algún problema que se trajo a la sesión y sobre lo cual el grupo "devolvió la pelota". Lecturas inspirativas. Meditaciones. Elaboración escrita de moralejas sobre lo aprendido en la terapia.

Cierre. Sugerimos terminar las sesiones con ejercicios de relajación, tras una breve lectura colectiva, inspirativa, con una moraleja comentada por el grupo, la cual pueden ir aportando sucesivamente los propios pacientes. Ello tiende a establecer un hábito positivo de relajación e introspección, una vez terminada la terapia.

La sesión final, anunciada previamente, puede terminar en un intercambio breve y sin intimidades excesivas que lo puedan alejar del marco terapéutico, donde se confraternice en plano de igualdad, quedando los vínculos a partir de allí presididos por un afectuoso agradecimiento y respeto mutuo.

Papel del coordinador en la etapa resolutive o de cambio

- Procura tareas estratégicas y actividades colectivas
- Activa la dinámica estimulando el protagonismo grupal
- Promueve la conciencia de interacción y la metacomunicación
- Facilita el tránsito de la temática a la dinámica y a la concreción conductual repensada
- Procura que las actitudes en la interacción pasen a ser temática objetivable
- Hace explícitas las actitudes significativas de los pacientes y refuerza las conductas positivas
- Enfatiza en el cambio de actitudes
- Destaca el papel del rol en el reentrenamiento grupal de la función de relación perturbada
- Promueve la comunicación funcional, con lenguaje semánticamente bien elaborado

- Focaliza la actividad del grupo en la solución de los conflictos, en la mirada al futuro, el replanteo del plan de vida y del camino hacia las metas
- Premia el resultado, la iniciativa y la responsabilidad
- Enfatiza en desarrollar en los pacientes la relajación, la capacidad de introspección y el manejo del estrés
- Precisa los resultados y la responsabilidad personal por el cambio y por los resultados futuros
- Procura la disolución por lisis del vínculo terapéutico

12.7 La psicoterapia concreta grupal de actitudes desde el ángulo individual de los pacientes

En la descripción hecha hasta aquí, por razones didácticas, hemos tipificado las etapas de la PCGA desde la óptica grupal y, fundamentalmente, siguiendo el curso típico de un grupo cerrado, lo que pudiera hacer pensar que todos los pacientes, de acuerdo con la etapa grupal que se transite, estarían individualmente en el correspondiente estadio de su tratamiento, incluso en el caso de los grupos abiertos. No es así.

En los grupos abiertos atendidos con nuestra técnica -y, aun en los grupos cerrados- todos los pacientes no evolucionan al unísono y, además, en el tipo abierto no se incorporan a terapia al mismo tiempo. Ello obliga, desde el paradigma de "*lo concreto en terapia*", el cual asumo también como divisa para la modalidad grupal, a considerar por separado el ángulo o dimensión individual del tratamiento en los pacientes atendidos en grupo. Mi terapia es, a un tiempo, **de** y **en** grupo, y este doble carácter se asume conscientemente en ella, cada vez más, a partir del comienzo de su segunda etapa. Es por esta razón que, simultáneamente al estadio en que el grupo esté, consideramos la etapa individual de la terapia en la que se encuentra específicamente cada miembro, de modo de estar en condiciones de compatibilizar orgánicamente ambos aspectos y "acompañar" a cada cual de forma diferenciada, con el propósito de ir acercando cada vez más a todos los integrantes al "momento" en que se encuentra el trabajo grupal. El manejo adecuado de esta aparente contradicción, permite que los pacientes más nuevos se beneficien de los progresos e influencia de los más avanzados en el tratamiento, y que estos últimos puedan beneficiarse también de su interrelación con los más recientemente incorporados, o con los más atrasados de su grupo cerrado, al poder confrontar e identificar en ellos actitudes, prejuicios y comportamientos enfermizos que les fueron propios y que justo ahora están en condiciones de identificar en otros, y de concienciar, generalizar y comenzar a modificar en sí mismos, con el apoyo grupal.

Por demás, mi experiencia de varias décadas trabajando con grupos abiertos en terapia concreta de actitudes me llevó, una y otra vez, a comprobar en la práctica que los pacientes que se incorporaban al grupo cuando este ya se encontraba bien estructurado, alcanzaban rápido a los demás en las capacidades de análisis y mejoraban

en menos tiempo que aquellos que comenzaron justo al constituirse, poniéndose al mismo ritmo de aquellos en su participación en el análisis y en los beneficios de la terapia. Esto me llevó en su oportunidad a enunciar un principio, al cual me referiré a continuación.

En grupos abiertos, cada paciente es dado de alta cuando por consenso grupal se considera está en condiciones de continuar por sí mismo el proceso de crecimiento y estabilidad personales. Unos egresarán primero; otros, después. Todos, cuando el grupo haya alcanzado su segunda o tercera etapa -nada impide que muchos puedan obtener el alta en la segunda, si los objetivos trazados para ellos fueron satisfechos-. En estos grupos, un paciente puede ser incorporado en cualquiera de sus dos primeras etapas, incluso algunos al comienzo de la tercera, mientras la propia dinámica grupal va determinando que se acorte progresivamente el espacio entre los pacientes viejos y los nuevos, en lo referente al tiempo necesario para alcanzar la movilización emocional, el sentido de pertenencia y el *insight*, de modo que los últimos que se incorporan al grupo, rápidamente son asimilados -envueltos y presionados por el clima grupal- a la etapa o estadio en que se encuentra el conjunto, beneficiándose con esta suerte de intensificación del ritmo y de los efectos terapéuticos, que se incrementan según el grupo va ganando en desarrollo, tensión y madurez.

Es por ello que, para los grupos abiertos de terapia concreta de actitudes, he descrito la siguiente regularidad, que enuncio bajo el nombre de *Principio de la relatividad del tiempo de maduración de la eficacia grupal*: "Mientras más gana en estructuración y madurez el trabajo grupal, menos tiempo necesitarán los casos nuevos para ponerse a la par de los antiguos y obtener similares beneficios del tratamiento".

Esto explica en parte cómo, a pesar de que a lo largo de la historia de un grupo abierto se incorporan y egresan numerosos pacientes durante un período indeterminado, al alcanzar aquel su última etapa -si no se admiten nuevos ingresos- en poco tiempo el grupo en su conjunto está en condiciones de arribar a su alta colectiva. Queda a elección del equipo terapéutico, sobre la base de necesidades y conveniencias del servicio, decidir si se mantiene el grupo en tercera etapa por un tiempo mayor, admitiendo entonces a miembros recientemente incorporados (para una especie de "terapia intensiva" al estilo *Castro-López*) o se abstiene de ello y procede a su terminación, tras el consenso de sus integrantes, satisfechos por el cumplimiento de los objetivos trazados. El final llega entonces al grupo como una necesidad interna de su propio desarrollo.

12.7.1 Lo individual en psicoterapia concreta grupal de actitudes

Un paciente en terapia grupal de actitudes sigue siendo una persona individual, con unas características biológicas, psicológicas y sociales únicas e irrepetibles, por más que los problemas analizados en el grupo se parezcan mucho unos a otros y esto favorezca sobremanera su elevadísima potencialidad terapéutica. Se ha de tomar en consideración y llevar a nuestras curas, a un tiempo, los componentes

individuales y propiamente grupales del trabajo de terapia, si es que no queremos pecar de omisos o de dogmáticos en la utilización de los numerosos recursos que la historia de la psicoterapia ha puesto en nuestras manos, tras los aportes de los terapeutas **de** grupo y de los que hacen terapia **en** grupo, a lo largo de muchas décadas. En Cuba hemos tenido buenos exponentes de ambos modelos.

Como ya abundamos en la dimensión grupal, he de referirme ahora brevemente al ángulo individual de la PCGA, pues descansa en los principios señalados para los modelos individuales breve y profundo de nuestra terapia, de acuerdo con el caso en cuestión. Las etapas en la terapia de un paciente en el grupo son:

1. Evaluación diagnóstica sistémico-actitudinal.
2. Análisis e intervención sobre la dinámica y las actitudes.
3. Modificación de actitudes y cambio terapéutico.
4. Evaluación de resultados y terminación del tratamiento.

Primera etapa: Evaluación diagnóstica sistémico-actitudinal

Una vez efectuada la incorporación del paciente al grupo, lo primero es obtener el enganche y su cooperación. De lo demás el grupo se ocupará, si está bien estructurado y en manos de un equipo competente. En esta primera etapa es necesario que el paciente, luego de conocer a los demás integrantes y las reglas de la terapia, haga saber al colectivo, de su propia boca, los motivos que desde su punto de vista le llevaron a terapia y lo que espera de la misma. A diferencia de otras técnicas, todos los miembros deben conocer los problemas de los demás con la finalidad de poder, en su oportunidad, interactuar con propiedad sobre estos.

De modo que el terapeuta debe facilitar en el colectivo un diálogo con el paciente que propicie estas confidencias, haciendo preguntas y, sobre todo, logrando que todos los participantes, de modo activo, hagan sus respectivas pesquisas y solicitud de aclaraciones, con la finalidad de obtener la mayor información posible de las dificultades relacionadas con los motivos de la incorporación del paciente que, de esta manera, comienza a ser evaluado tanto por el terapeuta como por el grupo, lo que desencadena todo un conjunto de procesos grupales. Es importante tener claro que enfocamos este proceso evaluativo como una investigación-acción participativa, en la que el terapeuta coordina mientras paciente y grupo incursionan en el abordaje de una situación conflictiva que entre todos los presentes tienen que resolver, obteniendo a través de ello un cambio en los valores, en los afectos, en la conducta y en la actitud personal hacia los problemas, la vida y la salud. Esa es la Tarea operativa fundamental de nuestro grupo terapéutico, la que solo se logra con "buenas prácticas", respetando los principios científicos que rigen respectivamente una investigación cualitativa, el condicionamiento operante y las reglas del funcionamiento de un grupo operativo ocupado en la terapia de sus propios integrantes.

Hecha esta aclaración introductoria, paso a esbozar algunas características de esta exploración.

El diálogo, evaluativo y terapéutico a la vez, va dirigido inicialmente a identificar la percepción que cada sujeto tiene del evento desencadenante de la crisis que le llevó a terapia, así como los mecanismos de afrontamiento que ha utilizado ante

ello, los rasgos más sobresalientes de su personalidad, así como los recursos personales y socio-ambientales con que cuenta para enfrentar sus problemas.

Ante un sujeto afectado por un problema para el cual no utiliza los recursos adecuados, resulta útil en la exploración inicial tener en cuenta, cual en PBCA, los tres aspectos esenciales allí desarrollados, los que -recordamos- guardan entre sí un vínculo sistémico:

- Percepción del evento (factores del agente agresor).
- Mecanismos de afrontamiento (factores del hospedero).
- Recursos de apoyo social (factores del medio).

La evaluación coherente y global de este complejo de aspectos, luego del trabajo grupal con el paciente a través de varias sesiones, constituye la base informativa para, en su oportunidad, conformar la hipótesis sistémico-actitudinal, producto esperado de la etapa evaluativa y que, entre otros aspectos (clínicos, psicodinámicos, funcionales, semánticos, etc.), integra hipótesis parciales sobre la dinámica de las actitudes del sujeto con respecto:

- al significado del problema que lo aqueja y a su forma de enfrentarlo, en función de sus necesidades,
- a su ajuste al medio ambiente, y
- al valor que adquieren los 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 y retroalimentando el ciclo morbo: *actitud inadecuada–necesidad insatisfecha–distrés–defensas–síntomas–actitud inadecuada*.

De conjunto terapeuta y grupo, se van definiendo los objetivos de la terapia para el paciente concreto, y procurando el desarrollo de la alianza terapéutica tras el establecimiento del *rapport* y de la actitud empática asumida por el grupo.

Lo primero es quedar claros sobre qué tipo de conducta sintomática presenta el sujeto y cuál es su nivel de funcionamiento; entender y tratar de evidenciar el lenguaje del síntoma, porque entonces es altamente probable que el grupo esté en posibilidad real de percibirlo en su momento, abordarlo con posterioridad constructivamente, y descalificarlo cuando ello procede. Tras conocer todos en sentido general, acerca de la conducta sintomática y de la problemática del evaluado (la exploración clínica y la formulación diagnóstica deben ser hechas al paciente por el equipo terapéutico antes de incluirlo en el proceso de terapia), el grupo debe explorar qué aspectos desde el ángulo ecológico están incidiendo negativamente sobre él o no maneja adecuadamente: problemas familiares, amorosos, docentes, laborales, económicos, sociales, de salud, etc. Cuál es su funcionalidad en el ejercicio de sus roles como hijo, como padre, esposo, trabajador, estudiante, ciudadano, etcétera. Sus relaciones interpersonales y afectivas. Qué conflictos de índole

psicodinámica parecen estar presentes. Qué necesidades insatisfechas están en relación con estos conflictos y con sus problemas. Interesa también conocer qué dificultades de comunicación existen. Si esta es funcional o disfuncional. Qué actitudes inmaduras, inadecuadas o enfermizas aparecen relacionadas con la conducta sintomática o están dificultando su recuperación. A más rigidez e inoperancia de las actitudes, más neurótico el enfermo. A más flexibilidad para adecuar sus actitudes a las circunstancias y a las necesidades personales y sociales, más salud mental.

Llega el momento en que el equipo está en condiciones de formular la *hipótesis sistémico-actitudinal*: Cómo explicar la conducta sintomática del paciente a partir de las actitudes inadecuadas que asume habitualmente ante las necesidades y desafíos que se le plantean, tomando en cuenta los factores clínicos, socioeconómicos, ambientales, psicodinámicos, comunicacionales, etc., que interactúan, en su caso, sobre un terreno biológico y cultural específicos. Como la terapia es *concreta*, la evaluación puede llevarnos a trazar estrategias de terapia *breve*, o bien estrategias con objetivos más *profundos*, ajustando siempre recursos y procedimientos a las necesidades y objetivos específicos del caso.

Se está en condiciones, entonces, de poner a prueba la hipótesis formulada, pasando a la segunda etapa, desde la óptica individual de la terapia.

Segunda etapa: Análisis e intervención sobre la dinámica y las actitudes

A la sazón, proceden dos grupos de estrategias, con mayor o menor profundidad:

El primer grupo, destinado a trabajar las distorsiones en la percepción que tiene el paciente acerca de sus problemas, las conductas inadecuadas con que los afronta, y la forma en que utiliza sus recursos personales, familiares y sociales para resolverlos. En las tres direcciones, las actitudes inadecuadas del sujeto desempeñan un papel primordial, y ello debe ser trabajado por el grupo en la terapia.

El segundo grupo de estrategias toma en cuenta cinco aspectos capitales:

- Provocar la toma de conciencia de la relación que guardan con el problema las actitudes asumidas, y lograr la mayor movilización emocional posible al respecto.
- Exacerbar la disonancia entre las actitudes presentes y las exigencias de la realidad para favorecer lo anterior.
- Trabajar sobre la transformación de la secuencia de ideas irracionales y comportamientos impropios involucrados en el problema y elaborar y reforzar las conductas adaptativas que influyan positivamente sobre la satisfacción de las necesidades relacionadas con ello.
- Procurar la corrección de la disfuncionalidad personal, trabajando, junto a las actitudes: el desempeño de los roles, la integridad semántico-comunicacional, los problemas interpersonales, los conflictos psicodinámicos existentes y el ajuste con el ambiente.
- Favorecer el logro del *insight*, la experiencia emocional correctiva, la modificación y refuerzo de conductas, la externización y validación consensual del

proceso de cambios, y procurar la internalización por parte del paciente de un nuevo esquema conceptual referencial operativo respecto a sus formas de afrontamiento.

Referente al *primer grupo de estrategias*, la intervención se focaliza en las tres direcciones básicas mencionadas, sobre lo que no insistiré por haber sido abordado en el capítulo dedicado a la PCBA. Ante cada aspecto central debatido en las sesiones, se conmina a definir y, en lo factible, llevar a vías de conducta, una forma apropiada de afrontamiento. La retroalimentación obtenida pasa a ser objeto de análisis grupal, así como las resistencias a materializar los propósitos comprometidos. El concurso de procedimientos paralelos o subsecuentes de terapia individual o familiar resulta una posibilidad que no debemos excluir, siempre que sea necesario, en interés de mejorar los nexos de comunicación familiar, o de manejar conflictos escabrosos. Nosotros lo utilizamos con frecuencia, 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 y el desarrollo personal, estimulando el carácter proactivo y autorresponsable del enfoque terapéutico.

El *segundo grupo de estrategias*, dirigido a provocar el cambio de actitud, busca obtener cambios cognitivos, afectivos y comportamentales de significación, lo cual procuramos trabajando grupalmente la confrontación, el *insight*, la experiencia emocional correctiva, el modelado y refuerzo de conductas, el análisis psicodinámico, el reentrenamiento relacional y ajuste ecológico, la integración semántico-comunicacional y todo un replanteo del sentido y plan de vida en pos de satisfacer los objetivos trazados. En PCBA y en PCPA hemos explicado cómo hacerlo.

Una vez alcanzada esta etapa de su terapia, el paciente ya experimenta sentimientos de pertenencia al grupo y despliega actitudes de pertinencia y cooperación con este, por lo que es abordable psicodinámicamente, y se le puede presionar mediante confrontaciones, interpretaciones y recursos por el estilo cuando vienen al caso, en busca de experiencias emocionales correctivas y cambios de comportamiento. Puede decirse que el paciente, una vez alcanzada esta etapa, está en correspondencia con la etapa II del estadio grupal.

Tal vez en un momento la etapa en que está el paciente vaya por detrás de la etapa en que está el grupo, o, incluso, que se vaya ligeramente por delante. Esto lo manejará con tacto el equipo, dando a cada cual su *tempo* y acompañándolo en el proceso de ajustarse al momento grupal, ora favoreciendo el liderazgo ocasional de los más adelantados para bien del progreso colectivo, ora ayudando a los morosos o novatos a alcanzar el ritmo grupal. La morfostasis sistémica, con su equifinalidad, sobre cuya base los distintos elementos integrantes de un sistema abierto como este contribuyen al mismo fin con independencia del momento en que se incorporen al funcionamiento del sistema, y el principio de relatividad del tiempo de maduración de la eficacia grupal que ya describimos, nos auxiliarán en esa dirección.

El grupo trabajará intensivamente sobre el paciente a partir de esta etapa, focalizando en la medida en que lo necesite el caso en una serie de acciones que son fundamentales en la terapia de los trastornos neuróticos:

- Acción sobre los rasgos patológicos del carácter.
- Acción sobre los conflictos.
- Acción sobre los mecanismos de defensa.
- Acción sobre la conducta sintomática.
- Acción sobre el ajuste social, los roles, las relaciones interpersonales y el estilo de vida.
- Acción sobre las formas del lenguaje y la comunicación.
- Acción sobre el medio familiar y ambiental.
- Acción sobre la hiperreactividad al estrés.

Cuando el paciente, tras su mejoría clínica, ha alcanzado un cierto nivel de *insight*, obtenido otra percepción de sus problemas, comenzado a modificar las formas inadecuadas de afrontamiento vinculadas con sus problemas, reorientado favorablemente su conducta de relación dentro y fuera del grupo, mostrando disposición a orientar su vida de otra manera, puede decirse que ha comenzado el proceso de modificación de sus actitudes y pasado a la tercera etapa de su terapia.

Tercera etapa: Modificación de actitudes y cambio terapéutico

A este nivel de su evolución en terapia, el paciente ya comenzó el cambio: cambia el significado para sí de sus problemas, su apreciación de la realidad, sus valores, sus motivos, su respuesta emocional, su conducta, sus formas de comunicar y sus actitudes. Pero este no es un proceso simple y mecánico, sino dialéctico, contradictorio. Avanza y retrocede; actúa, ora de acuerdo con la cultura grupal, ora acorde a sus antiguos estereotipos; comunica y se defiende; mejora y, a veces, se angustia; los miedos a la pérdida y los miedos al cambio se manifiestan al tiempo que se hacen ostensibles los progresos. La característica de la etapa es precisamente la del tránsito de un periodo en el que los antiguos valores, motivos de carácter inconsciente, sentimientos conflictivos, conductas y actitudes anacrónicas se cuestionan y debilitan para dar paso a vivencias y comportamientos nuevos, aún no completamente cristalizados, a un período en que estos cambios se consolidan y en el que se asumen plenamente, con la cultura grupal, un nuevo ECRO y nuevas actitudes, que deben ser reforzadas.

Entre los aspectos que caracterizan los logros del paciente en esta etapa se encuentran:

- Toma de conciencia de sus significaciones equívocas.
- Modificación de actitudes y confrontación positiva con la realidad.
- Validación y consolidación del cambio.
- Refuerzo de conductas positivas y desarrollo de potencialidades.
- Maduración y crecimiento de la personalidad.
- Satisfacción de necesidades significativas.
- Mirada al futuro con responsabilidad, más que al pasado.

- Incremento de la independencia y la iniciativa.
- Conformación de un nuevo esquema conceptual referencial operativo.

La reorganización cognitiva (ECRO secundario, nueva visión de sí mismo, de sus problemas y de su conducta, con vistas al futuro) ha de acompañarse del enfrentamiento a la realidad, del reajuste al medio y del desarrollo de las capacidades potenciales, de la solución al problema de cómo satisfacer sus necesidades fundamentales con madurez, del rediseño 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 nuevo plan de vida que, junto al grupo, ha ido forjando, camino hacia metas renovadas. La connotación positiva y el refuerzo de las respuestas positivas, durante y fuera de la sesión, van consolidando las actitudes ya modificadas y ayudando a experimentar seguridad, mientras el grupo 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 consecuentes con las metas grupales e individuales trazadas.

A medida que el análisis grupal 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. Este fenómeno facilita la asociación interna entre las concientizaciones parciales que se han ido produciendo durante las sesiones y la afectividad que les corresponde; la unión de lo que ha estado desfasado en los procesos nerviosos por haber sido condicionados en distrés neurofisiológico al momento de su percepción, como ya hemos señalado.

Las sucesivas experiencias emocionales correctivas, la validación consensual, la interpretación y el *insight*, propician la reconocimiento, la reelaboración consciente de lo que se dio en rudimentos en el pasado asociado con la angustia -incapacitado el sujeto, en aquel entonces, para integrarlo como experiencia consciente, relegándolo a la memorización inconsciente del distrés-. El uso apropiado de estos y otros recursos terapéuticos, que vimos en la PCPA, va posibilitando la apertura a nuevas significaciones, las cuales sustituyen a las arcaicas; y a nuevas actitudes, que entraron en disonancia con los viejos condicionamientos.

A lo largo de todo el tratamiento, de acuerdo con la estrategia de alianza terapéutica, nos apoyamos en los propios recursos del paciente, en las partes sanas de su personalidad y en el aprovechamiento de sus potencialidades. En esta etapa superior de su proceso de cura, esta dirección estratégica alcanza un papel más elevado en la medida en que se desarrollen capacidades, disminuya la inseguridad, crezca la personalidad, surjan nuevas motivaciones y se vayan satisfaciendo de modo más maduro necesidades significativas que aparecían bloqueadas por limitaciones ahora superadas. A su vez, al promover progresivamente la autonomía y la responsabilidad personal por el tratamiento y por su futuro, se va preparando al paciente para el alta.

Cuando el paciente lleva espontáneamente afuera del grupo, como suyo, lo aprendido en terapia, externizando el cambio, mientras el progreso clínico y el ajuste social se consolidan, ha entrado en su cuarta etapa de terapia.

Cuarta etapa: Evaluación de resultados y terminación del tratamiento

Objetivos

- Evaluar los resultados alcanzados.
- Concretar las metas, compromisos y responsabilidades.
- Hacer las recomendaciones para el trabajo independiente.

Habiéndose cumplido los objetivos del anterior estadio, el paciente llegó al final de su terapia. Grupo e interesado 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. Qué fue lo que aprendió en el grupo; cuál la moraleja acerca de sus problemas y cuáles sus recomendaciones a los demás, en general, basadas en su experiencia. También se le solicitará se refiera a los proyectos que alberga para su futuro. El terapeuta le ayudará en caso necesario con los recursos del esclarecimiento y el refuerzo, fundamentalmente, pero no reabrirá la terapia.

Producto de este diálogo entre muchos, 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 que sean abordados de forma general los planes en los que concentrará sus empeños, sin que vuelvan a ser considerados temas que ya se discutieron y para los que está en condiciones de tomar sus propias decisiones. El terapeuta reconocerá los esfuerzos realizados en el tratamiento y los recursos de la personalidad más valiosos del sujeto, connotando positivamente las insuficiencias en lo alcanzado. Hará énfasis en lo que el grupo ha aprendido del paciente, precisando las enseñanzas que a propósito del caso puedan ser útiles a todos. Debe quedar claro que la relación de ayuda ha terminado y que, en lo adelante, la persona será capaz de resolver los problemas por sí misma, sin necesidad de solicitar ayuda por problemas similares.

La despedida por parte del grupo debe ser afectuosa, expresando de forma convincente la seguridad de que quien sale así enriquecido como personalidad de la terapia, tiene todas las condiciones necesarias para salir adelante en el futuro, con autonomía y asertividad.

12.8 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 -cual 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 lo tanto, entre las cualidades que requiere, está el 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, al científico en sus ansias de superación, 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 (1998)* 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.

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 sí mismos lo que el buen maestro debe enseñar.

En cuanto a las funciones del terapeuta grupal, aceptamos con plena satisfacción las que nos presentan *Kaplan y Sadock (1985)* 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.

12.9 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 tener 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 de personalidad, 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 tanto 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 entonces 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. Aclaremos que, algunas de ellas, no son válidas para otros modelos de terapia u otro tipo de pacientes: niños, psicóticos, sujetos muy desvalidos, por ejemplo.

Reglas que se debe cumplir en psicoterapia grupal de actitudes

- No aconsejar
- No estimular el desarrollo de transferencias hacia el terapeuta
- No alimentar dependencias
- No identificarse contratransferencialmente con algún paciente
- No permitir la formalización de 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 extragrupales con pacientes en terapia, fuera de las estrictamente terapéuticas y de convivencia social
- No consentir reuniones entre los pacientes fuera de la sesión, salvo las excepciones aprobadas por todo el grupo
- No aceptar confidencias individuales si no es con la condición previa de que, como norma, el terapeuta está en libertad de llevarlas al grupo si lo estima conveniente
- No comentar de los miembros ausentes, salvo para conocer sobre los eventuales motivos de la ausencia a la sesión
- No permitir llegadas tarde ni ausencias injustificadas
- No dirigir sino facilitar

PSICOTERAPIA FAMILIAR

13.1 Introducción

La familia es la 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 espirituales de cada uno de sus miembros, en estrecha dependencia recíproca. Cuando funciona bien este sistema y cumple sus objetivos biológicos y psicosociales, todos estarán satisfechos. Cuando uno o más de sus componentes ven frustrada en la familia la satisfacción de alguna de las necesidades significativas que ella está llamada a facilitar, aparecen emociones negativas y, como respuesta, pueden desarrollar actitudes y conductas que, en su interacción con los demás, contribuyen a incrementar la tensión en el sistema; es decir, complican o dificultan la comunicación y, con esto, provocan el malestar y, quizás, la disfuncionalidad 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 vulnerables, frágiles ante el estrés o predispuestos genéticamente, 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 contrario, inculpar a los enfermos por los problemas de la familia. Pero este enfoque energetista tiene un punto débil, que es la "sociogenetización" de la categoría enfermedad y la disolución del concepto integral de enfermedad mental como categoría resultante de una síntesis psicosociobiológica, 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 en la forma 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 seres biológicos concretos, 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 en la cual, repetimos, lo biológico y lo psicológico están subordinados 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 relaciones entre sus componentes que pongan en peligro la consecución de los objetivos que lo mantienen como tal, el problema tiende a ser eliminado por ajustes internos en la propia dinámica, o puede producirse la desorganización, la reestructuración o la ruptura de todo el sistema. Entonces, aparecen presiones internas que compulsan a los integrantes en sentido centrífugo o centrípeto (hablando en sentido figurado), que tiran emocionalmente de cada uno en diferentes direcciones y con disímiles fuerzas. Esto hace posible la fractura de aquellos componentes biológicamente frágiles, 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 y conflictos psicosociales traumáticos que podemos observar, violentan la capacidad de equilibrio psicobiológico individual, por un exceso de tensión emocional y estrés. En tal caso, al "salirse" determinados miembros del control de los mecanismos de autorregulación del propio sistema, si esto quiebra la integridad biológica del sujeto -y personológico también, en el caso del trastorno mental- hay posibilidad de enfermedad. Cuando hay problemas psíquicos 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 presente, está indicada la terapia familiar.

13.2 Concepto

Es la aplicación de la interacción psicológica por parte de un profesional o 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; en nuestra técnica específica, haciendo uso sistemático del análisis y la modificación de las actitudes inapropiadas al cumplimiento de las funciones y a la satisfacción de las necesidades familiares.

No debemos confundir la psicoterapia con la llamada en nuestro medio "dinámica de familia" que consiste en la interacción psicológica calificada con los miembros de una familia para obtener objetivos educativos o psicológicos, y no precisamente una acción terapéutica específica, aunque esto pueda repercutir de forma indirecta en el bienestar y la salud de la persona o la familia. Tal es el caso del consejo o asesoría familiar, por ejemplo. En la terapia de familia, como en toda psicoterapia, se aborda específicamente el proceso salud-enfermedad. En relación con ello, cabe nuevamente la precisión conceptual de que el sujeto de la terapia no es una familia "enferma", sino aquella desajustada o disfuncional en cuyo seno hay personas enfermas o en riesgo de estarlo, y que se pueden beneficiar en su salud con la atención al sistema familiar. Los pacientes son, entonces, aquellos de sus miembros cuyo equilibrio interno, biológico o personológico 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 situaciones, 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 (*Clavijo, 1981*). 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 y, en nuestro caso, 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 de enfermos mentales de larga evolución, a través de encuentros didácticos o participativos en los 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. El objetivo no es tratar la disfuncionalidad familiar sino propiciar la participación del núcleo de convivientes en el apoyo a la recuperación y la rehabilitación del familiar enfermo. En esta modalidad se puede agrupar a varias familias y a más de un equipo terapéutico, con la participación de los pacientes o sin ellos, siendo 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 (*Slipp, 1998*), trabajando el caso con sus parientes allegados, haciendo 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 son las corrientes "histórica" y "dinámico-sistémica", algunos de cuyos componentes más connotados son *Ivan Boszordmenyi-Nagy (1973)* y *Murray Bowen (1989)*, respectivamente.

En el medio latinoamericano, particularmente en Argentina, un grupo de colegas de adscripción freudomarxista, fuertemente influidos por *Pichón-Rivière*, 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 (*Patterson, 1980*), así como la de las relaciones interpersonales (*Markowitz y Weissman, 2006*) y la gestáltica (*Perls, 1976*), dentro del grupo de las que *Lynn Hoffmann (1987)* ha llamado "terapias interpersonales". Con esta autora, aceptamos la clasificación de las más importantes corrientes contemporáneas de terapia familiar, agrupándolas -además de las psicoanalíticas, comportamentales e interpersonales señaladas- en terapias de enfoque histórico, ecológico, estructural,

estratégico y sistémico-cibernético, así como aquellas de corte integrativo, como es el caso de las cognitivo-conductuales y, en nuestro medio, de la terapia familiar "dinámico-sistémico-integrativa", preconizada por *Raymundo Macías*, y la "terapia concreta familiar de actitudes" (PCFA), cuyas particularidades desarrollamos en este libro. Las terapias familiares pueden ser breves o prolongadas ("profundas") de acuerdo con la complejidad de su técnica y el alcance de sus objetivos.

13.4 Figuras paradigmáticas y modelos en terapia familiar

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 Boszormendyi-Nagy*, *Braulio Montalvo*, *David Kaplan*, *Harry Aponte*, *Raymundo Macías*, *Mara Selvini*, *Bateson*, *Auerswald*, *Madanes*, *Weackland*, *Fish*, *Andolfi*, *Kaufman*, *Hirsch*, *Byng-Hall*, *Patterson*, *Robin Skinner* y *Murray Bowen*, por solo mencionar algunas de las más distinguidas, abrieron 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 la apreciación integral de las ciencias de la salud. La psicoterapia familiar será un instrumento imprescindible en manos del médico y el enfermero o enfermera de familia, el geriatra, el trabajador social, el rehabilitador, el psicopedagogo, el defectólogo, 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 abordaje individual clásico, en el cual buena parte de los profesionales hemos sido formados. Se impone un arduo trabajo de revisión curricular y capacitación en este sentido.

Respetando la síntesis histórica aportada por *Hoffman (opus cit.)* diremos que, de *Virginia Satir (1989)* 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.

Ackerman (1966) 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 son expresión su creativo uso del humor, de la provocación; el manejo del ingenio y de su propio encanto personal.

Whitaker (1975), 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 establecer 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*" (sic).

De Milton Erickson (1969) 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 Erickson 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 de un evento para la actitud que se asuma ante él, con las consecuencias de todo tipo que de ello se puedan derivar.

Don Jackson (1968) 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.

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 (Prest et al., 1998), los conceptos de "triangulación", "desenredo", "diferenciación", "escultura familiar", entre otros aspectos del mayor interés desarrollados por estas escuelas en su ya larga evolución, que estudiamos en los capítulos dedicados a las terapias individual y grupal, muchos de los cuales son aplicables a la terapia familiar.

Del modelo ecológico, representado primariamente por Auerswald (1968), discípulo de Minuchin, y por Aponte, tenemos el aporte de un enfoque holístico de la problemática familiar, considerada 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, con enfoque de familia, 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 atención a la urgencia familiar y de intervención en crisis derivadas de esta corriente- en 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. Para este modelo el síntoma es expresión de la disfuncionalidad del sistema familiar; si la organización familiar se acerca a la funcionalidad, expresión del comportamiento de acuerdo a la norma, el síntoma desaparecerá. Para *Minuchin* 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 con éxito en el campo de la terapia familiar.

El *modelo estratégico*, variedad sistémica acuñada por *Jay Haley* (1969) y asociada al trabajo de *Weakland, Watzlawick y Fish* 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 desenmarañar el misterio del síntoma, detrás de las secuencias comunicacionales autorreforzadoras 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 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, obligando 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". *Haley* centra su teoría en el control permanente del poder en la comunicación por parte del terapeuta para compulsar el cambio. 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 -tras la nueva percepción del contexto- las secuencias relacionales involucradas.

El *modelo sistémico-cibernético*, representado por los "Asociados de Milán", como se autotitulan, con *Mara Selvini Palazzoli* (1978) 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, dentro de su concepción comunicacional de la terapia. Toman la epistemología cibernética del grupo de *Bateson* (1976) y, a partir de *Paradoja y contraparadoja*, obra emblemática de *Selvini Palazzoli*, 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 en la propia sesión 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.

Aprender 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 solo 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-cibernético sea la elaboración y utilización pragmática de una hipótesis *ad hoc*, que explique la conducta sintomática de modo que, en dicha hipótesis, articulen todos los componentes actuantes en una visión holística del problema: *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, 1987*).

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, *Selvini* hace énfasis en la neutralidad terapéutica, dada por su actitud (*señalo yo*) 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** (*palabra suya pero subrayado mío*) 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" (sic).

Por último, su particular manejo de la resistencia -a manera de expertos en judo que utilizan 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.

Hoy día es difícil encontrar un buen terapeuta estructural, ecológico y, por supuesto, estratégico o cibernético, que no aborde con enfoque sistémico sus estrategias de tratamiento. Otro tanto ocurre con modalidades psicodinámicas e interpersonales actuales, altamente permeadas por ello.

Del medio latinoamericano, con gran influencia de las escuelas sistémicas y una notable asimilación creativa de los aportes de las corrientes psicodinámicas, en particular de la obra de *Fromm, Raymundo Macías (1978)* 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, intrapersonales 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, así como con un enfoque metodológico consecuente en el abordaje de las ciencias del comportamiento. En Cuba, *Cristóbal Martínez (2001)* es un sobresaliente y creativo continuador de sus enseñanzas, que ha sabido adecuar a nuestro contexto. De ellos tomo el patrón fundamental para el desarrollo de la técnica de terapia familiar de actitudes que propongo al lector.

13.5 Hacia una psicoterapia familiar integral

El tratamiento que requiere una familia depende de sus necesidades, su grado de funcionalidad, motivación para el cambio y capacidad de respuesta. El que le brindamos, depende de lo que esta requiera, pero también de lo que estamos nosotros en posibilidad y capacidad de ofrecer, de acuerdo con factores del medio, la formación del terapeuta y el nivel de sus conocimientos y habilidades. Por eso es impermisible que nos capacitemos únicamente en una 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 de las técnicas a aplicar y no dogmatismos 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 en cuenta lo mejor de cada aporte que sea aplicable, con tal que ello sea coherente y científicamente válido, capaz de satisfacer los objetivos trazados.

La terapia será más breve o prolongada, más frecuente o espaciada, tendrá más elementos dinámicos o conductuales, ecológicos o comunicacionales en dependencia del diagnóstico y de las características concretas de la familia. Es la evaluación sistémica de los componentes estructurales, funcionales, psicodinámicos, ecológicos, actitudinales y semántico-comunicacionales 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 escogamos pragmáticamente un modelo u otro de acuerdo con el caso. Nada más alejado de lo que queremos expresar. Lo que hacemos es, aplicando el enfoque de complejidad (*Nicolis y Prigogine, 1987*), incorporar al modelo de psicoterapia concreta, la cual descansa fundamentalmente en el estudio y manejo de las actitudes inadecuadas involucradas en el drama familiar específico, determinados recursos tomados críticamente 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 sistémica familiar.

No es lo mismo diseñar estrategias de intervención para cada problema, que aplicar una terapia estratégica a lo *Haley*; entender y tratar a la familia como sistema, que hacer terapia cibernética; tomar en consideración los problemas estructurales que hacen disfuncional una familia e inciden en sus dificultades, que practicar terapia estructural; apreciar y manejar los aspectos psicodinámicos que la afectan, que hacer psicoanálisis familiar. 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 ha contribuido a lo largo de la historia a desarrollar procedimientos útiles para trabajar con tales facetas específicas; recursos técnicos que podemos utilizar con sentido crítico sin comprometernos con los postulados teóricos generales de esas escuelas, lo que debemos ser capaces de justipreciar y filtrar, en nuestra comprensión integrativa, científica, abierta y no dogmática de la terapia.

La psicoterapia concreta familiar 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, la funcionabilidad y el movimiento evolutivo de la familia hacia el cumplimiento de su finalidad. Por esta razón un modelo terapéutico que se apoye en el manejo de las actitudes está en condiciones de incursionar en cualquiera 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 de algún modo por el papel de la actitud. Apreciamos anteriormente su papel en terapia individual y grupal. Veamos ahora cómo las tomamos en consideración, cual elemento central, en la modalidad de terapia familiar que en este capítulo ponemos a su consideración.

13.6 Psicoterapia concreta familiar de actitudes

Es -como decíamos- la modalidad de terapia en la cual 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 recursos para ser congruentes con un enfoque integral del tratamiento y con su eficacia en la intervención sobre las actitudes inadecuadas y otros factores involucrados en el problema familiar.

En esta técnica, el elemento motivador básico está dado por los valores afectivos presentes en la familia, y el elemento fundamental para el progreso de la comunicación terapéutica y de sus resultados, por el manejo técnico intensivo de las actitudes y su relación con las significaciones, sentimientos y pautas de conducta problemáticos, entre otros aspectos.

Hemos de estar conscientes de que la dramática social se refleja en los problemas de la familia a través del prisma de las actitudes asumidas, de manera que su reacción ante los eventos vitales capaces de ponerla en crisis, o la conflictualidad propia de su desarrollo interno, reproducen en actitudes, cada uno a su modo, el lenguaje contradictorio de su tiempo. Son precisamente las actitudes que se asumen por el grupo familiar las que refractan esa influencia, de un modo peculiar e irrepetible para cada conjunto y para cada persona dentro de él. 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; léase, en coherencia con las tendencias al desarrollo del ecosistema natural y social del cual esa familia forma parte.

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; al igual que considera las particularidades del *substratum* biológico en que se sustenta el problema de salud que presenta la familia, y la repercusión de las relaciones familiares sobre dicho *substratum*.

Nuestro modelo de terapia pretende aprehender el sentido y significado del acontecer familiar, leyendo en el movimiento de las relaciones microsociales y macrosociales de las cuales la familia, con sus actitudes características, 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 activo, conocedor de su papel. La brújula del psicoterapeuta es, pues, el rastreo de las actitudes familiares y su sentido.

En capítulos 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 del grupo, lo que le permite incidir sobre el síntoma y sobre 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, Miasishev, Uznadzé, Bassin, Sullivan, Politzer, Béquart y Muldworf, 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, junto a *Armando Bauleo*, ese brillante maestro de las relaciones humanas y la psicoterapia que es *Raymundo Macías*, mentor indiscutido de los terapeutas familiares cubanos. A *Córdova (1979)*, *Bonnafé (1965)*, *Juan Gervasio Paz (1975)*, *Certcov (1984)*, *Barrientos (1988)* y la Escuela Cubana, debo la incorporación del enfoque social a mi concepción de la psiquiatría y la psicoterapia.

13.7 Técnica de la psicoterapia concreta familiar de actitudes

El objetivo central de la PCFA es la modificación de aquellas actitudes vinculadas a significados, motivos, sentimientos y pautas de conducta que *provocan, intervienen, mantienen y/o refuerzan* el problema de los pacientes y de la familia.

Quien trabaja con familias topa siempre con una pregunta: ¿qué problemas tiene esta familia? No es lo mismo un brote esquizofrénico en el único hijo, que una crisis familiar ante la inminencia de un divorcio, o la desviación de conducta de un adolescente atrapado en el laberinto de la droga o atormentado por conflictos de autoridad con el papá. No podemos dar a todos de la misma medicina, ni pretender que los mecanismos involucrados en una disfunción familiar, respondan todos a causas similares. Es preciso, para trabajar científicamente, evaluar a la familia exhaustiva y consecuentemente.

Evaluación familiar

El problema familiar puede ser consecuencia de dificultades en la estructura de la familia, de incumplimiento en sus funciones, de quebrantamiento ante embates sociales o daños biológicos, de perturbaciones psicodinámicas o dificultades en la comunicación entre sus miembros. Podemos entender o no el lenguaje del síntoma, según se trate de artificios de conducta en busca de ganancias en un contexto sistémico que puede hacerlo evidente, o de claudicaciones mórbidas de un sujeto ante el estrés, entre muchas otras posibilidades. ¿Cuál es el trastorno *específico* presente en esta familia? La respuesta la ofrece una exhaustiva evaluación del problema familiar.

La atención que requiere una familia depende de sus necesidades particulares. Los objetivos terapéuticos variarán en dependencia de la evaluación del tipo de problemas que presenta, de los factores asociados a las necesidades, problemas y síntomas presentes, lo que nos ha de llevar a seleccionar recursos de uno u otro tipo al decidir estrategias de intervención *ad hoc* de carácter breve o prolongado. A ello nos referiremos más adelante.

Conviene tener en claro varios aspectos:

- La *percepción del problema familiar* por parte de sus diferentes miembros y el grado de involucración de cada cual en ello.
- Los *sentimientos de malestar* de la familia en relación con las *necesidades insatisfechas*, que han de ser identificadas, y con la percepción acerca de la contribución de cada uno para que existan ese malestar y esa insatisfacción.
- Las particularidades de la comunicación familiar y las *formas de comunicación y defensa* más típicas en el intercambio familiar en situación de tensión, sus respectivos sistemas de representar la realidad, modelarla e interpretar sus relaciones e intereses; las malformaciones semánticas en los significados de lo que acontece, ideas irracionales y malos entendidos interpersonales por el empleo de canales diferentes u otras formas inapropiadas de comunicación entre ellos.
- El *diagnóstico clínico* de quienes estuvieren afectados, valorando cómo se inserta y repercute este trastorno en la interacción familiar, cómo influye la familia en que se hagan presentes los síntomas y qué hacen ante ellos, cómo y cuándo éstos mejoran o empeoran.
- Las *actitudes y pautas de comportamiento* más características que aparecen en el eventual "juego patológico" o "danza" de la familia, y que se relacionan con la aparición, mantenimiento y refuerzo de la conducta sintomática, o con la evitación del afrontamiento asertivo a sus dificultades.
- Qué intentos de dar *solución al problema* han realizado, quiénes y cómo lo han hecho, qué *resultados* han obtenido, qué ayuda y qué obstáculos ha aportado cada cual a esos intentos.
- La organización estructural y psicodinámica del núcleo, pasando revista a las fundamentales categorías de la *estructura y dinámica* de la familia, al cumplimiento de sus *funciones*, valorando la *funcionalidad* o disfuncionalidad del sistema familiar.
- Los *factores ecológicos*, naturales y sociales, del ambiente interno y externo a la familia que inciden en el problema, o pudieran ser utilizados en la terapia.
- Los *organizadores* del comportamiento familiar de tipo psicológicos, económicos, semántico-comunicacionales, educacionales, socioculturales, ideológicos o de otra índole que están detrás de las actitudes que asumen los miembros de la familia, vinculados a las necesidades y motivaciones involucradas en el *problema familiar*.¹

Cuando ya se ha logrado identificar con la familia aquellos elementos involucrados en el problema, corresponde profundizar en ello mediante el análisis sistémico de las relaciones internas entre los diferentes aspectos apuntados, hasta integrar una *hipótesis sistémico-actitudinal*, imprescindible instrumento de trabajo para promover el cambio.

¹ Recordamos que "problema", en terapia de actitudes, son aquellas actitudes de los miembros de una familia que entorpecen la satisfacción de las necesidades de otros miembros, o las suyas propias, que dificultan el cumplimiento de las funciones que corresponde ejercer al núcleo familiar, y que provocan, mantienen o refuerzan los conflictos y comportamientos sintomáticos presentes en su seno (Nota del autor).

La hipótesis sistémico-actitudinal resulta de la formulación interior, por parte del terapeuta, de su percepción acerca de cuáles son las secuencias actitudinales, patrones de conducta familiar y pautas de comunicación que dan sentido a la conducta sintomática que aqueja la familia, y que constituye la explicación apriorística general sobre cómo determinados factores organizadores, apuntados previamente, están involucrados en el problema, y sobre cuál es la relación interna entre ellos, las actitudes y la conducta sintomática.

Esta hipótesis, como posibilidad coherente, pasa a ser un instrumento teórico operacional que ha de someterse a la prueba de la práctica, en el proceso de investigación-acción participativa donde son coprotagonistas el equipo terapéutico y la familia. Modelo apriorístico orientador acerca de una probable realidad que, mediante intervenciones e intercambios sucesivos, va siendo progresivamente validado, en la medida en que el trabajo psicoterapéutico le vaya confirmando o modificando.

Hipótesis sistémico-actitudinal

Cómo explicar la conducta sintomática a partir de las actitudes inadecuadas que asumen los miembros de la familia, tomando en cuenta la participación de factores u "organizadores" diversos, que interactúan sobre un terreno biológico y una red de relaciones interpersonales y sociales específicas.

Aspectos sobre los que se ha de profundizar en el estudio de una familia

- Sentimientos y afectos involucrados.
- Percepción del problema familiar.
- Mecanismos de afrontamiento.
- Necesidades y su relación con las actitudes.
- Procesos semánticos y de la comunicación.
- Integración estructural.
- Integración funcional.
- Integración psicodinámica.
- Integración ecológica y empleo de la red de apoyo.
- Conductas secuenciales en que aparece el síntoma.
- Síntomas propiamente dichos.
- Procesos de refuerzo.
- Relación sistémica actitud-problema-síntoma-actitud.

La importancia de esta relación, crucial en la terapia, radica en el valor que en ella tiene el que la familia interiorice, en una experiencia totalizadora, cómo sus síntomas son una expresión de su problema y este, resultado de secuencias de actitudes y conductas que han devenido reglas y pautas de comportamiento familiar.

inapropiadas, las cuales entorpecen la satisfacción de necesidades esenciales que, a su vez, determinan formas de afrontamiento ineficaces, lo que produce sentimientos de malestar y actitudes de respuesta interpersonal negativas, retroalimentando así el problema y a los síntomas primarios y secundarios presentes. Al hacer esto, estamos accediendo al centro mismo de la función de la hipótesis sistémico-actitudinal, a su potencialidad para orientar la terapéutica.

La familia debe *sentir* y *comprender* que el mayor problema que tiene no es precisamente el síntoma -que, a veces, es parte de un intento equívoco y desesperado de solución- sino las necesidades que no están satisfaciendo y que dependen de ellos mismos; las funciones que no están cumpliendo y les corresponden; las actitudes que están facilitando los síntomas, desprendidos de su estado de malestar y de la insatisfacción de aquellas necesidades que les son esenciales, las cuales tienen que manejarse de otro modo; las reglas y mitos poco afortunados que gobiernan el sistema familiar, y que deben ser cambiados; las formas de comunicación inapropiadas, ideas irracionales y malformaciones semánticas (distorsiones, sustituciones y generalizaciones erróneas) en la modelación individual y grupal de su realidad, que están detrás del diálogo de sordos familiar; así como la perturbación de la relación esencial de la familia con su mundo natural y social de la cual es reflejo, a su modo, la crisis familiar que les llevó a terapia.

La elección de las estrategias correctas deberá depender más de las necesidades derivadas de la problemática identificada que de cualquier consideración preconcebida por preferencias individuales. El terapeuta ha de estar preparado para abordar las curas en las formas más diversas sin que los dogmas o el desconocimiento priven al paciente, la pareja o la familia, de los beneficios del tipo de terapia a la que tienen derecho, de acuerdo con la evaluación rigurosa de sus peculiaridades.

Entiéndase que, ni con mucho, todos los aspectos esbozados aquí han de ser utilizados en el tratamiento de una familia. Cual traje cortado a la medida, emplearemos específicamente aquellos que respondan a la evaluación del problema concreto de esa familia. Es por esa razón que la evaluación y abordaje terapéutico con enfoque integrativo y de modificación de las actitudes, constituye un proceder particularmente útil en manos del médico de la familia y del equipo de salud mental.

Nuestra terapia familiar descansa en cuatro "momentos" esenciales:

1. Definición del "problema" de la familia.
2. Lo concreto en terapia
3. Diagnóstico sistémico-actitudinal.
4. Manejo y modificación de las actitudes.

Modalidades de la PCFA

Dado que el problema básico son las actitudes disfuncionales y que el diagnóstico sistémico-actitudinal nos lleva a formular una hipótesis acerca de la forma concreta, específica, en que las actitudes asumidas por la familia la están perjudicando, ello permite concertar y aplicar, de consuno con los interesados y a tono con el método científico, estrategias basadas en el manejo y modificación de aquellas,

llamadas a probar o a cuestionar dicha hipótesis. El cambio de la conducta sintomática de la familia hacia la funcionalidad y la salud será el criterio último de la verdad.

No todas las familias necesitadas y demandantes de ayuda presentan el mismo nivel de disfuncionalidad, ni en todas sus actitudes presentan igual grado de compromiso con las dificultades presentes. Es por ello que la PCFA está indicada cuando existen actitudes inadecuadas, no adaptativas, involucradas en el conjunto de síntomas presentes en la familia. Y es por ello, también, que hemos desarrollado dos modalidades de PCFA: la breve (PCFA-B), y la profunda o prolongada (PCFA -P).

La modalidad breve es de elección en familias consideradas como aceptablemente "normales" en su historia previa, cuando estas asumen actitudes inadecuadas frente a un evento crítico interno o externo que perturba su armonía o bienestar, determinando modos disfuncionales de intercambio y afrontamiento, manifestándose clínicamente -la mayor parte de las veces- con trastornos de adaptación en su seno. Ella busca recuperar el ajuste familiar perdido mediante el cambio de sus actitudes hacia la valoración y el abordaje del evento y sus consecuencias mórbidas.

La profunda o prolongada, indicada en familias disfuncionales, pretende la obtención de funcionalidad mediante la modificación de las actitudes entorpecedoras del cumplimiento de las funciones básicas y de la satisfacción de las necesidades de la familia, así como la corrección, al máximo de lo posible, de los factores históricos que afectaron el adecuado desenvolvimiento familiar. En ella las actitudes son la base para entender y modificar la disfuncionalidad y la dinámica afectiva que está detrás del comportamiento sintomático, así como el resorte estratégico para la modificación de las secuencias con ductuales que dan sentido y alimentan los síntomas.

Psicoterapia familiar de actitudes. Diferencia esencial

- Modalidad breve: Busca el ajuste familiar ante descompensación por un evento crítico, mediante el manejo de las actitudes frente al mismo.
- Modalidad profunda o prolongada: Obtención de la funcionalidad familiar mediante la modificación de las actitudes inadecuadas al cumplimiento de las funciones básicas de la familia, y la corrección de los factores que provocan la disfuncionalidad.

13.8 Psicoterapia concreta familiar de actitudes, breve

Cuando la evaluación de la familia nos lleve a acometer el proceso de terapia de acuerdo con estrategias intensivas breves, trabajaremos de conjunto y con el protagonismo de ella en correspondencia con los objetivos, etapas y procedimientos que pasamos a describir.

Objetivos

- Disminución o desaparición de los síntomas.
- Incremento de la capacidad de satisfacer necesidades.
- Ampliación del conocimiento del problema familiar.
- Ajuste emocional de los miembros más frágiles.
- Cambio de actitudes.
- Desarrollo de conductas favorables al ajuste familiar.
- Mejoramiento de las relaciones interpersonales.
- Mejoramiento de la comunicación.
- Adaptación constructiva al medio.

Etapas

- Evaluación diagnóstico-actitudinal.
- Intervención intensiva sobre la dinámica familiar y las actitudes.
- Evaluación de resultados y terminación del tratamiento.

13.8.1 Primera etapa: evaluación diagnóstica, definición de objetivos y contrato terapéutico

Objetivos de la *primera entrevista* familiar

- Establecer *rapport* con todos los miembros del grupo familiar.
- Identificar cuál es el "problema familiar".
- Concretar la impresión diagnóstica del paciente identificado y del aparente grado de funcionalidad familiar.
- Obtener el enganche de todos los presentes.
- Lograr que todos los participantes expresen libremente sus ideas.

Objetivos de la *segunda entrevista* familiar

- Cultivar el *rapport* y la empatía.
- Comenzar la ventilación de sentimientos.
- Continuar interrogando sobre necesidades insatisfechas y percepción del problema.
- Propiciar la iniciativa de la familia.
- Entrar a profundizar en un tema específico.

Objetivos de la *tercera y demás entrevistas*

- Reforzar el *rapport* y la relación empática.
- Concluir la evaluación sistémico-actitudinal.
- Lograr el dominio de las actitudes y las necesidades afectadas.
- Formular la hipótesis sistémico-actitudinal.
- Definir la estrategia que se va a seguir.
- Establecer el contrato terapéutico con la familia.

Evaluación actitudinal

A la hora de explorar el papel de las actitudes se deberá evaluar:

- Las actitudes que dificultan las relaciones interpersonales.
- Las actitudes que provocan el problema.

- Las actitudes que tienden a mantenerlo.
- Las actitudes que se asumen para resolver el problema, pero lo complican.
- Las actitudes existentes que pueden ayudar en la terapia.

¿Qué cambia con la actitud?

La predisposición a *percibir* lo que sucede

La predisposición a *interpretar* lo ocurrido

La predisposición a *pensar* acerca de ello

La predisposición a brindar una *respuesta emocional* en relación con lo acaecido

La predisposición a *afrontar lo sucedido* de una manera determinada

El estado funcional del sistema nervioso: su modo biológico de ser, lo cual incide en lo personológico y en lo conductual

Elementos que deben ser valorados

Del problema familiar:

- Los hechos, su valor asumido y real.
- Su significado personal y familiar de acuerdo con:
 - experiencia anterior y contexto actual.
 - intensidad y tiempo de exposición.
 - actitudes ante la significación del problema.

De la persona y la familia:

- Personalidades, resiliencia y vulnerabilidad.
- Diagnóstico y formas de conducta habitual.
- Actitudes, defensas y conductas de afrontamiento.
- Utilización de recursos propios y de su medio: red de apoyo social.

Procedimientos

- Establecimiento de la *relación empática* con cada uno de los miembros.
- Conocer la versión de cada uno sobre el «problema».
- Evidenciar lo que cada cual va sintiendo acerca de lo que los otros definen como el problema.
- Identificar cómo el problema afecta a cada uno de ellos y *cómo lo perciben y afrontan*.
- Conocer la historia del problema familiar.
- Identificar las *necesidades insatisfechas* de cada uno en relación con cada uno de los demás.
- Identificar los conflictos presentes y su relación con la insatisfacción de necesidades recíprocas.
- Lograr que cada cual identifique las necesidades del otro que dependen de él y cómo esto afecta su afectividad y sus relaciones mutuas.
- Lograr que cada cual pida a los demás lo que necesita de cada uno de ellos y que se comprometa a satisfacer lo que cada uno de los demás necesita de él.

- Identificar los intentos de solución del "problema" por parte de la familia.
- Evaluar los resultados de los intentos "frustres" de solución.
- Conocer y destacar los *recursos existentes* y los momentos positivos utilizados en el pasado por la familia en busca de soluciones a diferentes problemas.
- Definir el diagnóstico sistémico, por aspectos
- Evaluar el nivel de *disfuncionalidad* presente, y su origen.
- Formular la hipótesis sistémico-actitudinal.
- Identificar los objetivos terapéuticos y las estrategias de intervención.
- Definir la modalidad de terapia que se va a emplear: terapia breve vs. terapia profunda.
- Establecer el contrato terapéutico y consolidar el "enganche".
- Lograr voluntad de cambio en cada uno y canalizar esa voluntad en *tareas concretas*.

El terapeuta ha de procurar reunirse 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. Si familiares allegados están muy involucrados en la problemática de la familia y son importantes para su solución, pueden ser incorporados a la terapia.

Al recibir la familia 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 presentación inicial 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, asumiendo, desde el primer instante, una actitud empática y de aceptación incondicional, haciendo que se respete por todos el derecho del familiar que tomó la iniciativa de expresar sus opiniones. 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, pero no se permitirán réplicas. Podrán realizarse algunas preguntas y transiciones leves para precisar y canalizar la información, pero sin interrumpir ni cambiar el rumbo seguido por el informante, solo reformulando con frases muy cortas, en lenguaje donde se refleje el sentimiento implícito, lo que va expresando el ponente.

Al término de la exposición, el terapeuta resumirá brevemente lo manifestado, preferentemente de forma interrogativa -como quien busca el asentimiento del exponente acerca de si el terapeuta lo comprendió- insistiendo en los sentimientos involucrados, de modo que todo lo que diga pueda ser confirmado o aclarado por el informante.

Precisada la percepción que tiene el expositor sobre el problema, lo que este siente acerca de ello y acerca de lo que espontáneamente considera la participación de los demás miembros en él, se va pidiendo sucesivamente a los restantes

familiares que ofrezcan su versión, clarificando el terapeuta las afirmaciones y los sentimientos implícitos, subrayando las similitudes y acotando las diferencias que van apareciendo entre los relatos. Al ventilar los sentimientos y delimitar los matices diferenciales sobre la percepción del problema, irán haciendo aparición las contradicciones y tensiones 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 afrontamiento 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. Se manifiestan las formas del lenguaje semánticamente mal elaboradas.

En contraste con una comunicación equipo-familia basada en argumentaciones racionales, se trata de ir precisando las eliminaciones, distorsiones y generalizaciones del lenguaje que llevan a malentendidos, e 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 especificando significados y subrayando las emociones emergentes mediante interrogación. Poco a poco, esto posibilita que se vaya ampliando el campo de percepción sobre lo que está ocurriendo afectivamente entre ellos, sobre sus ideas irracionales y sobre los errores semánticos en los conceptos y valores con los que cada cual opera en sus intercambios domésticos.

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 exploración y ayuda en sucesivas sesiones. Para ello, como señalábamos, debe ir quedando esclarecido qué problemas tienen y cómo los perciben, de acuerdo con la óptica de cada uno de los integrantes y, a *grosso modo*, 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 -importantes para él o ella- siente insatisfechas cada uno, así como el papel que atribuye a 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 requieren de él los demás y qué debe ir haciendo para que sus seres queridos lo entiendan y le brinden lo que necesita.

A un tiempo, va quedando en claro lo distorsionado o semánticamente mal elaborado de la percepción que tiene la familia sobre su problema y las actitudes negativas que han asumido ante ello, haciéndose progresivamente evidentes las diferentes dificultades de comunicación que genera tal percepción.

La ventilación, traducción e 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 interrogativa

casi siempre- lo que desde el punto de vista emocional está implícito, pero rara vez explícito, en la comunicación.

Por ejemplo, una esposa está dando quejas del cónyuge, diciendo que éste 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, manifestando que su esposo no se ocupa suficientemente 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 -y como susurrando:- "Usted *siente* que su esposo la deja sola en la atención a los muchachos y que no da al hogar el calor que usted necesita; *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, quejoso y agresivo, que él "no para en la casa porque a ella no hay quien la soporte últimamente, que se pasa el día peleando, que trata en mala forma a los muchachos, regañándolos y a veces 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, *percibo* que usted también tiene quejas; algo así como que *siente* que su señora no toma en consideración sus opiniones, como si no lo dejara participar en lo que tiene que ver con sus hijos... ¿es eso? *Siente* que pelea mucho con los muchachos... y quisiera un trato más cariñoso con ustedes, una atmósfera más apacible en la casa... ¿es así? *Percibo* que ambos *se sienten mal* y quisieran que las cosas funcionaran mejor entre ustedes y con los muchachos... ¿es así?"

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. Este recurso es, en este caso, una retroalimentación afectivamente impactante para los padres, que va despejando el camino a la experiencia emocional correctiva. De este modo, cada cual, desde muy temprano en la terapia, va "vivenciando lo que sienten los demás por dentro", en la misma medida en que siente, y se va percibiendo a sí mismo, confrontado en los sentimientos propios y ajenos. Ello va evidenciando las dificultades de comunicación, las carencias emocionales presentes, y la *imperiosa necesidad de un cambio* en el estado de cosas, lo cual debe quedar suficientemente ventilado y explícito en el diálogo terapéutico.

Cuando hay tensión emocional y aparecen defensas o actitudes inadecuadas, se toma nota mental de ello y se hacen acotaciones de lado, subrayados y metacomentarios, pero no se interpreta todavía. En cambio, se hacen explícitos y se 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 en el contexto familiar. Ventilamos la percepción que se tiene sobre el comportamiento de los demás en relación con

dichos síntomas, así como acerca de la participación propia en el comportamiento equívoco familiar. Intermediamos cuando afloran conflictos.

Posteriormente, de acuerdo con las necesidades que han sido planteadas, se invita a que pidan a cada uno de los demás lo que esperan de ellos y, a su vez expresen, en reciprocidad, a qué se comprometen con las necesidades respectivas de los otros. Este pedir y ofrecer podrá tomar la forma de una ronda, y se vinculará 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.

Estos compromisos, surgidos de la dinámica interactiva del grupo familiar, se formalizarán al final de la sesión en tareas que cada quien asume la responsabilidad de cumplir, voluntariamente, ante el terapeuta y la familia. El establecimiento de tareas individuales que cada persona debe cumplir para ser chequeadas en las próximas sesiones, es un procedimiento fundamental en la PCFA. Al propio tiempo, se asumirán tareas colectivas vinculadas con la familia que quisieran ser, y que demanden un enfoque creativo por su parte, lo cual reviste gran importancia.

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 *rapport* con cada uno de ellos, reflejando equidad, neutralidad, simpatía y espontaneidad. Debe saber escuchar, preguntar, confrontar e intermediar. Todos tienen que sentir que sus necesidades son consideradas, y sus opiniones escuchadas imparcialmente y con interés. 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 más de una sesión. 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 acerca de cómo sienten y perciben el problema que tienen, la aceptación empática, el clima comprensivo, el esclarecimiento de sentimientos, la mejoría del lenguaje y la comunicación, así como por el conocimiento por parte de todos -desde la óptica individual y a través de conocer cómo los ven los demás- de fenómenos no previamente ventilados que ocurren en el seno de la familia, junto al desahogo que se va logrando al ventilar, aceptar y confrontar.

Al agotarse el tiempo, que no deberá pasar de 2 horas en la primera entrevista, ni de 90 minutos en las próximas -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 en hallar solución al problema. Preguntará si esto es como él lo enfoca, aplicará en lo posible la connotación positiva y promoverá tareas para las próximas citas: la primera de ellas -si procede- es observar la conducta sintomática, cuándo aparece mejora, empeora o desaparece; en qué circunstancias; y cuál es la participación de cada quién en relación con ella. A su vez, tareas que impliquen conductas concretas cuyo cumplimiento se pueda medir y controlar en la próxima

entrevista, sugeridas por los propios familiares y desprendidas de la reelaboración de los compromisos asumidos en el intercambio entre ellos a los que hicimos alusión. Se confirma si se han comprendido bien y se aceptan las tareas, así como si se produjo el enganche de la familia para continuar en terapia, lo que se explora y trabaja con cada uno de los participantes de modo que adquieran individualmente el compromiso explícito de asumir la responsabilidad por el tratamiento y sus resultados.

En próximas entrevistas, tras conocer del cumplimiento de esas 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 y promoviendo tareas para interrumpirlas, manipulando el contexto. Luego se procede a *fixar 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 cual en esos intentos. Esto abre un nuevo capítulo en la exploración: *pasamos del énfasis en los síntomas hacia el problema y su solución, y a la relación de estos con las necesidades*.

Las necesidades no suelen, de entrada, hacerse explícitas como tales pero pueden ser aprehendidas del entretejido de la interacción familiar, enunciándolas en términos de sentimientos cada vez que ello viene a colación. Por ejemplo: "¿Sientes necesidad de que papá y mamá te digan, en algún momento, que te quieren? ¿Es que tienes la sensación, a veces, como si no te considerasen como a los demás? ¿Sientes como que no cuentan contigo lo suficiente?". (Obsérvese el énfasis verbal en el sentir, lo cual abre el canal de comunicación cenestésica o emocional, autopista al *rapport* y a la empatía).

Al abordar los intentos de solución salen a relucir, más tarde o más temprano, los conflictos existentes entre las necesidades respectivas, 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, interacción, valores y actitudes, tras sus mecanismos reales de afrontamiento*.

Aquí no se interpreta, se hacen solo "señalamientos de lado", observaciones, subrayados, cuestionamientos y confrontaciones acerca de si esas formas de percibir y asumir la realidad, y de enfrentar el problema, han constituido soluciones viables. De venir al caso, se resalta su ineficacia y los sentimientos de malestar que les han estado asociados. Se investigan y resaltan las ocasiones en que han sabido dar soluciones adecuadas a problemas comparables en el pasado. Se explora y se trabaja la utilización que hacen de sus propios recursos y de su red social de apoyo.

Con respecto a los *recursos en que puede apoyarse la familia*, comenzando por los suyos propios, ha de explorarse la relación con su ambiente ecológico, natural y social, la problemática económica, de pareja, de trabajo, de estudios, en suma: de integración social, donde podremos detectar fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas para la familia y sus integrantes, que puedan estar de algún modo vinculadas al problema que les llevó a consulta y a sus potencialidades de crecimiento como familia, así como explorar la funcionalidad de la comunicación

entre ellos, las ideas irracionales y otros errores semánticos. También los conflictos psicodinámicos no resueltos que drenen a la problemática común.

Al "trabajar" la percepción que tiene la familia del problema, los mecanismos de afrontamiento al respecto y la utilización de los recursos familiares y de su red social de apoyo en relación con las soluciones ensayadas -conociendo ya las relaciones de la familia con su ambiente, y su marco de referencia semántico- 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 que cumplen los síntomas.

Como puede apreciarse, hay bastante información acumulada, que va necesitando ser ordenada, por lo que tendremos suficientes elementos como para formular algunas hipótesis sobre los aspectos diagnósticos: clínico, psicodinámico, ecológico, semántico-comunicacional y actitudinal de la familia. Mucha información para su diagnóstico estructural y funcional ha salido a relucir sin que, necesariamente, se hayan ventilado de un modo específico, aunque los terapeutas debemos tenerlos en cuenta en todo momento. Su interconexión -dentro del sistema- con las necesidades, el problema y las actitudes es insoluble, y un terapeuta bien orientado no puede dejar de apreciarlo.

A partir de este momento, conociendo las funciones de la familia y las necesidades específicas que deben ser satisfechas, profundizará en el análisis acerca de cuál es el comportamiento de la familia 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 -estudiadas en la Sección Segunda- que procedan en el caso, valorando la funcionalidad o disfuncionalidad actual e histórica del sistema. Recordemos que en la modalidad breve no deben existir problemas estructurales severos ni disfuncionalidad familiar de larga evolución, por cuanto ello sería indicación de terapia prolongada. No obstante, la disfuncionalidad transitoria presente en la crisis que lleva a la familia a terapia, nos conduce a tener que trabajar breve y activamente, si es necesario, alguna categoría estructural-funcional actualmente involucrada.

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, los intereses y las principales motivaciones de la familia, deben quedar en claro, al final de las primeras sesiones, qué objetivos esta se traza con respecto al tratamiento y qué conducta se comprometen sus integrantes a asumir para la solución de sus dificultades, lo que se debe precisar de un modo tal que pueda ser chequeado.

Se va mostrando en qué consistirá el tratamiento, visto en líneas generales, cuál es la responsabilidad de cada quien al respecto. Se pregunta siempre al final de cada sesión cómo se han sentido, si tienen claras las ideas acerca de la manera específica en que pueden comenzar a ayudarse unos a otros, y si consideran que la psicoterapia puede beneficiarlos. Se va dejando definido que la responsabilidad por los resultados está en el esfuerzo de ellos mismos.

El cierre y la 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 al comportamiento de cada cual con respecto a los demás, y a los problemas de la familia en su conjunto. Se van precisando los organizadores psicodinámicos, comunicacionales, 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. Nada de esto se interpreta como tal en estos momentos, 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 aporta elementos que emplearemos cuando se proceda al análisis de determinada actitud. Una buena vía para llegar a estas últimas es la elucidación de las necesidades presentes, y de los sentimientos y emociones de emergencia que les están asociados. Cuando, posteriormente, se identifica en el contexto una actitud significativa, 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 positivas y negativas 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 menoscabo de las legítimas necesidades de los demás. Este es el efecto de la mediación, la sintonía, la comprensión y la empatía, es decir, de la buena comunicación, aplicadas en la intervención familiar.

Las interacciones entre los integrantes durante las sesiones se van haciendo más intensas, progresivamente y, como en todo grupo terapéutico, las afinidades y rechazos pueden mostrar el carácter de alianzas y coaliciones. Estas interacciones se expresan 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 entonces señalamientos, acotaciones, confrontaciones, *interpretaciones de primer orden*, formuladas comúnmente en forma de preguntas, haciendo transiciones, inquiriendo que no afirmando, creando condiciones subjetivas para eventuales interpretaciones posteriores de *segundo orden*. Como en terapia individual, la interpretación precoz e intempestiva refuerza la resistencia y puede ser tomada por unos como argumento en su

pugna contra otros, o abortar, mediante racionalización, las posibilidades de *insight* y de experiencia emocional correctiva.

En familias con problemáticas no muy complicadas, en las que nos damos cuenta rápidamente de que cuentan con suficientes recursos y fortalezas internas, que han buscado ayuda tras un evento desestructurante que no han sabido manejar coherentemente pero en las que no existe gran disfuncionalidad o esta es de corta data, no es necesario ser exhaustivos en la evaluación de aspectos que no identifica la familia como problema, pudiendo nosotros entonces enfocar la exploración activa en aquellos aspectos específicos relacionados con el evento y la reacción de la familia ante ello; es decir, actitudes ante la percepción del evento desestructurante, ante el afrontamiento a la crisis y ante la utilización de los recursos internos y externos a disposición de la familia para apoyarse en ellos en aras de encontrar debida solución a sus problemas. En ese caso, solo abordaríamos, complementariamente, los aspectos psicodinámicos, ecológicos, comunicacionales o de otro tipo de los antes referidos, que salgan a la luz en los intercambios surgidos entre ellos en el proceso de diálogo e intermediación terapéuticos, tomándolos en cuenta solo en la medida en que, realmente, parezcan jugar un papel negativo respecto a las posibilidades de solución de la problemática actual que les llevó a la crisis. Entonces, será en el propio desarrollo del proceso terapéutico cuando aparezcan y puedan tomar valor estos u otros aspectos no considerados en las primeras sesiones, evaluándolos e interviniendo activamente sobre ellos en la oportunidad en que surjan -si resulta procedente en esos momentos- pero no haciéndolos el centro del análisis. Recuértese que, como terapia *concreta*, la propia familia establece sus demandas y tanto la exploración como las estrategias de intervención se adecuan a sus especificidades.

Al terminar la etapa todos deberán poseer una imagen aceptablemente clara de la familia que son, así como una opinión de la familia que quisiesen ser, y de los principales senderos que tendrán que recorrer para lograrlo. Al menos, el esclarecimiento de los comportamientos que requieren de los demás, tanto como una conciencia definida de lo que los demás le están pidiendo. En un momento dado de las primeras sesiones se hubo de convenir un número discreto de sesiones -más corto o más largo de acuerdo con el peso de la disfuncionalidad- para, entonces, evaluar los objetivos y asumir un contrato definitivo del que resultará el carácter breve o prolongado del tratamiento que se va a seguir. Llegado a ese punto, varias sesiones después, cuando se han consolidado el enganche y la relación terapéutica, tenemos claros los objetivos y las estrategias, y existe por la familia el compromiso sincero de continuar; es el momento de concretar el definitivo *contrato terapéutico familiar*.

Cumplido el ciclo al que nos hemos referido en el transcurso de varias sesiones, realizado el diagnóstico sistémico de la familia, formulada la hipótesis sistémico-actitudinal, establecido el contrato terapéutico y definida la estrategia, se ha vencido el primer estadio de la terapia.

13.8.2 Segunda etapa: Intervención terapéutica intensiva

El esquema de la estrategia básica que recomiendo asumir en esta etapa se basa en el logro de cambios en la actitud en cuanto a:

- *La percepción del evento* agresor que afecta la familia y la ha puesto en crisis.
- Los mecanismos de *afrontamiento* inadecuados asumidos ante el problema.
- La utilización insuficiente o inapropiada de los *recursos de apoyo* (personales, familiares y sociales) en la solución del problema.
- La manera de procurar la satisfacción de las necesidades significativas de sus integrantes que tienen que ver con ellos.
- El cumplimiento de las funciones que corresponden a la familia.

Direcciones fundamentales de la estrategia de la PCFA-B

Actitud familiar ante el evento	Actitud familiar ante el afrontamiento	Actitud familiar ante la red de apoyo social	Actitud familiar ante la funcionalidad
Percibirlo por todos de forma madura y realista	Modificarlo, asumiendo actitudes apropiadas	Utilizarla bien por sí mismos, dentro y fuera de la familia	Satisfacer las necesidades y cumplir con las funciones de la familia

Focalización de las intervenciones terapéuticas sobre:

- Sentimientos y afectos.
- Percepción del problema.
- Mecanismos de enfrentamiento (afrontamiento y defensa).
- Integración estructural y funcional (en lo estrictamente necesario).
- Integración psicodinámica.
- Integración ecológica.
- Integración semántico-comunicacional.
- Conductas secuenciales y refuerzos asociados al síntoma.
- Síntomas propiamente dichos. Su lenguaje.
- Necesidades y actitudes.
- Relación sistémica actitud-necesidad-problema-síntoma.
- Comportamiento positivo y refuerzo.
- Establecimiento de metas.

Desde el grupo de sesiones en que se evaluaba la familia se venían realizando acciones terapéuticas bastante activas, sobre todo en los aspectos afectivos, aunque no era ese el objetivo central de la etapa. 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 vinculados a la percepción del evento y los mecanismos de afrontamiento, lo cual va propiciando un cierto grado de *insight* en la medida en que se exploran, se inscriben en esta dirección. Pero, como decíamos, no era todavía el cambio terapéutico el objeto de nuestras intervenciones.

Cómo cambiar una actitud

- Golpeando los significados semánticamente mal elaborados (valores, ideas irracionales) que se le asocian, hasta transformarlos: confrontación, insight, descalificación, interpretación
- Movilizando emocionalmente y enfrentando al sujeto con su realidad: experiencia emocional correctiva, interpretación de sentimientos, validación consensual
- Modificando la conducta en forma adaptativa: afrontamiento asertivo, tareas, ensayo de conductas
- Aplicando aprendizajes válidos y reforzándolos

Tras vencer los propósitos específicos de la etapa diagnóstica se intensifica el componente terapéutico, a nivel intensivo. Para ello el equipo ha de concertar su estrategia de intervención, proceso que podemos esquematizar -con Macías- 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 estrategia y los recursos psicoterapéuticos que le permitirán alcanzar los objetivos trazados, para resolver los problemas de esa familia concreta.

La cultura técnica y humana de los terapeutas hará 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 dan la posibilidad de una intervención eficaz.

Como venimos desarrollando la terapia familiar breve, definiremos el objetivo y los recursos 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 el restablecimiento de la funcionalidad familiar.

Objetivo. La modificación de aquellas actitudes vinculadas a significados, motivos, sentimientos y pautas de conducta que provocan, intervienen, mantienen o refuerzan el problema de los pacientes y de la familia en un período breve.

Recursos técnicos. Aquellos procederes que propendan a la toma de conciencia del vínculo que tienen con el problema 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 transitoria presente, trabajando para ello el cumplimiento de sus funciones, el ajuste con su ambiente, la corrección de las ideas irracionales y la percepción distorsionada del evento que determinó la descompensación, la mejoría de su comunicación y el manejo dinámico interpersonal en su seno. En esencia: modificando el complejo sistémico-actitudinal asociado a la conducta sintomática resultante y a la disfuncionalidad familiar presente tras la crisis.

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 diferentes componentes sistémico-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, referente a su contribución a la satisfacción de las necesidades individuales y grupales del 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-Rivière*) y del análisis de actitudes (*Bustamante*), sobre la base del esquema terapéutico de *Macías* y la estrategia de los factores de balance de *Caplan* (Fig. 13.1). Ya nos referimos al comienzo de este epígrafe a cómo cambiar una actitud.

Es imprescindible fomentar un adecuado nivel de tensión y, en ocasiones, de ansiedad grupal. Pero no solo se promoverán y aprovecharán tensiones y angustias; se movilizarán también los sentimientos de cariño y de 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 senti-

mientos y vivencias favorables hacia su persona, y ser convertido, por su actitud empática, neutralidad, capacidad negociadora, espontaneidad y expresividad afectiva, 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 los aproximen y cohesionen, así como facilitar el satisfacer necesidades, en un descubrimiento por ellos mismos de sus carencias, recursos y potencialidades al respecto.

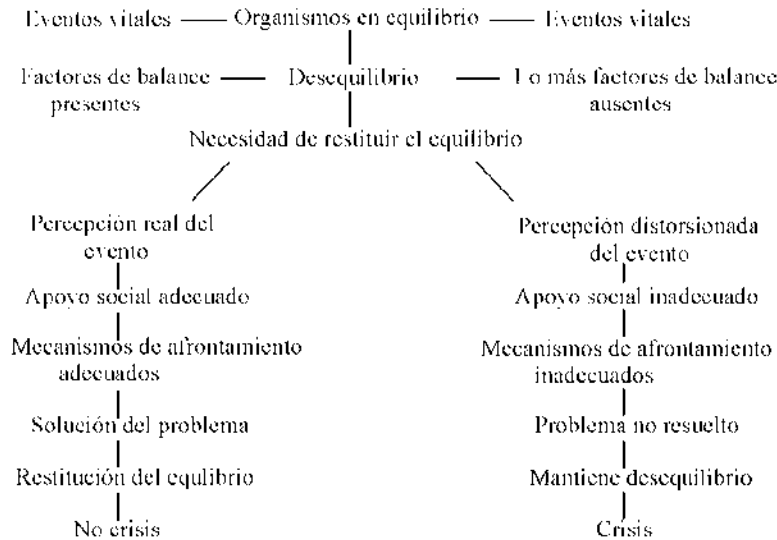


Fig. 13.1. Efecto de los factores de equilibrio frente a situaciones estresantes.
Fuente: Caplan G (1964). Principles of preventive psychiatry. N. Y.

Las relaciones constructivas con el mundo exterior son tan importantes como las que establece la familia en su mundo interior: 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 las decisiones ajenas, negociando las diferencias, en un clima de aceptación incondicional, con apertura al medio, al futuro y a la problemática social.

Cuando se ha logrado identificar, ahora por la familia, aquellos elementos involucrados en el problema familiar, corresponde profundizar en las hipótesis formuladas, mediante el análisis sistémico de las relaciones internas entre todos estos aspectos (*hipótesis sistémico-actitudinal*), promoviendo la experiencia emocional correctiva para impulsar el cambio.

Es fundamental que la familia *se dé cuenta* y *vivencie* cuáles son las secuencias actitudinales y las pautas de comunicación que dan sentido y significado a la conducta sintomática.

Por supuesto que el modelo mental alcanzado a estas alturas por el terapeuta no es más que una hipótesis sobre la realidad, a la cual la familia, probablemente, no está todavía 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 definitiva de la práctica, en labor conjunta con la familia. Modelo sobre una realidad que, mediante tomas de conciencia y vivencias sucesivas, puede ir siendo validada por la familia, en la medida en que la psicoterapia sea capaz de irlo confirmando, con lo que se favorece el cambio hacia la salud. Detallamos, en lo posible, algunos procedimientos que van preparando al grupo familiar 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. Podrá tener, a este nivel, cierta noción de que su conducta también 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 en un clima de fuerte carga emocional, cara a cara, en lo posible piel con piel, sin intermediarios. El terapeuta actúa aquí 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, favoreciendo la 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 inapropiadas y las defensas, o se evidencie 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 impropias, para fomentar progresivamente las adaptativas. Para esto reforzará los comportamientos maduros y presionará al cambio favorable 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 indirectamente a validación consensual. A su vez, manipulará los síntomas, tratando de que pierdan su efecto retroalimentador de la disfuncionalidad.

El terapeuta podrá hacer uso de distintos recursos, utilizar la inhibición recíproca, modificar las secuencias de comportamiento manipulando conductualmente al grupo, sugestionar, modelar, reforzar. Este manejo del síntoma chocará con las actitudes una y otra vez, y sobre esto trabajará el terapeuta, reorientando cognitivamente a la familia acerca de su significación. Cuando no se debe a causas biológicas definidas, el síntoma puede cobrar significado en el contexto del sistema de actitudes familiares y, aun teniéndolas primariamente, puede cobrarlos secundariamente en el rejuego de actitudes y pautas de conducta en que se inserta.

Por otra parte, se tenderá a la reorganización funcional del núcleo familiar, en aras de recuperar la funcionalidad. Así, tras evaluar la comunicación intrafamiliar, se promoverá que esta vaya haciéndose adecuada, llevándolos a comunicar 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 no siempre coincidentes entre sí, llevándolos a identificar su desenvolvimiento al respecto, y modificarlo en todo lo que sea imprescindible.

Aunque aplicamos terapia breve, aquí procede trabajar aspectos concretos de la estructura, tales como reglas inoperantes o inadecuadas formas de control, por ejemplo, si estuvieran contribuyendo a la disfuncionalidad. Por otra parte, en toda familia en crisis suelen aflorar problemas psicodinámicos latentes que, activados por las circunstancias, podrían resultar de imprescindible análisis. Conflictos previos o emergentes relacionados con la dinámica del poder, del sexo, de la soledad o el abandono, de la autonomía o de la hostilidad, pueden estar jugando un papel en el problema actual de la familia que obliga a su consideración. La confrontación, el *insight* y la experiencia emocional correctiva se convierten en recursos fundamentales con los que se puede trabajar aquí.

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 activas de "modificación de predisposiciones", descritas en nuestro medio por *Hiram Castro-López*.

Logrados avances en la comprensión y modificación de estos aspectos, concentramos 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, de intercambio con su comunidad y sus amigos, para solo mencionar algunos aspectos. Como eslabón concatenante de los universos social y personal, la familia desajustada con su medio tendrá dificultades, como las tendrán sus componentes. Favorecer la integración constructiva a su ambiente natural y social, su máximo ajuste ecológico, constituye, de oficio, un objetivo del tratamiento. Poner en función de la "cura familiar" la utilización de la 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, hacia las metas, la terapia va madurando. Y la familia con ella.

Tras venir analizando las actitudes y modelando, mediante tareas, conductas funcionales que permitan la elaboración y refuerzo de nuevas actitudes y formas de comunicación, el equipo terapéutico está en condiciones de sintetizar lo logrado y trabajar la interiorización, por parte de la familia, de *la dialéctica de la relación*

sistémica actitud-necesidad-problemas-síntoma-actitud, 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 en terapia lo que ha estado sucediendo, así como asumirse comportamientos favorecedores de la solución al problema y la satisfacción de las necesidades afectivas de la familia, que propicien el ajuste adaptativo.

Como se puede apreciar, son múltiples los aspectos sobre los que se trabaja en la fase de intervención terapéutica intensiva, acerca de lo cual ya nos referimos al comienzo del epígrafe.

Es importante que la familia interiorice y sienta, en una experiencia totalizadora, cómo sus síntomas son expresión de su problema y este, resultado de secuencias de actitudes y conductas inapropiadas al afrontamiento funcional al evento desencadenante, que entorpecen la satisfacción de necesidades esenciales, todo lo cual produce intensos sentimientos de malestar y actitudes y conductas de respuesta interpersonal negativas, retroalimentando así el problema y los síntomas que se confrontan. Al hacer esto, estamos interviniendo sobre la hipótesis sistémica (Fig. 13.2).

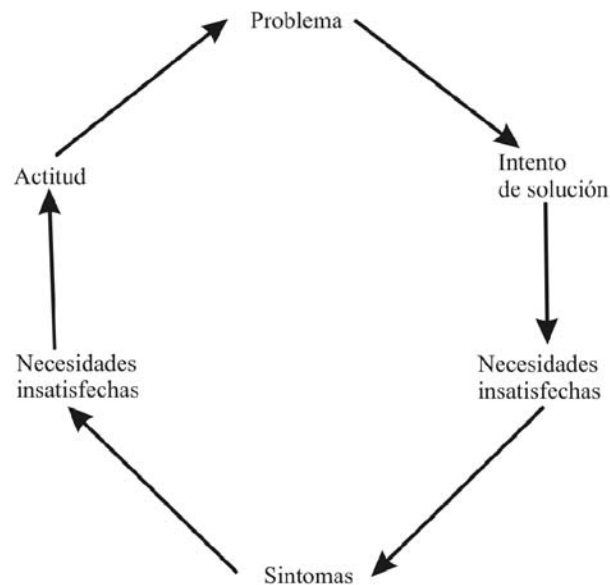


Fig.13.2. Ciclo de la relación sistémica problema-síntomas-actitud.

La familia tiene que percatarse intelectual y emocionalmente de que el mayor problema que tienen no es precisamente el síntoma -que, a veces, es un intento baldío de solución- sino las necesidades que no han logrado satisfacer 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 sus necesidades, las cuales tienen que aprender a manejar 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 inadecuada, porque *no hemos hecho lo que tenemos que hacer para 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, motivación y proyección de futuro. Si se logra percibir las cosas de otro modo, movilizar los afectos y concertar las voluntades al unísono, concretándolas en conductas, el cambio de actitudes es posible.

Entonces vienen el modelado de comportamientos y la aceleración de 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 procesos de satisfacción e insatisfacción de necesidades, a través del cambio en los mecanismos de enfrentamiento a los problemas, demandas y conflictos presentes, reforzando positivamente las 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 de tipo skinnereano y pavloviano, asociados a conductas y actitudes funcionales de nuevo tipo mediante el trillar y retrillar de los caminos.

Durante todo este proceso no perderemos de vista que, detrás de los procedimientos aludidos, en esta etapa la estrategia central consiste en modificar las actitudes familiares ante la percepción y el afrontamiento de las determinantes de la crisis, y ante la utilización de sus propios recursos como familia, y los de su medio sociocultural, para satisfacer sus necesidades, cumplir sus funciones, resolver sus problemas, superar sus síntomas y recuperar su funcionalidad.

Esta fase, aunque trabajosa, es determinante para los resultados de la terapia. Vencidos sus objetivos, estamos en condiciones de pasar a la fase final del tratamiento.

13.8.3 Tercera etapa. Evaluación de resultados y recomendaciones

El momento en que se inicia es muy variable, en dependencia de la familia, la frecuencia de las sesiones, el tipo de problemática, etc. Es el momento del desarrollo de la responsabilidad y el autocuidado.

Se van espaciando las sesiones 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 sus miembros, un análisis consciente de las motivaciones individuales, de los valores colectivos, y un respeto a los criterios personales, modelando el ejercicio del derecho a las discrepancias.

En los aspectos técnicos, es importante -señalémoslo una vez más- 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 comenzó a cambiar, 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 está reportando a la satisfacción de sus propias necesidades y al adecuado clima del hogar.

Deberán opinar acerca de la familia que son ahora, expresando cada uno, a grandes rasgos, hasta qué punto creen haber alcanzado los objetivos propuestos; exponer qué deberán seguir haciendo, y qué se compromete a hacer concretamente cada uno para llegar a ser la familia que desean. Es importante que la familia como un todo esclarezca sus metas y defina la manera concreta en que trabajarán para alcanzarlas. Deberán agradecer a cada uno de los demás por lo logrado y pedirles en forma diferenciada por el trayecto que falta, y establecer sus propósitos y compromisos consigo mismo y para con los demás.

Al terminar la terapia, corresponde la evaluación final de lo alcanzado, lo que no exime de que, con anterioridad, se hayan hecho evaluaciones parciales que permitan corregir el rumbo para lograr 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 esta etapa final, correspondiente a conclusiones y recomendaciones, se hace una evaluación, objetivo por objetivo, de lo que formó parte del contrato terapéutico; en qué proporción fue o no satisfecho y 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, de modo que se podrá trabajar por objetivos más ambiciosos para alcanzar por cuenta propia o, sencillamente, adecuar las aspiraciones a los objetivos que pudieron lograrse, asumiendo hacia ello una actitud realista, y formulando por parte del equipo, en ese caso, las recomendaciones que fueran necesarias.

Es el momento de acometer, si se desea, la realización conjunta del familiograma de la situación en el momento del alta, el cual se contrasta con el inicial y con el de la familia que desean ser, si estos fueron elaborados en ocasión del contrato terapéutico. De realizarse, da mucha materia para trabajo prospectivo por parte de los interesados, puesto que es ocasión de plantearse propósitos a lograr por cuenta propia, sin el manto paternalista de la terapia, lo que es altamente conveniente. Es, pues, una oportunidad privilegiada de terapia hacia las metas, altamente comprometedora.

El momento final, de conclusiones y despedida, es la ocasión para reforzar la confianza de la familia en sí misma, para un recuento global por parte del terapeuta

de todo lo logrado, haciéndolo de manera 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, son particularmente útiles en este instante trascendente para el colectivo, que termina así su proceso formal de terapia.

Las últimas entrevistas deben ser espaciadas entre sí, y con responsabilidad total por las decisiones que se tomen en ella, con el objetivo de irlos preparando para su definitiva emancipación.

Es recomendable dar una cita para chequeo evolutivo en un período entre tres y seis meses posteriores al alta, animándoles a resolver con sus propias fuerzas los problemas consustanciales a la vida en común a partir de la terminación del tratamiento.

Los lazos afectivos establecidos y las corrientes de simpatía cultivadas de modo empático, quedan como vivencias enriquecedoras, pasando a erigirse en un organizador motivacional que compromete afectivamente a la familia a dar continuidad a los propósitos constructivos de la terapia.

Jamás se alcanzará una familia ideal, pero podemos lograr que se propongan ser la familia "mejor posible", transmitiéndoles la confianza en ellos y dejando en claro que el futuro y el bienestar de la familia -y de cada uno de sus miembros- está por completo bajo su entera responsabilidad.

13.9 Psicoterapia concreta familiar de actitudes, profunda o prolongada

Como la modalidad breve, cuenta también con tres etapas, pero con seis fases.

13.9.1 Primera etapa. Evaluación sistémico-actitudinal

Esta etapa -correspondiente a la evaluación de la familia, establecimiento del diagnóstico sistémico e hipótesis sistémico-actitudinal; a la definición de la estrategia y a la concertación del contrato terapéutico-, no se diferencia de la PCFA-B, ya que es precisamente de la adecuada evaluación de la familia que se desprende la modalidad de terapia a realizar y, por tanto, las características diferenciadas de las etapas siguientes.

Obviamente, cuando en la evaluación va quedando en claro que el componente disfuncionalidad es una constante histórica en el desarrollo de la familia, nos vemos obligados a profundizar en aquellos componentes estructurales, funcionales, semánticos, actitudinales y psicodinámicos arraigados en la problemática familiar, además de los ecológicos, por cuanto -a diferencia de la PCFA-B, en la que el factor situacional (ecológico-comunicacional) suele ser determinante- todos ellos podrán estar también fuertemente comprometidos en la disfuncionalidad de larga data que los condujo a tratamiento. Por tanto, las actitudes enfermizas y lo enrarecido del clima familiar resultado del nivel de complejidad de la disfunción serán obstáculos no fáciles de manejar, con los que tendremos que contender aquí.

La fase evaluativa, pues, será más prolongada y minuciosa en esta modalidad; y el dominio de la información, así como el empeño que pongamos en la solidez de la relación terapéutica, serán determinantes para llegar con éxito al momento de plantearnos una hipótesis sistémico-actitudinal suficientemente abarcadora del complejo problema familiar que se presenta ante nosotros; y para poder establecer un contrato con objetivos de alcance suficiente, que puedan llevar a la familia, consolidada la alianza, al *cambio terapéutico* a que aspiramos.

Podrá entonces confeccionarse el esquema de organización funcional dinámico-estructural (familiograma), el cual servirá para consignar sintéticamente en la historia clínica familiar, de forma gráfica, la situación de partida del proceso terapéutico. (Recomiendo al lector la revisión de este aspecto en el trabajo de *Isabel Louro (2008)* sobre Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral en "Medicina General Integral" (2da. edición, tomo I, pp. 403-405).

13.9.2 Segunda etapa. Intervención terapéutica intensiva

Resultado de la mayor complejidad en la problemática a encarar al estar comprometida en su historicidad la funcionalidad de la familia, la técnica profunda no es solo mucho más prolongada en el tiempo, sino que obliga al terapeuta y al grupo familiar a considerar y abordar como decíamos, componentes diversos y de mayor alcance.

Esta etapa, pues, ha de trabajar necesariamente con profundidad las causas fundamentales de la disfuncionalidad que a través del tiempo ha presentado la familia, para modificarlas en todo lo que sea posible, aunque enfocándolas en el *aquí y ahora*. A diferencia de lo que hacemos en la PCFA-B, confrontaremos al grupo, entre otros, con problemas estructurales y funcionales arraigados en la familia, lo que obliga a revisar e intervenir incisivamente acerca de las categorías afectadas, lo cual es tarea que conlleva esfuerzo, creatividad y que requiere seamos capaces de lograr un alto grado de motivación y participación por parte de la familia. Para obtener esta cooperación, cada miembro debe comprobar que la terapia está contribuyendo en forma tangible a satisfacer sus propias necesidades afectivas. El adecuado manejo de la neutralidad y la alianza terapéuticas, así como la utilización consecuente de la confrontación, la interpretación y la experiencia emocional correctiva, resultan imprescindibles a este fin.

En el epígrafe 7.4 aparece una lista de categorías de la estructura, organización y funciones familiares, que ayudarán a revisar la posibilidad de que algunos de estos aspectos aparezcan involucrados y sea necesario trabajar con ellos. Por el momento, nos detendremos, a manera de ejemplos, en algunas problemáticas sin cuyo manejo adecuado la psicoterapia no cumpliría su cometido.

Si las funciones de maternaje y paternaje no se cumplen adecuadamente por quienes corresponde o, ante la imposibilidad de ello, otros miembros del núcleo no las suplen; si los territorios masculino y femenino, del padre y de la madre, no quedan definidos y son funcionales; si los límites generacionales se vulneran e invierten los roles correspondientes a cada generación; si persisten coaliciones de unos miembros contra otros o se constatan alianzas patológicas; si la autoridad

falta, se abusa de ella, o entra en contradicción flagrante con la jerarquía culturalmente establecida; si las reglas familiares son rígidas, arbitrarias o no existen como formas de control; si estas últimas son inconsistentes; si se atribuye a unos miembros una significancia excesiva con respecto a otros o determinados familiares se sienten anulados o desatendidos; si no se establecen pautas de conducta orientadoras y funcionales; si el componente de maritalidad de la pareja nuclear funciona mal o no se da cabida suficiente a las legítimas necesidades sexuales de los integrantes; si determinados familiares están demasiado involucrados en la problemática del núcleo u otros asumen la actitud de desentenderse del interés común; si persisten mitos contraproducentes, metas inaccesibles o se atribuyen roles idiosincrásicos de carácter patológico, como es el caso de los "patitos feos" o de los chivos expiatorios; si los roles que a cada cual conciernen en la familia se distribuyen mal o no se ejercen adecuadamente; si no hay cooperación, buenas relaciones y respeto al territorio y a las legítimas necesidades de autonomía e independencia de cada cual. En fin, si no se satisfacen las necesidades de aprovisionamiento material y afectivo que corresponde brindar por parte de la familia a sus integrantes y, si en el clima de esta, sus miembros no pueden recuperarse y protegerse de las tensiones y agresiones del mundo exterior, entonces, la familia no puede funcionar bien y habrá que dedicar tiempo y recursos técnicos a superar estos aspectos.

Veíamos que la familia operaba con reglas, explícitas e implícitas. Se han de esclarecer aquellas dañinas que estén involucradas en el problema, aplicando el esclarecimiento y la reorientación cognitiva, promoviendo su transformación. En cuanto al desempeño de los roles, el cumplimiento de los tradicionales y la presencia de los idiosincrásicos o proyectivos, como es el caso del chivo expiatorio al que aludiéramos, 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 específico, cuando esto está perturbando el sistema, ayudándolos a desarrollar y cumplir aquellos necesarios a la adecuada adaptación social de todos.

Una vez identificadas y analizadas las formas de control inadecuadas, si estuviesen presentes, 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 o alianzas transitorias inconvenientes al interés terapéutico.
- Neutralizar el exceso de involucración o de significancia en determinados miembros, mientras se estimulan en otros.
- Descalificar los mitos dañinos.
- Considerar la accesibilidad y posible inconveniencia de ciertas 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.

Paralelamente, pasando revista a las funciones específicas que debe cumplir la familia (epígrafe 4.2), se trabajará porque estas se ejerzan 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 y trabajar por 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, cuando están presentes, las actitudes disonantes. Es evidente que, cuando hacemos esto, caminamos por terreno escabroso: no somos árbitros, y se ha de mantener la neutralidad y el enganche, por lo que existe el riesgo de que, si nos descuidamos, los rasgos individualistas y la carga de egoísmo presentes en parte no desdeñable 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 si no resulta oportuno y conveniente a los objetivos concretos perseguidos. Recordemos que no deben trazarse objetivos terapéuticos para una familia que no sean procedentes a sus propias condiciones internas, necesarias de acuerdo con su nivel de funcionamiento previo, o motivo de su interés. Se aspira solo a lo que se necesita y puede, y con aquellos con quienes es necesario, quieren y se puede. Pero la presión emocional y moral de grupo es un organizador de la conducta que no debemos subvalorar, ni desaprovechar.

Entregados de lleno en esta fase al análisis y modificación 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 interpersonales e históricas, 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. (epígrafe 7.6). ¿Cómo operar con esto? Si desde los tiempos de *Freud* se hizo patente que en la familia se han acunado estos conflictos, es con ella con quien mejor 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 sistema 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 correctiva; y se hace siempre en interconexión con la actitud que está detrás de la necesidad esencial insatisfecha, como información que se aprehende de conjunto, gestálticamente, con sus valencias conscientes e inconscientes implícitas.

Es función de la terapia unir lo que ha de ser integral y está desfasado. Lo emocional no debe andar de un lado y lo racional por otro, porque eso es cantera de trastorno familiar y personal. Quiero dejar especialmente claro que en esta modalidad terapéutica el aspecto de elaboración cognoscitiva del conflicto se subordina al lenguaje de la actitud. *No es tanto conocer por qué me siento inferior a los demás, sino comprender y vivenciar que estoy actuando "como si fuera" inferior a los demás y, tras ello, rebelarme realmente contra eso, sintiendo en el seno de mi familia que soy verdaderamente igual que ellos, considerado en mis valores y querido igual que los demás -ni más ni menos-, reforzado esto por la consideración y el respeto auténticos que ahora percibo en mi relación con el equipo terapéutico y la validación del entorno. Esto es muy importante. Al considerarme y vivenciarme seguro, no tengo por qué sentirme inferior.*

Y tras no ser retroalimentada como antes la actitud de subvaloración, esta puede extinguirse y ser sustituida por una de respeto a sí mismo y adecuada autoestima -estado funcional distinto de la personalidad- para sus futuras relaciones con el mundo.

La hostilidad reprimida, cuando opera en un núcleo familiar, genera distorsiones en la comunicación y alimenta espirales de violencia: hay que trabajarla. Igualmente, los sentimientos de culpa se proyectan a través de autorreproches, actitudes de sobreprotección y sentimientos de "lástima", muy dañinos. Los sentimientos de desamparo, soledad o abandono, cuando están presentes en determinados miembros de la familia, suelen expresarse en formas sintomáticas depresivas, ansiosas u hostiles, o en actitudes de retraimiento y litigio. Solo se resuelven si se abordan adecuadamente las necesidades insatisfechas que las generan.

Así, cualquiera de los conflictos psicodinámicos que el interactuar histórico de la familia haya podido desarrollar en sus miembros, se expresará en los sentimientos, las conductas de relación y las actitudes presentes en los intercambios familiares, lo que nos obligará a considerarlos y abordarlos en esta etapa, haciéndolos conscientes y trabajando causalmente la relación entre sus autores: ventilando sentimientos y necesidades insatisfechas al respecto, confrontando e interpretando, intermediando, modificando conductas, mejorando el lenguaje, cambiando actitudes.

Cuando se trata de familiares ya desaparecidos o ausentes que han jugado o juegan un papel significativo en la psicodinamia, es menester reconstruir situaciones, con apoyo en los demás familiares, trabajando técnicas tales como el diálogo con la silla vacía, la dramatización o los juegos de roles.

Del psicoanálisis posterior a *Franz Alexander* podemos utilizar diversas técnicas que ayudarán al *insight* y al adecuado manejo de la situación terapéutica en su dimensión psicodinámica, siempre pensándola en el lenguaje de actitudes disfuncionales involucradas.

Por otro lado, de la escuela estratégica y otras corrientes sistémicas de terapia familiar, y de la PNL, hemos aprendido la importancia que tiene la comunicación

adecuada en los problemas y en la terapia de la familia, lo cual hemos de justipreciar y saber aprovechar en esta fase intensiva: la *gestalt* de la comunicación familiar, el contexto interpersonal y la secuencia de conductas en que adquiere sentido el lenguaje del síntoma. Aquí cobra vigencia el ir rectificando las malformaciones semánticas presentes, dadas por omisiones, distorsiones y generalizaciones inadecuadas. Enseñar a hablar frente a frente, mirando a los ojos y con formas y maneras apropiadas, respetuosas; con lenguaje claro, directo y sincero. Propiciar los contactos piel con piel y las demostraciones de afecto, promocionando rituales al respecto (besar, saludar con efusión, echar el brazo por los hombros, acariciar, abrazar, cargar a los muchachos, decir elogios, festejar celebraciones, hacer obsequios delicados, etc.). Descalificar y ventilar "indirectas", esclarecer mensajes confusos y enmascarados. Combatir ideas irracionales. Comprender el "juego" o "danza" circular de la familia a través de la observación de secuencias de comportamientos que se repiten, pautadas por actitudes impropias estereotipadas que traen consigo conductas sintomáticas y que las refuerzan. Apreciar los contextos en que se da la conducta sintomática y aprender a leer el lenguaje del síntoma es ponerse en condiciones de descalificarlo, de interrumpir estas secuencias; de introducir nuevas variables en el rejuego recursivo *conducta sintomática-secuencia de conducta familiar-conducta sintomática*, para trastocar su sentido; de evitar los refuerzos, de modificar y reenmarcar el propio contexto.

Ante la paradoja familiar de utilizar un síntoma como mecanismo emergente en busca de solución a un problema, la contraparadoja terapéutica de considerar la conducta sintomática como la mejor manera que la familia ha encontrado hasta ese momento de darle solución, prescribiendo entonces, amplificada, la misma conducta sintomática, alimentándola hasta la evidencia del absurdo en su propio contexto, para movilizar -tras la resistencia que ello genera- al cambio de comportamiento y de actitud familiar ante el problema. Cuando introducimos una cuña en la secuencia de los intercambios, cuando descalificamos el síntoma, cuando frustramos el refuerzo, cuando transformamos el significado del símbolo en su contrario, estamos, a un tiempo, manejando la comunicación y utilizando racionalmente, en apoyo a la familia, las leyes del aprendizaje.

Propiciar en cada miembro el desarrollo de un lenguaje semánticamente bien elaborado, el enriquecimiento de sus sistemas sensoriales, la ampliación y compatibilización de los canales de comunicación entre ellos para hacerlos congruentes; el "acompañar" a los interlocutores aprovechando sus formas más favoritas de representar su modelo del mundo son, entre otros, recursos semántico-comunicacionales a nuestra disposición.

Lo más importante: la reorientación cognitiva de su percepción del problema familiar y del significado de los eventos traumáticos, el cambio de narrativa acerca del acontecer familiar (Schwartz, 1999; Mahoney y Granvold, 2005), la transformación de la conducta relacional en aras de satisfacer las necesidades legítimas de todos, la modificación de la danza familiar morbosa alrededor del síntoma, *la experiencia emocional correctora y el cambio en el código comunicacional a partir del cual se moviliza y actúa la actitud.*

Por supuesto que, con criterio ecológico, se analizarán intensivamente aquí las relaciones del núcleo y sus integrantes con el mundo, retroalimentándose con ello el sistema familiar y su terapia. Se trabajarán los roles, las funciones familiares y, sobre todo, se acorralarán y golpearán con fuerza, una y otra vez, las actitudes inadecuadas que provocan, mantienen, refuerzan y complican los problemas presentes en el grupo familiar, con lo cual, al cambiarlas hacia actitudes asertivas, consecuentes y maduras, no solo estaremos introduciendo modificaciones psicológicas significativas, sino que estaremos logrando, a nivel material, cambios permanentes y estables en el modo de ser y funcionar el sistema nervioso y la personalidad de los integrantes, con repercusiones de largo alcance en el funcionamiento y la salud familiar. *No es fácil modificar la actitud, pero cuando lo logramos, garantizamos el cambio.*

A este nivel, voy a utilizar una metáfora: Concibo la psicoterapia concreta de actitudes como una holografía en la que puedo ver a la familia tal como es solo si la enfoco y miro a la vez desde todos los ángulos posibles (clínico, estructural, funcional, ecológico, psicodinámico, semántico-comunicacional y actitudinal). Entrando entonces en esta realidad virtual, como terapeuta puedo comunicar con ella en forma interactiva, buscando siempre, desde este metanivel, obtener transformaciones positivas.

He tratado de dejar en claro cómo trabajamos la técnica para ir posibilitando progresivamente, a través de pequeños cambios concretos, cuantitativos, en los distintos organizadores del funcionamiento familiar, un cambio cualitativo hacia la salud, integral y significativo. Y de hacer ver el *papel rector, en este proceso, del manejo de la dialéctica de la satisfacción de las necesidades y su interdependencia con la actitud en el cambio hacia la salud y la funcionalidad de la familia.*

Resumiendo la etapa de intervención terapéutica intensiva, aquí también consistirá en la intervención, esta vez de forma más insistente y profunda, e incluyendo otros aspectos, sobre:

- Sentimientos y afectos.
- Percepción del problema por la familia.
- Mecanismos de afrontamiento y de defensa.
- Necesidades insatisfechas.
- Integración estructural y funcional.
- Integración psicodinámica.
- Integración ecológica y económica.
- Integración semántico-comunicacional.
- Conductas secuenciales y refuerzos asociados al síntoma.
- Síntomas propiamente dichos: su lenguaje y raíces.
- Modificación de actitudes.
- Relación sistémica actitud-necesidad-problema-síntoma-actitud.
- Comportamiento positivo y su refuerzo.
- Funcionalidad familiar.
- Trabajo hacia las metas.

13.9.3 Tercera etapa. Evaluación de resultados y recomendaciones

En esta etapa, a diferencia de la PCFA-B, se asiste al proceso de la consolidación del cambio familiar. En la modalidad breve, luego de abierto el camino hacia el cambio, esclarecidos los puntos de destino, la familia queda en responsabilidad de alcanzarlos definitivamente por sí sola. En la PCFA-P hay que saber esculpir y esperar. El terapeuta debe acompañar un tiempo suficiente a la familia disfuncional en el difícil proceso del cambio hacia la funcionalidad: indicación y objetivo, respectivamente, de esta variedad. Tanto el tiempo de la segunda etapa vencida, como el de esta que ahora abordamos, se prolongan de acuerdo con las necesidades específicas de la familia para obtener el *cambio*. No hay norma, como no sea la respuesta concreta a las demandas del progreso de la terapia. Lógicamente, la tercera fase tendrá muchas menos sesiones que la segunda, pero estas serán más espaciadas, de modo que, progresivamente, se gane en autonomía y en nivel de responsabilidad por las metas que se quiere alcanzar y por los cambios que se debe lograr.

La tercera etapa comienza cuando se empiezan a constatar cambios significativos en el bienestar y la conducta familiar. Se trata entonces de trabajar por consolidarlos y hacerlos permanentes; de no permitir retrocesos al nivel anterior, lo cual es una tendencia siempre presente en familias con larga historia de disfuncionalidad, sobre todo cuando el medio y las circunstancias son adversas, lo que es frecuente.

Podemos concretar en ella los propósitos siguientes:

- Consolidar la mejoría del comportamiento y la autonomía personal y familiar.
- Reforzar las conductas positivas y desarrollar las motivaciones y capacidades.
- Promover manifestaciones de madurez.
- Lograr la satisfacción de necesidades significativas.
- Estimular la independencia y la iniciativa.
- Trabajar tras las metas.
- Evaluar los resultados alcanzados.
- Proceder a resumir lo alcanzado y aprendido en la terapia.
- Concretar las recomendaciones para el trabajo independiente.

Como en la PCFA-B, el momento en que comienza esta etapa varía, en dependencia del logro del objetivo básico con el cual podemos dar por vencido el segundo estadio en este caso: alcanzar la funcionalidad familiar. El objetivo central que a partir de entonces procede con la tercera etapa es cristalizar y consolidar la funcionalidad y el bienestar familiar, eliminando la conducta sintomática.

Las entrevistas se van haciendo más espaciadas, examinándose lo alcanzado, buscando el refuerzo de las conductas positivas surgidas, promoviendo la progresiva autonomía y capacidad de recuperación de la familia, una vinculación sólidamente afectiva y una comunicación funcional entre ellos, un estilo saludable de vida y una relación adecuada con el medio social, insistiendo en motivaciones individuales, valores y respeto a las decisiones y los criterios ajenos.

Como en la PCFA-B, es importante que cada familiar exprese, a su manera, de dónde partieron y adónde llegaron; qué hicieron para llegar hasta allí, qué actitudes han cambiado, qué conductas modificaron y cuáles necesidades han satisfecho. Que sean capaces de reconocer los cambios y los esfuerzos ajenos. Y de llevar a palabras la esencia de lo aprendido.

Deberán expresar, a grandes rasgos, la proporción en que consideran haber alcanzado los objetivos; exponer a qué se compromete cada uno para llegar a ser la familia a que aspiran. Esclarecerán sus metas y la manera concreta en que trabajarán para alcanzarlas. Podrán agradecer a los demás lo que han hecho por mejorar la situación de todos y pedir cooperación por lo que falta en lo que a sí concierne, estableciendo los propósitos y compromisos para consigo y los demás.

Como hemos dicho respecto a las otras variedades, la circunstancia de que, al término de la terapia corresponda la evaluación final de lo alcanzado no exime de que, con anterioridad, 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 esta fase final se hace una evaluación, objetivo por objetivo, de lo que formó parte del contrato terapéutico, en qué proporción fue o no satisfecho. Entonces, se pasa a la reformulación de posibilidades, de modo que podrán comprometerse a trabajar para lograr nuevos objetivos por cuenta propia, o adecuar de forma realista las aspiraciones a lo que pudieron alcanzar, formulando el equipo, en ese caso, las recomendaciones que se hubiesen colegiado previamente, si fuesen necesarias.

Es la ocasión para acometer, con apoyo de un pizarrón, la realización del familiograma comparativo, si este fue elaborado de manera gráfica cuando el contrato terapéutico. De no utilizar el método del familiograma, se graficará la situación en lo posible mediante la palabra. Cualquiera de las opciones, de realizarse, da mucha materia para trabajo prospectivo independiente por parte de los interesados, puesto que es ocasión de plantearse propósitos y dejar bien definidas las metas. Todo el proceso de terapia es, en definitiva, un camino hacia las metas, ahora hechas explícitas nuevamente, en una oportunidad y un nivel privilegiados: un metanivel reforzador.

El momento de conclusiones y despedida permitirá fortalecer la confianza de la familia en sí misma, hacer un recuento global, a muchas manos, por parte del terapeuta y de la familia acerca de lo alcanzado, procurando dejar bien establecido que el mérito principal por haber ganado en funcionalidad y en la superación de sus problemas queda esencialmente de parte del esfuerzo realizado por la propia familia.

La connotación positiva, la inspiración y la validación consensual, entre otros recursos afines, se utilizarán con profusión en esta oportunidad, trascendente para el colectivo que termina de esta manera positiva su proceso de terapia.

Se debe dar el alta con una cita para chequeo evolutivo en un período comprendido entre los tres y los seis meses posteriores, ocasión en la que podrán hacerse algunas indagaciones confirmatorias en la dinámica interpersonal, apelando a la invocación de compromisos previos -de ser necesario- pero, sobre todo, se insistirá en el conjunto de valores que hay en ellos y en el aprovechamiento de las potencia-

lidades que existen en el seno de la familia para salir adelante, aplicando una vez más la connotación positiva y exaltando los logros alcanzados por cada cual, por modestos que sean, de modo que la familia encuentre en esta entrevista inspiración y compromiso para continuar por su cuenta el proceso nunca terminado de su propia transformación.

En el instante en que se decide el alta, les ratificaremos nuestra confianza en ellos, e insistiremos, también aquí, en que el futuro bienestar de la familia está por completo bajo entera responsabilidad de todos y cada uno de sus miembros.

Recordar siempre que los profundos conocimientos adquiridos sobre ellos mismos a lo largo de la terapia y, sobre todo, que los lazos afectivos establecidos y las fuertes corrientes de simpatía cultivadas de modo empático, estarán presentes de modo perdurable como experiencias reales, significativas; y como vivencias enriquecedoras que no ocurrieron por gusto, pasando a erigirse en organizador motivacional que compulsará moral y afectivamente a dar continuidad a los propósitos constructivos de la terapia, con posterioridad a la terminación formal del tratamiento. Si hemos trabajado con excelencia técnica y entrega solidaria de lo mejor de nosotros mismos, habremos cumplido nuestro cometido.

13.9.4 Esquema de la psicoterapia concreta familiar de actitudes, profunda o prolongada

Proponemos al lector un esquema, modificado de *Macías*, de interés práctico para organizar el pensamiento, siguiendo una sistemática. No es un molde rígido. Recordar que, en la PCA "cada traje debe ser cortado a la medida".

Etapas iniciales: Evaluación sistémico-actitudinal

- | | |
|---|---|
| <p>I. Fase de evaluación diagnóstica</p> <p>a) Definición del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivo de consulta que presenta la familia • Otros problemas que presenta la propia familia • Problemas que detecta el terapeuta, pero no la familia <p>b) Patrones de identificación y solución de problemas que plantea la familia</p> <p>c) Detección y jerarquización de recursos familiares (fortalezas y debilidades)</p> <p>d) Hipótesis diagnósticas parciales (clínica, estructural, funcional, dinámica, ecológica, actitudinal, semántico-comunicacional)</p> <p>e) Hipótesis sistémico-actitudinal</p> | <p>II. Fase de definición de objetivos y plan de terapia</p> <p>a) Definición de objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmediatos • Mediatos, a corto, mediano y largo plazos • Finales <p>b) Decisión sobre la estrategia terapéutica</p> <p>c) Contrato terapéutico</p> |
|---|---|

Etapla intermedia: Intervención terapéutica intensiva

III. Fase de ejecución técnica

(intervención intensiva)

- a) Utilización de distintos recursos técnicos para manejar problemas y lograr objetivos.

Intervención sobre:

- 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 semántico-comunicacional
- 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 conductas adaptativas
- e) Externización

Etapla terminal: Evaluación de resultados y recomendaciones

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

13.10 Comentarios finales

He tratado de mantener una relación consecuente entre las formas de psicoterapia individual, grupal y familiar siguiendo el denominador común del trabajo con 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 va a 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 diversos intereses y grados de motivación, 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 la mayor parte de las veces. 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 habitual haría casi imposible modelarla. No obstante, no podemos ser absolutos al respecto, puesto que el sufrimiento crónico que suele acompañar a los trastornos neuróticos, lleva a familias cultas y preocupadas a solicitar ayuda especializada cuando toman conciencia de su mal funcionamiento. Esto se aprecia cada vez con mayor frecuencia. Pero constituyen aún 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 "el hierro está al rojo vivo" y es más factible 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 contentarnos con ello, sino para obtener *cambios* en la familia, más o menos profundos según su necesidad. Para eso contamos con dos modalidades de este tipo de terapia, de acuerdo con la profundidad de sus objetivos. Pero los principios en que se fundamenta la psicoterapia concreta de actitudes en cualquiera de sus variedades, y los recursos que aporta, capacitan al terapeuta para la intervención tanto breve como prolongada, en familias, grupos o individuos, cuando ello está indicado.

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 terapia psiquiátrica; al concebir las crisis como una oportunidad biopsicosocial privilegiada para el cambio, nos ponemos en condiciones ventajosas para desenvolvernos profesionalmente con personas y familias desestabilizadas; al abordar la psicoterapia, desarrollamos un recurso imprescindible para intervenir eficazmente en diversos problemas de salud 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

- Ackerman, N. (1966): *Treating the Troubled Family*. Basic Books, New York.
- Adler, A. (1959): *El carácter neurótico*. Paidós, Buenos Aires.
- Anojin, P. (1975): *Biologie et Neurophysiologie du Reflex Conditionné*. Editions Mir, Moscow.
- Aguilera, D.C. (1993): *Crisis intervention, theory and methodology*. Ed. Mosby, St. Louis.
- Alexander, F y French falta un dato de este autor (1940): *Psychoanalytic therapy*. Ed. Roland Press, New York.
- Allport, G.W. (1971): *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. Editora Revolucionaria, Instituto Cubano del Libro, La Habana.
- Álvarez, M.A. (1998): *Stress, un enfoque integral*. Editorial Científico-Técnica. La Habana.
- Arce, S. (2008): *Inmunología Clínica, un paso más allá; en busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Arés, P. (2004): *Familia y convivencia*. Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- Auerswald, E.H. (1968): Interdisciplinary versus Ecological Approach . *Family Process*. 7:205-215.
- Bandler, R. y J. Grinder (1996): *La estructura de la magia I y II*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- Barrientos, G. y A.M. de la Rosa (1988): Psicoterapia breve. En *Psicoterapia (Colectivo de Autores)*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- _____, A. Clavijo, M. León, F. Sánchez, R. Centeno et al. (2003): La Reforma de la Atención de Salud Mental. SESPAS-OPS-OMS-MINSAP. Cooperación técnica entre países: Cuba-República Dominicana, Santo Domingo R.D, 220 pp.
- _____, (2004): Psicoterapia de Urgencias [inédito]. Taller Nacional de Psicoterapias Autóctonas. CENSAM e Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Abril 12-17.
- Bassin, F.V. (1972): *El problema del inconsciente*. Ed. Granita, Buenos Aires.
- Bateson, C. (1976): *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Lohlé, Buenos Aires.
- Bauleo, A. (1974): *Ideología, Grupo, Familia*. Ed. Kargreman, Buenos Aires.
- Béquart, P. y B. Muldworf (1965): *Psicoterapia y materialismo dialéctico*. Ed. Nuestro Tiempo, Buenos Aires.
- Berne, E. (1976): *Análisis transaccional en psicoterapia: una psiquiatría sistemática, individual y social*. Psique, Buenos Aires.
- Bíkov, K.M. (1942): *Corteza del cerebro y los órganos internos*. Kírov, URSS.
- Bonnaffe, L. (1965): El personaje del psiquiatra o el Arte de la Simpatía. En *Psicoterapia y Materialismo Dialéctico* (Béquart y Muldworf, eds.). Editorial Nuestro Tiempo, Buenos Aires.
- Boszormendyi-Nagy, I. y G. Sparks (1973): *Invisible Loyalties*. Harper & Row, New York.
- Bowen, M. (1989): *La terapia familiar en la práctica clínica*. Editorial Desclee de Brouwer, Bilbao, pp. 275.
- Bustamante, J.A. (1970): *Psicología médica*. Editorial Científico-Técnica, t. II y III, La Habana.
- _____, (1976): *Psiquiatría*. Editorial Científico-Técnica, t II. La Habana.

- _____ (1977): Concepto de neurosis. Boletín del Centro de Estudios sobre la Neurosis. Academia de Ciencias de Cuba, No.1:5-14.
- _____, A. San Román, J. Aquino y A. Rodríguez (1981): *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.
- Campos Avillar, J. y H. Kesselman (2006): Grupo análisis operativo: Foulkes-Pichon Rivière, Un diálogo pendiente, un diálogo para un cambio. *Interpsiquis* 2006;(2006). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2006/>
- Caplan, G. (1964): *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York.
- Carbonell, D.M. y C. Partelano-Barehmi (1999): Psychodrama groups for girls coping with trauma. *Int J Group Psychother*, 1999;49(3):285-306.
- Castro-López, H. (1982): Algunas manifestaciones de los sets inconscientes, consideraciones sobre su relación con los sueños y los síntomas de las neurosis. *Rev Hosp Psiquiátr Hab*, 1982;23(1):59-66.
- Certcov, D. (1984): *Psicoterapia Racional*. Paidós. Buenos Aires, pp. 107.
- Clavijo, A. (1972): La conciencia. *Rev Hosp Psiquiátr Hab*, 13(2):54-79.
- _____ (1981): Psicoterapia con la familia vs. psicoterapia de familia. *Memorias del IX Congreso de la Asociación Psiquiátr. Am. Latina*. La Habana, Ed. Científico-Técnica, 1981:981-7.
- _____ (1989): La psiconeuroinmunología: una ciencia en desarrollo. En *Manual de Psiquiatría para el Médico de Familia*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, pp. 162-164.
- _____ (2002a): La consideración de los fenómenos psíquicos inconscientes en la Psicoterapia Concreta de Actitudes. *Interpsiquis* 2002. *Rev. Psiquiatría.com*, 2002;(2002). Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/5261/>
- _____ (2002b): Reivindicación de las neurosis. *Revista Psiquiatría.com* 2002, ISSN 1137-3148. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/estrés/5229/>
- _____ (2006): Crisis, Familia y Psicoterapia: Aporte de una nueva tecnología para el tratamiento de los trastornos psíquicos. [inédit o]. Tesis de Doctorado en Ciencias Médicas. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- _____ y G. Barrientos (2008): Terapéutica psiquiátrica en atención primaria de salud. En *Medicina General Integral*, Vol III, Parte XXVIII, Cap. 107, pp. 272-287 (Roberto Álvarez Sintés et al.). Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Colectivo de Autores (1988): *Psicoterapia*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 164 pp.
- Colli, M. y M. Lorenzo (2004): Psicoterapia de Grupo en Cuba: Antecedentes y actualidad. *Rev Hosp Psiquiátr Hab*, 2004;1(2-3).
- Conty, A. (2000): Oncology in Neuroimmunomodulation. What progress has been made? *Neuroimmunomodulation. Perspectives at the new Millennium. Ann N. Y. Acad Sci.*, 917:68-83 [Citado por Arce, 2005].
- Córdova, A. (1979): *Algunos aspectos filosóficos, teóricos y prácticos de la psiquiatría*. Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- _____ y K. Hetcht (1985): *El problema del estrés en la medicina*. Editorial Científico-Técnica (ed. 1988), La Habana, 166 pp.
- Díaz Miniet, E. (1988): *Factores sociales en las neurosis*. Editorial Academia, La Habana.
- Díaz Tenorio, M., A. Durán, Y. Valdés, E. Chávez y T. Alfonso (2001): *Familia y cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio*. Departamento de Estudios sobre Familia. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, La Habana, 199 pp.

- Dumbar, F. (1954): *Emotions and bodily changes*. Collumbia University Press, 4th ed., New York.
- Ellis, A. (1984): Expanding de ABCs of RET. En *Cognition and psychotherapy* (A. Freeman y A. Mahoney, eds.), Plenum, New York.
- Erikson, E. (1968): *Identity: Youth and Crisis*. W.W. Norton, New York.
- Erickson, M (1969): *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy*. Grune and Stratton, New York, pp. 395-397.
- Ey, H. (1967): *La conciencia*. Ed. CREDOS, Madrid.
- Fernández, A.M. (1992): *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Fernández-Zoila, R. (1965): Psicoterapia y Materialismo Dialéctico. En *Psicoterapia y materialismo dialéctico* (Béquart y Muldworf, eds.). Nuestro Tiempo, Buenos Aires.
- Fleck, S. (1985): Psicoterapia de Familia. En *Comprehensive textbook of Psychiatry* (Kaplan, H.I y B.J. Sadock, eds.). Williams & Wilkins, Baltimore.
- Fonagy P. (2003): El psicoanálisis hoy en día. *World Psychiatry* (Ed Esp), 2003;1(2):73-80
- Fors, M, M. Quesada y D. Peña (1999): La psiconeuroinmunología, una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Invest Biomed*. 1999;18(1):49-53.
- Freud, A. (1946): *The Ego and the Mechanisms of Defense*. International Universities Press, New York.
- _____ (1945): *Obras completas*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Freedman, A, H. Kaplan y B. Sadock (1982): *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Salvat, Barcelona, tomo III.
- Fromm, E. (1947): *Miedo a la libertad*. Ed. Abril, Buenos Aires.
- Gilbert, P. (1998): The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *Br J Med Psychol*, 1998;71(Pt4):447-63.
- González Leandro, P. (2004): Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. *Interpsiquis* 2004. Disponible en <http://www.psiquiatria.com>
- González Menéndez, R. (1998): *Terapéutica psiquiátrica básica actual*. Editorial Ciencias Médicas (2da ed., 2004), La Habana.
- Greene, M.A. (1995): Resistance and modes of communication. *Bull Menninger Clin*, 1995;59(4):427-42.
- Guimón, J. (2003): *Manual de terapia de grupos. Tipos, modelos y programas*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Hales, R.E., S.C. Yudofsky, I. Ellwood y J.A. Talbott (1989): *DSM-IV® Tratado de psiquiatría*. Masson, Barcelona, tomo I, 3ra. ed., 2000.
- Haley, J. (1969): *Estrategias en Psicoterapia*. Ed. Toray, Barcelona.
- Hernández, P.L. García, L. y A. Clavijo (2004): Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis. *Psiquiatria.com* 2004;8(4). Disponible en www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/132/19751/?++interactivo/
- Hetch, K., G. Dörner, T. Hetch y F. Gotze (1977): Aspectos ontogenéticos del estrés emocional y de la neurosis. *Boletín del Centro para el estudio de las Neurosis*. Academia de Ciencias de Cuba, 2:31-46.
- Hunter, M.E. (1987): *Psych yourself in Hypnosis & Health*. Seawalk Press, Vancouver, 216 pp.
- Hoffman, L. *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Horney, K. *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. Ed. WW Norton & Co., New York: 1937.

- Jackson, D. (1968): *Communication, family and marriage*. Science & Behavior Books, Palo Alto
- Joyce, A.S. y W.E. Piper (1998): Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res*, 1998;7(3):236-48.
- Keller, J.W. et al (1995): Use of dreams in therapy: a survey of clinicians in private practice. *Psychol Rep*, 1995;76(3 Pt 2):1288-90.
- Khannanashvili, M.M. (1981): Sobre los principios de la clasificación de las neurosis. *Bol Centr Est Neurosis*, 5:33-44.
- _____ (1991): *Patología experimental de la actividad nerviosa superior*. Editorial Mir-Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- Kaplan, H.I. y B.J. Sadock (1985): *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Kardiner, A y R. Linton (1955): *Fronteras psicológicas de la sociedad*. Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- Kemmis, S. y R.Mc Taggart (1992): *Cómo planificar la Investigación-Acción*. Edita Alertes, Barcelona.
- Kiser, L.J, E. Ostoja y D.B. Pruitt (1998): Dealing with stress and trauma in families. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 1998;7(1):87-103.
- Krupnick y Horowitz (1994): Citado por Orlandini (1994).
- Lazarus, R.S. y S. Folkman (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York:
- Lindemann, E. (1969): Symptomatology and Management of Acute Grief. En *Crisis Intervention: Selected Readings* (Parad, J.H. y G. Caplan, comps.), Family Service Association of America, New York.
- López-Yarto, L. (2002): Terapia de grupo o terapia en grupo. *Revista de Psicoanálisis*, 2002;10(1).
- Louro, I. (2000): Atención Familiar. En: *Temas de Medicina General Integral*. (Alvarez Sintes et al.), Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Vol 1, pp. 209-238.
- _____ (2004): Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Rev Med Gen Integr*, 20(3):04.
- Macías, R. (1978): Psicoterapia de Familia. Cursos Internacionales OPS-MINSAP- Sociedad Cubana de Psiquiatría, La Habana, 1978-1989.
- Mac Culloch, T. (1998): Emotional competence in professional communication. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 1998;7(2):60-6.
- Machado, P.P., L.E. Beutler y L.S. Greenberg (1999): Emotion recognition in psychotherapy: impact of therapist level of experience and emotional awareness. *J Clin Psychol*, 1999;55(1):39-57.
- Mahoney, M.J. y D.K. Granvold (2005): Constructivismo y psicoterapia. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 2005;3(2):74-77.
- Markowitz, J.C. y M.M. Weissman (2004): Psicoterapia Interpersonal: fundamentos y aplicaciones. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 2004;2(3):136-139.
- Martínez, C. (2001): *Salud Familiar*. Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2da. reimpresión, 2003, 310 pp.
- _____ (2005): *Para que la familia funcione bien*. Ed. Científico-Técnica, La Habana.
- Meissner, W.W. (1998): Neutrality, abstinence, and the therapeutic alliance. *J Am Psychoanal Assoc*, 1998;46(4):1089-128.
- McKenna, P. y E. Haste (1999): Clinical effectiveness of dramatherapy in the recovery from neuro-trauma. *Disabil Rehabil*, 1999;21(4):162-74.
- Miasishev, B. (1988): Citado por Bustamante en *Colectivo de Autores (1988)*. p. 31.

- Minuchin, S. (1993): *Técnicas de terapia familiar*. Paidós, México, D.F.
- _____ (1998): Where is the family in narrative family therapy? *J Marital Fam Ther*, 1998;24(4):397-403.
- Nicolis, G. e I. Prigogine (1987): *La estructura de lo complejo*. (Edición Castellana). Alianza Editorial, Madrid, ed. 1994.
- Organización Mundial de la Salud (1992): CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. OMS-Meditor, Madrid.
- Orlandini, A. (1994): *Sicología del estrés*. Ed. Oriente, Santiago de Cuba.
- Otero, A.A., V. Ravelo, A. Echazábal, L. Calzadilla, F. Duarte et al (2001): *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3)*. Edit. Hospital Psiquiátrico de La Habana, pp. 155-201.
- Patterson, C.H. (1980): *Theories of Counselling and Psychotherapy*. Harper y Row Publishers, 3th ed., New Cork
- Paz, J.G. y E. Galende (1975): *Psiquiatría y Sociedad*. Granica. Buenos Aires, 206 pp.
- Perls, F. (1976): *El enfoque guesáltico y testimonio de terapia*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- Pichon-Rivière, E. (1977): *Del psicoanálisis a la Psicología Social*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Politzer, G. (1929): Psicología mitológica y psicología científica. *Revista de Psicología Concreta*, París, No. 1.
- Ponce, J.R. (1981): *Dialéctica de las actitudes en la personalidad*. Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- Prest, L.A., M.J. Benson y H.O. Protinsky (1998): Family of origin and current relationship influences on co-dependency. *Fam Process*, 1998;37(4):513-28.
- Quiles, I. y M. Colón (2000): Grupos operativos en anorexia nerviosa . Interpsiquis 2000, Conferencia 24-CO-B: [15 pantallas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/comunica/24cob.htm>
- Reich, W. (1945): *Character Analysis*. Ed. Orgone, New York.
- Revilla, L. de la (1994): *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Ed. Doyma, Barcelona.
- Rodríguez Machado, I., I.V. Solanas y A. Clavijo (2006): Ansiedad, comportamiento y percepción de factores asociados a la misma. *Rev Psiquiatria.com* 2006;10(2). Disponible en <http://psiquiatria.com/>
- Rodríguez Mesa, R.C. (2004): Experiencias en psicoterapia con grupos grandes. Interpsiquis 2004;(2004). Disponible en <http://www.interpsiquis.com/>
- _____: Aval para publicación del libro del Dr. Sergio Arce "Inmunología Clínica, un paso más allá; en busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo". Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 2007.
- Rogers, C. y C.M. Kinget (1967): *Psicoterapia y relaciones humanas*. Ed. Hombres, Hechos e Ideas, Madrid.
- Satir, V. (1989): *Psicoterapia familiar conjunta*. Ediciones Científicas, La Prensa Mexicana, S.A., México D.F.
- Schwartz, R.C. (1999): Narrative therapy expands and contracts family therapy's horizons. *J Marital Fam Ther*, 1999;25(2):263-7.
- Scott, C.R., B. Weiner y A. Vaughn (2002): Cognitive Approaches to Stress and Coping. *Curr Opin Psychiatry*, 2002;15(6):627-632
- Selvini Palazzolli, M. et al (1978): *Paradox y Contraparadox*. Jason Aronson, New York.
- Símonov, P. (1990): *Motivación del cerebro*. Ed. Mir, Moscú.
- _____. (1981): Role of limbic structures in individual characteristics of behaviour. *Acta Neurobiol*, Vol. 41:573-582.

- Skinner, B.F. (1953): *Science and Human Behaviour*. Macmillan, New York.
- Slipp, S. (1998): Sandor Ferenczi, the grandfather of family therapy. *J Am Acad Psychoanal*, 1998;26(2):223-32.
- Snezhnevski, A.V. (1987): *Manual de Psiquiatría*. Editorial Mir, Moscú. 480 pp.
- Stein, H.H. (1995): The dream is the guardian of sleep. *Psychoanal Q*, 1995;64(3):533-50.
- Stein, R. (1995): The role of affects in the process of change in psychotherapy. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 1995;32(3):174-83.
- Solomon, M. (1973): A Developmental Premise for Family Therapy. *Family Process*, 12:179-188.
- Solomon, P. y J. Draine (1995): Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation. *Am J Orthopsychiatry*, 1995; 65(3):419-27.
- Suárez Ramos, H. et al (2004): Psicoterapia. Camino hacia las Metas [inédito]. Primer Taller Nacional de Psicoterapias Autóctonas. CENSAM e Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Abril 12-17
- Sullivan, H.S. (1959): *La entrevista psiquiátrica*. Ed. Psique, Buenos Aires.
- Uznadze, D. (1966): Principes essentials de la theorie de l'attitude. En *Recherches Psychologiques en URSS*. Ed. du Progress, Moscou.
- Valbak, K. (2004): Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 2004;109(3).
- Watzlawick, P. J. Beavin y D. Jackson (1971): *Teoría de la comunicación humana*. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
- Von Weizsäcker, V. (1951): *Fälle und Probleme*. Enke, Stuttgart.
- Willinger, U. G. Diendorfer-Radner, R. Willnauer, G. Jorgl y V. Hager (2005): El estrés y la unión familiar. *Behavioral Medicine*, 2005;31(2).
- Wolpe, J. (1962): The experimental foundations of some new psychotherapeutic methods. En *Experimental Foundations of Clinical Psychology*, (AJ Bachrach, ed.). Basic Books, New York, p. 554.
- Whitaker, C. (1975): Psychotherapy of the Absurd. *Family Process*, tomo 14, 1975, p. 11.
- Yllá, L. y A. González-Pinto (2003): Terapia de grupo y cambios de actitud hacia la enfermedad mental en estudiantes de Medicina. *Revista Internacional* [on-line], 2003; 2(1).
- Zaldívar, D. et al (2004): *Psicoterapia General*. Editorial Félix Varela, La Habana.