

EL ANALISIS DE LA DEMANDA. UNA DOBLE PERSPECTIVA, SOCIAL Y PRAGMATICA

Manuel Villegas Besora
Universitat de Barcelona

Psychotherapy, as a professional activity, belongs to the group of helping professions, but it differs from them in many ways regarding the analysis of the demand. In this article analysis of the demand is considered from a social and pragmatic point of view.

INTRODUCCION

Una de las primeras cuestiones que debe abordar el psicoterapeuta en el encuentro inicial con un paciente es la relativa a la acogida y análisis de la demanda de ayuda. Ésta viene formulada discursivamente en términos no siempre psicológicamente viables, ni pragmáticamente apropiados; de modo que en la mayoría de los casos se hace necesaria una *reformulación*. Entre las razones que probablemente están al origen de este fenómeno se debe mencionar la naturaleza misma de la psicoterapia, a medio camino de otras profesiones de ayuda o “cura” -en el sentido etimológico del vocablo griego *therapia*-, lo que lleva fácilmente a confundirla con ellas y a plantear, en consecuencia, demandas inapropiadas desde el punto de vista psicoterapéutico.

No cabe duda de que por razones históricas la psicoterapia se ha asociado y asimilado especialmente a la medicina, y más en concreto a la psiquiatría. En algunas universidades las facultades de Psicología comparten con Medicina la misma División y los curricula universitarios de Psicología y Medicina (psiquiatría) se consideran los únicos adecuados para acceder a la especialización postgrado en psicoterapia. Los mismos requisitos son exigidos por las asociaciones nacionales o internacionales de psicoterapeutas, tales como la FEAP o la EAP. Incluso algunos profesionales reúnen en sí mismos la doble condición de psiquiatra y psicoterapeuta, o colaboran estrechamente unos con otros tanto en el ámbito de la asistencia pública como de la privada. Ambos colectivos comparten, además, la misma literatura

científica, aceptando criterios diagnósticos comunes DSM-IV. Por último, los tratamientos que combinan psicoterapia y farmacoterapia se consideran los más efectivos para la mayoría de trastornos psicológicos (Breitman y Klerman, 1991) y más en particular para la depresión (Hollon, 1992).

Estos y otros muchos factores, derivados particularmente del planteamiento informativo, literario, cinematográfico y televisivo que se hace de estas profesiones, contribuyen a crear un imaginario social según el cual la psicoterapia no es más que el equivalente *light* de la psiquiatría, con lo cual la demanda que se puede dirigir a ambas es también equivalente. Pero esta construcción social olvida el elemento fundamental que diferencia psiquiatría de psicoterapia, a saber la cuestión del *pharmakon* o agente terapéutico sobre el que se constituyen y diferencian como disciplina o método de tratamiento. En efecto, ¿cuál es el factor, si es que existe, que cura -en el sentido de sanar- en el caso de la psicoterapia?

No vamos a responder ahora a esta pregunta por dos razones fundamentales: la primera porque no es el tema que nos proponemos desarrollar en este artículo; la segunda porque probablemente la pregunta está mal planteada y, en consecuencia, no tiene respuesta, tal como demuestra la discusión estéril que se viene produciendo desde hace años a este propósito en el ámbito de la literatura especializada (Castillo y Poch, 1991; Revista de Psicoterapia, todo el nº 4; Frankl, 1990). En efecto, esta pregunta continúa basándose en la asimilación epistemológica entre psiquiatría y psicoterapia, donde está claro que para la psiquiatría existen fármacos, es decir sustancias activas (agentes) que *actúan sobre* organismos pasivos (pacientes), mientras que en psicoterapia no existen ni sustancias activas ni organismos pasivos, sino agentes sociales (psicoterapeutas) que *interactúan con* otros agentes sociales (clientes o usuarios).

La comprensión de esta diferencia fundamental relativa a los recursos y objetivos propios de una disciplina con respecto a la otra constituye un aspecto básico para encuadrar debidamente el análisis de la demanda. En efecto, el psicoterapeuta sólo podrá trabajar como tal en el caso que la demanda venga formulada o reformulada en términos coherentes con sus recursos específicos. Esto que, a primera vista, puede parecer una tautología o petición de principio no lo es si se tiene en cuenta la confusión existente, para cuyo esclarecimiento se exige, quizás como en ninguna otra profesión, un planteamiento sistemático de análisis de la demanda. En general la demanda que puede dirigirse a un notario, un arquitecto o un agente de la propiedad inmobiliaria es bastante coherente con su especialidad, sin que sea necesario discutir largamente sobre ello con el cliente. Sin embargo no sucede lo mismo en psicoterapia, hasta el punto que para algunos (Carli, 1990), a nuestro juicio exageradamente, el análisis de la demanda se convierte en el núcleo central del trabajo psicoterapéutico. Nosotros, por el contrario, creemos que el análisis de la demanda constituye su condición preliminar.

El tipo de ayuda, además, que viene solicitada en psicoterapia, no pertenece

a un campo de intervención externa al sujeto, sino que le implica directamente a él y al psicoterapeuta, de modo que da origen a una verdadera *interacción* psicosocial. La demanda de ayuda emitida por el usuario pone al psicoterapeuta ante la situación de plantearse qué puede hacer realmente por el demandante sin salirse de su rol profesional. Esto es relativamente muy poco o nada, si no dispone de algún instrumento o método de trabajo como, en nuestro caso, el análisis del discurso (Villegas, 1992), del que el análisis de la demanda constituye su aspecto más pragmático.

Tenemos pues dos dimensiones a considerar en el análisis de la demanda: la interactiva, relativa al proceso mismo de solicitar y prestar ayuda, que debe analizarse desde una perspectiva psico-social; y la discursiva, centrada en el análisis de las modalidades expresivas y pragmáticas que determinan que una demanda de ayuda pueda ser entendida y atendida psicoterapéuticamente. Ambas perspectivas constituirán el horizonte de nuestra reflexión a lo largo de este artículo.

I.- LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DE LA DEMANDA DE AYUDA

Para esclarecer la primera de las dimensiones que nos planteábamos en el párrafo anterior, relativa al proceso mismo de solicitar y prestar ayuda, puede ser útil el siguiente esquema conceptual. En toda situación de demanda de ayuda tenemos, como mínimo tres elementos en juego:

- a) un sujeto individual o colectivo con una necesidad o carencia, vividas subjetivamente como tales;
- b) unos recursos (supuestamente) apropiados para cubrir esta carencia o necesidad;
- c) un agente social especializado en la prestación de tales recursos.

a) La vivencia subjetiva de una necesidad

La prestación eficaz y no ofensiva de ayuda requiere un reconocimiento y aceptación explícita de la misma por parte del demandante. Para ello es indispensable que el posible beneficiario de la ayuda experimente una necesidad, no pueda satisfacerla por sí mismo y emita un requerimiento manifiesto de ayuda. De lo contrario la prestación de ayuda puede provocar rechazo y humillación. Unos comentarios recientes de un indigente que vagabundea por la calle, aparecidos en la prensa (Molist, 1996), lo vienen a confirmar:

“La gente de la calle no se deja pisar fácilmente, están cansados de lo que han tenido que aguantar y son más duros. Van a un centro de acogida y se sienten sometidos, presionados por los horarios, porque no les dejan beber ni fumar. Una vez la Asociación X me invitó a su centro..., pero al cabo de unos días me cansé y me fui. Querían cambiar mi modo de ser”.

Esta es la razón por la que muchas intervenciones bien-intencionadas de los misioneros o de otras organizaciones humanitarias acaban con frecuencia en el

fracaso o con la destrucción asimilativa de las poblaciones asistidas: la “ayuda” prestada por estos agentes sociales no responde a una necesidad subjetivamente sentida por los aborígenes o los componentes de un determinado ecosistema natural o social. Esto causa muchas veces estupor y frustración en los esforzados ánimos de quienes se entregan a una causa que consideran justa, tal como ponen de manifiesto las declaraciones del representante de una asociación cívica de reinserción social para indigentes, aparecidas en el mismo reportaje al que nos hemos referido anteriormente (Molist, 1996)

“En Barcelona hoy en día nadie se muere de hambre. Es el contraste con el Tercer Mundo. En el cuarto hay más medios, pero también más aislamiento. Los pobres de Nicaragua se juntan para construir un pozo o una cloaca. Los de aquí no tienen conciencia colectiva, no hacen cosas juntos. Están solos. Por eso hablar con ellos es mejor que darles dinero. Te aceptan mejor media hora de explicar chistes que de hacer un seguimiento. Esto sorprende y hace daño, porque les ofreces ayuda y no la quieren. Los procesos de reinserción no funcionan casi nunca”.

Existen ciertamente, también, situaciones en que el sujeto no puede expresar sus necesidades por hallarse en un estado de desvanecimiento o inconsciencia. En estos casos la intervención de un agente social externo constituye más bien una acción de salvamento que de ayuda. Se trata de situaciones en las que la valoración de la necesidad o del peligro viene determinada objetivamente, dando por supuesto que la persona solicitaría y aceptaría la ayuda si le fuera posible hacerlo.

Se pueden señalar también ocasiones en que la persona puede atender por sí misma a sus necesidades, pero por razones de comodidad prefiere hacerse ayudar por otras personas a las que se recompensa en dinero o en especie por tales servicios. Por ejemplo un camarero, un limpiabotas o el conductor de un transporte público.

No basta, sin embargo, la percepción subjetiva de una necesidad, ni la sensación de incapacidad para afrontarla, para que alguien se anime a pedir ayuda a una tercera persona o institución. Se requiere, con frecuencia, un largo proceso de evaluación de los costes y beneficios de tal solicitud. En efecto, la demanda de ayuda implica muchas veces una amenaza a la autotestima, así como el miedo a contraer una deuda impagable o incluso desarrollar una dependencia infantilizante o sentirse restringido en la propia capacidad de criterio y decisión. En tales casos las personas pueden sentirse inhibidas o retraídas ante la eventualidad de solicitar ayuda a un tercero. Igualmente el miedo a molestar o a resultar una carga para los demás puede constituir un lastre notable para pedir ayuda. Una mujer que estaba explorando la posibilidades de seguir una terapia con una psicóloga a la que había conocido en ocasión de unos encuentros profesionales esporádicos escribió después de los primeros escarceos a su posible terapeuta:

“Hoy tenía mi primera sesión formal contigo, pero te escribo para decirte que no vendré... Creo que cuando te conocí me diste la impresión de que

algún día podrías ayudarme, de que algún día conseguiría abrirme contigo, de que me tirarías un salvavidas; no sé, por eso decidí llamarte para la psicoterapia. Pero hoy me doy cuenta de que no vale la pena,... de que cuando necesite a alguien me tomo dos o tres cubatas o hago cualquier cosa de esas y, aunque luego me encuentre fatal, habré pasado un rato feliz, olvidándome de todo, sin salir de donde me encuentro, pero sin que nadie se dé cuenta... Sé que tengo a mi amiga X, sé que puedo contar con ella y sé que te tengo a ti; pero también sé que las personas cansamos con nuestros problemas y, a veces, sin darnos cuenta, agobiamos.”

b) La existencia de recursos apropiados

Cuando alguien acude a buscar ayuda a un profesional del tipo que sea, generalmente ha recorrido previamente un largo camino repleto de bucles y estados intermedios tal como puede verse reflejado en el diagrama de flujo del Gráfico 1.



La primera condición, en efecto, para que alguien se decida a solicitar una ayuda es que exista una conciencia clara de una necesidad o carencia. Pero esto no es siempre así, como queda dicho, a los ojos de quien experimenta una determinada situación, aunque pueda serlo para los ajenos. Aun en el supuesto del reconocimiento de la existencia de un determinado problema, éste no siempre es valorado como preocupante o dominante, de modo que su enfrentamiento o resolución se deja de lado o para una mejor ocasión. Muchos son, en efecto los pacientes que acuden a terapia con la conciencia de arrastrar un problema durante años, intentando quitarle importancia, esperando que se solucione por sí solo o aplazando *sine die* su enfrentamiento.

Sólo cuando un problema adquiere una dominancia relevante suele motivar la atención del sujeto que lo sufre. Con muy buen criterio la reacción de un individuo que se hace consciente de un problema tiende a ser la de buscar formas de hacerle frente por sí mismo, es decir, la de poner en marcha sus propios recursos. Únicamente cuando éstos se manifiestan insuficientes suele abrirse el sujeto a la solicitud de ayuda externa, esto si mientras tanto no ha decidido abandonar de nuevo o considerar como irresoluble su problema.

La búsqueda de ayuda externa se inicia habitualmente en los círculos más próximos: familiares o amigos. Éstos pueden constituir una fuente de recursos suficientes para hacer frente a las necesidades originales con los que restablecer un estado de autonomía y bienestar. En ocasiones, no obstante, tampoco esta ayuda basta; incluso a veces resulta indeseable, puesto que la fuente de problemática, particularmente psicológica, puede estar en las relaciones con la propia familia, la pareja, los amigos o compañeros del trabajo, etc. o bien éstos, a pesar de su buena voluntad se sienten incapaces de hacer nada o se ven limitados a no decir más que vaguedades. Caso de resultar infructuosa la búsqueda de ayuda eficaz en los círculos proximales puede producirse de nuevo un abandono o resignación, con evitación, premeditada o no, de acudir a otras fuentes de recursos más lejanas.

El acceso a los recursos distales suele hacerse también de forma graduada, pasando de los profesionales más genéricos -médico de familia, servicios de urgencias, sacerdote, etc.- al especialista. No es frecuente, todavía, que para los asuntos de carácter psicológico la gente se dirija espontáneamente al psiquiatra o psicoterapeuta. Ésta es una de las razones por las que muchos pacientes llegan a psicoterapia solamente a través de la derivación.

c) La interacción con un agente social especializado

Cuando, finalmente, la demanda de ayuda, en nuestro caso psicológica, llega a un profesional especializado, se inicia un proceso de negociación sobre las modalidades de intervención que son posibles y factibles. Con frecuencia la solicitud de ayuda no es directamente asumible en su presentación, habida cuenta de los recursos de que dispone la psicología como tal. Por ejemplo, un psicólogo no

puede llevar a cabo, por sí solo, un programa de desensibilización sistemática respecto al miedo a volar en avión o a navegar en barco de vela, si no tiene a mano un avión o un barco de vela. Por ello estos programas no funcionan, generalmente, si no es en colaboración con una compañía aérea o con un club náutico.

Por otra parte, una demanda de este tipo, orientada a la modificación de un hábito o a la desaparición de un síntoma, aunque debe considerarse genuinamente psicológica, no por ello puede denominarse psicoterapéutica. Con muy buen criterio, en efecto, en el ámbito de la modificación de conducta se ha evitado tradicionalmente el uso de la palabra psicoterapia. Ésta, en efecto, es un tipo de intervención psicológica dirigida fundamentalmente a producir un cambio en el sistema epistemológico del sujeto. Los recursos de que dispone el psicoterapeuta son de un orden distinto, aunque no incompatible, con los de la farmacología o los de la tecnología conductual, tal como muestra el Gráfico 2 sobre los distintos niveles de intervención terapéutica.

Imaginemos una situación de ataque de pánico, acompañada de todos los síntomas neurovegetativos de rigor: constituye sin duda una situación que se acopla bien con una intervención de tipo médico o farmacológico. Por eso muchas personas que han sufrido este tipo de experiencias se tranquilizan a la vista de símbolos que indican la proximidad de un hospital, un puesto de la Cruz Roja o una farmacia, o llevando un ansiolítico en el bolso (Prata y Raffin, 1995). Algunas de las personas que han sufrido un ataque de pánico desarrollan fácilmente después un trastorno de tipo fóbico o evitativo, asociado a las circunstancias o contexto inmediato donde se produjo. Para ellos puede ser indicado un programa de desensibilización sistemática o un tratamiento de tipo conductual.

No siempre, sin embargo, tales tratamientos se demuestran suficientes. En efecto, la eclosión de muchas crisis de pánico y la fobia subsiguiente no se produce de forma puntual o espontánea, o condicionada, por ejemplo, al pánico experimentado en el interior de un ascensor que se ha quedado bloqueado, sino que, con frecuencia -como hemos tenido ocasión de valorar en otro trabajo (Villegas, 1995)- tales crisis se manifiestan como la punta de un *iceberg* de características estructurales mucho más complejas. En tales casos tiene sentido el planeamiento de una demanda de ayuda psicoterapéutica. Ésta implica la transformación de una demanda focalizada en la mitigación de los síntomas neurovegetativos o en la superación de los hábitos restrictivos de un comportamiento evitativo, hacia una demanda de comprensión del significado del fenómeno, que permita una evolución o desarrollo del sistema epistemológico del sujeto, lo que se considera el objetivo de toda psicoterapia. Esta transformación se convierte en uno de los pasos constitutivos del análisis de la demanda en la que se intenta definir en términos homogéneos las necesidades del sujeto y los recursos del psicoterapeuta.

Tal adecuación es, con frecuencia, fruto de un largo proceso de negociación, puesto que de lo que se trata es de llegar a un acuerdo sobre las bases de una

Gráfico 2
NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA

Subsistemas del S. N.	Objetivo	Procesamiento	Estadios evolutivos	Tratamientos terapéuticos
Regulación fisiológica	Neurotransmisores y Sistema endocrino	Bioquímico	Constitución genética	- químicos - físicos - mecánicos
Regulación somática	Reacciones neurovegetativas y musculares	Sensorial	Sensorio-motor	- relajación - terapias corporales - desensibilización
Regulación emocional	Estabilidad afectiva	Emocional	Pre-operacional	- catarsis - empatía - psicoterapia de apoyo
Regulación comportamental	Comportamiento	Empírico	Concreto	- terapias comportamentales - terapias cognitivo/conductuales - problem solving
Regulación cognitiva	a) Sistema de creencias b) Criterios epistemológicos	Cognitivo Metacognitivo	Formal Post-formal	- terapias racionales - terapias hermenéuticas

definición común del problema que permita un abordaje psicoterapéutico, estableciendo de este modo los presupuestos sobre los que asentar la alianza y el contrato terapéuticos. La falta de explicitación de tales presupuestos, la creación de falsas expectativas, la inadecuación de los recursos frente a la naturaleza de la demanda son, con frecuencia, la causa del fracaso o el estancamiento en la psicoterapia.

Los límites de la psicoterapia

Una de las funciones del análisis de la demanda es justamente la de definir claramente qué es lo que puede y lo que no puede esperarse de una psicoterapia. Ahora bien, *de-finir* cualquier disciplina teórica o práctica implica necesariamente señalar sus límites o *con-fines* (delimitar). Esto es particularmente necesario en las profesiones de ayuda, puesto que tanto el prestatario como el demandante pueden verse fácilmente tentados a sobrepasar los límites de lo que resulta viable y eficaz. Así por ejemplo, en alguna literatura psicoterapéutica, particularmente de corte humanístico o existencial, se ha puesto el acento de forma romántica o mística en lo que el terapeuta debe hacer por el paciente:

“El analista existencial, en tanto que psicoterapeuta, no debe disponer solamente de una amplia comprensión de la materia desde el punto de vista psicoterapéutico, sino que también, en lucha por la libertad de su interlocutor existencial, debe estar dispuesto a arriesgar la seguridad de su propia existencia” (Binswanger, 1954).

Un caso clamoroso de *aparente* extralimitación lo constituye el protagonizado por M. A. Sechehaye (1958) en el tratamiento de su paciente René, a la que siguió por espacio de casi ocho años continuados, llegando a desarrollar con ella una auténtica maternización simbólica sustitutoria. Este concepto tomado de Rosen (1953) entiende la intervención terapéutica, particularmente en las psicosis, en base a una concepción de su etiología relacionada con las frustraciones de tipo oral en la primera infancia por parte de la madre y, en consecuencia, define el trabajo psicoterapéutico como la identificación de las necesidades básicas subyacentes para proceder a su satisfacción no real, sino “simbólica” (las manzanas, el baño antes de acostarse, un conejito de peluche, etc. del caso René).

El éxito del tratamiento de la Dra. Sechehaye no constituye una excepción al principio que hemos enunciado de la no satisfacción directa de las necesidades del paciente por parte del terapeuta, sino la confirmación de que con aquellas personas que por su edad -como los niños- o por la gravedad de su perturbación psicológica -como los psicóticos- no pueden beneficiarse de un análisis semántico, puede ser más adecuada la utilización de un lenguaje simbólico o metafórico, que es en definitiva una forma más primaria de análisis o representación del significado, facilitando de este modo el pasaje del pensamiento mágico, al concreto y formal.

De forma sintética podemos decir que el objetivo de la psicoterapia no es satisfacer directamente las necesidades del paciente, sino ayudar a analizarlas, para

que pueda satisfacerlas por sí mismo o con los recursos a su alcance. Lo contrario crea dependencia y frustración y pervierte la naturaleza de la psicoterapia. Ciertamente la psicoterapia se establece y desarrolla en el contexto de la relación entre paciente y terapeuta. Esta relación adquiere una especial importancia, mucho mayor y mucho más decisiva que la que puede representar cualquier otra relación. Esto depende naturalmente del hecho que la finalidad de la psicoterapia es la exploración y el cambio cognitivo de uno de los dos participantes; por tanto, los comportamientos y las experiencias que entran en juego en la relación entre los dos protagonistas de la experiencia terapéutica constituyen una interacción absolutamente distinta de cualquier otra relación personal o profesional.

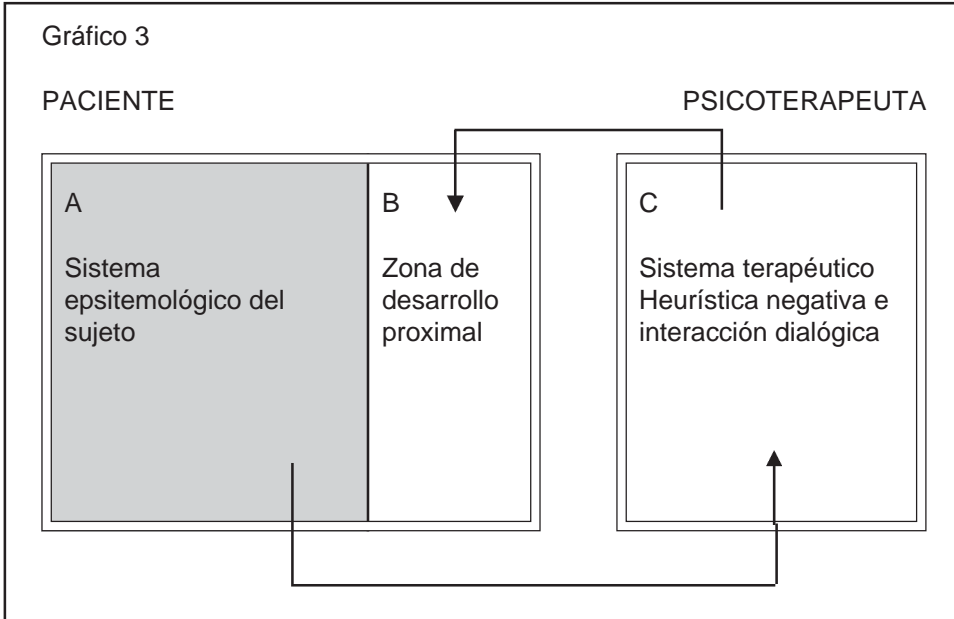
Desde nuestro punto de vista la psicoterapia puede concebirse como una interacción social orientada a promover el desarrollo psicológico de un sujeto, cubriendo de este modo déficits evolutivos, tal como hemos propuesto con la utilización de la “entrevista evolutiva” (Villegas, 1993). Si concebimos la evolución psicológica como una serie sucesiva de construcciones epistemológicas - sistemas de reglas y recursos cognitivos, afectivos y operativos- con que se construye la realidad, y los pasos de unos sistemas a otros como crisis y reestructuraciones de éstos a fin de ajustarlos a la complejidad creciente de sus interacciones con el mundo, podemos entender por qué cualquier bloqueo en ese proceso de reestructuración puede ser el origen de una disfunción o inadaptación psicológica.

En situaciones normales las crisis epistemológicas se resuelven generalmente a través de un proceso dialéctico interno o externo que lleva a una ampliación del sistema. Para un niño de seis o siete años la incongruencia entre el pensamiento mágico y el realista origina una crisis respecto a sus creencias sobre los Reyes Magos, que puede solucionar por sí mismo o con la ayuda de otros agentes sociales coetáneos o de mayor edad. Una gran cantidad de estudios demuestra que en los niños la interacción con los adultos promueve el cambio epistemológico de forma mucho más rápida y eficaz que con los coetáneos o consigo mismos en solitario.

Probablemente una ventaja semejante es la que obtiene el paciente en psicoterapia de la interacción con un agente social, en este caso el terapeuta, a causa más que de sus conocimientos especializados en psicología, de una preparación metodológica específica en el arte de favorecer el desarrollo epistemológico de un sistema individual, familiar o de pareja.

Nos parece que la mejor imagen que se puede ofrecer de la interacción en psicoterapia procede de la adaptación del pensamiento de Vygotsky a propósito de la función pedagógica y socializante de la crianza o educación. Para Vygotsky el niño sigue un programa evolutivo marcado por sus propias capacidades innatas y las necesidades inmediatas derivadas de su interacción con el mundo. Pero este programa no se desarrolla espontáneamente sin la intervención de agentes sociales que dialécticamente promueven su evolución, al tiempo que le transmiten sus instrumentos culturales de pensamiento y acción.

Una representación gráfica de este tipo de interacción puede verse en el Gráfico 3, donde la parte sombreada A representa el sistema epistemológico del paciente que, en un momento determinado de su desarrollo o ante el cambio más o menos brusco del ambiente, se experimenta como inadecuado o insuficiente - disfuncional- para hacer frente a las nuevas exigencias de adaptación.



La parte en blanco B representa la zona de desarrollo proximal que potencialmente puede conseguir el sistema epistemológico A sin pérdida de coherencia interna ni autodestrucción de su identidad. Se trata de una zona de reestructuración epistemológica que implica el desarrollo de una mayor complejidad autoorganizativa. Vygostky llama a ésta “zona de desarrollo *potencial o proximal*”, y la define como “la distancia entre el nivel de desarrollo real, determinado por la resolución de un problema sin ayuda, y el nivel de desarrollo potencial, determinado por la resolución de un problema bajo la guía del adulto o en colaboración con compañeros más competentes” (Vygotsky, 1978). Esto no significa ni en el campo de la pedagogía, ni mucho menos en el de la psicoterapia, que el adulto o, en nuestro caso, el agente social externo al sistema epistemológico que es el terapeuta, transmitan fórmulas elaboradas de resolución de problemas o, menos aún, la solución directa de los mismos. Al contrario, la función del terapeuta es la de facilitar la reorganización autónoma del sistema a partir de sus propios recursos, potenciados por la interacción específica, propia de la psicoterapia.

La persona o sistema epistemológico que está en crisis intenta, como hemos visto, por sí misma o con la ayuda de iguales, reestructurarse; pero no siempre lo

consigue, y esto por dos razones: a) porque aplica las mismas operaciones o criterios de siempre, “no hace más que dar vueltas”, o b) porque recibe de familiares y amigos puntos de vista que no son suyos, que pretenden sustituir un sistema epistemológico propio por otro ajeno, con lo cual se genera una resistencia al cambio.

Una intervención psicoterapéutica adecuada viene representada en la figura 1 por el Cuadro C. Éste representa un sistema terapéutico, idealmente vacío de contenido, para posibilitar la recepción del sistema del paciente por parte del terapeuta y la sucesiva interacción dialógica. De esta forma el terapeuta (agente social externo) a partir de la reproducción comprensiva de la estructura del sistema del paciente y, utilizando sus propios términos, se convierte en agente del diálogo interno (proceso de interiorización), facilitando el proceso de cambio o de reestructuración autoorganizativa, a través de la exploración de la estructura actual del sistema y de sus posibilidades evolutivas.

Para que esta interacción pueda considerarse exitosa se requieren tres condiciones previas al inicio de la psicoterapia, que con frecuencia forman parte ya de las tareas específicas del análisis de la demanda. Estas condiciones previas son: predisposición, motivación y colaboración.

a) **Predisposición:** Para que se produzca una demanda de ayuda tiene que darse, como queda dicho más arriba, una conciencia de crisis o una necesidad vivida como tal. Sólo esta circunstancia permite desarrollar en el ánimo aquella predisposición que Platón denominaba *paraskhesis* y que podría traducirse como aceptación de la ayuda o apertura del propio sistema a la influencia de un agente exterior. Este agente, de acuerdo con algunos autores, deberá ser percibido como un validador de confianza (Semerari 1991).

b) **Motivación:** La actitud del paciente debe implicar un deseo de superación del sufrimiento y de la necesidad de introducir cambios con esta finalidad en su vida. El sufrimiento, como han puesto de relieve diversos pensadores, entre los cuales Buda ya varios siglos antes de Cristo, es el motor del cambio. La finalidad de la psicoterapia no es evitar el sufrimiento, sino aliarse con él para promover el cambio. Perls señalaba agudamente que los neuróticos eran aquellos que sufrían por evitar el sufrimiento. Como tal el sufrimiento es experiencia de lo real que es lo contrario de la ansiedad, anticipación de la experiencia o experimentación fantaseada de lo que tiene que venir, para lo cual cualquier acción, excepto la evitación, resulta ineficaz. Como observa Maturana (1996) “si no hay sufrimiento no hay deseo de cambio”. De este modo puede decirse que el sufrimiento es el aliado inseparable de la terapia, lo contrario del dolor, que sitúa al paciente en una actitud pasiva, y del resentimiento que lo sitúa en una posición vengativa.

Generalmente el paciente acude a terapia en un estado de confusión y desespero. Aunque la falta de moral o confianza constituye frecuentemente un obstáculo para el trabajo terapéutico, uno de los efectos más inmediatos y universales de todas las terapias (Frank, 1990) suele ser el de la moralización, que se

consigue habitualmente con la sola acogida de la demanda de ayuda y su evaluación por parte de un terapeuta. Conviene aprovechar esta reacción favorable para promover la tercera condición, la de colaboración, que tratamos a continuación.

c) **Colaboración:** La psicoterapia es una intervención de ayuda que exige, más que ninguna otra, la colaboración del paciente, puesto que está orientada a restituir precisamente la autonomía epistemológica del sistema. Con frecuencia los pacientes están dispuestos a colaborar, pero de una forma pasiva, es decir a hacer lo que se les mande con la fantasía mágica de que eso les curará. Algunas técnicas terapéuticas por su intrínseca directividad refuerzan esta postura (véase Mariscal, este mismo número), y aunque pueden ser útiles a corto plazo, se vuelven ineficaces si lo único que consiguen es que el paciente “haga los deberes”.

Una página brillantemente escrita por Rollo May (1972), a partir de su propia experiencia con la enfermedad, en este caso la tuberculosis, constituye un buen exponente de esta actitud.

“Intenté hacer lo que los médicos me indicaron que hiciera, descansar y dejar mi curación en manos de los demás. Lo único que podía hacer era mirar las figuras que la luz dibujaba en el techo de mi habitación... Pero para mi desconsuelo descubrí que los bacilos se estaban aprovechando de mi inocencia, que había transformado mi desvalimiento en pasividad.... Mientras no llegué a presentar algún tipo de batalla, a desarrollar un cierto sentido de responsabilidad personal por el hecho de que era yo quien tenía la tuberculosis, a hacer valer mi propia voluntad de vivir, no empecé a hacer verdaderos progresos. Aprendí que la curación es un proceso activo en el que era necesario que yo mismo participara”.

No todos los pacientes se hallan en condiciones de dar algún tipo de respuesta colaborativa, particularmente en el caso de los niños pequeños y de los psicóticos, o de personas que se hallan bajo el efecto inmediato de un estrés traumático, de ingesta de drogas o de un trastorno emocional muy intenso; pero aun en estos casos es posible buscar la colaboración del sistema familiar o de las redes de apoyo social, o incluso del mismo sujeto, poniendo en marcha otras formas de intervención que ayuden a sentar eventualmente las bases para una psicoterapia futura.

La actitud colaborativa es la que permite llevar a cabo el tipo de interacción psicológica que llamamos “psicoterapia”, a la que hemos definido en otra parte (Villegas, 1990) como “colaboración profesional de ayuda en el proceso de cambio y resolución de problemas psicológicos”, distinguiéndola, así, de otro tipo de intervenciones psicológicas o psiquiátricas en el ámbito clínico, que no exigen la colaboración del sujeto. Se trata, como dicen Frank (1973) o Goldstein (1980), de una interacción unilateral, centrada en el cliente, en la que los problemas personales o los asuntos privados del terapeuta son voluntariamente dejados fuera (lo que no significa que no puedan estar influyendo de algún modo). Esta dirección unilateral es la que la otorga su carácter *profesional*. Pero a la vez, requiere la colaboración

del paciente, puesto que la finalidad de la psicoterapia es activar la posibilidad de desarrollo de la persona, a partir de sus propios recursos; es decir, volviendo a los orígenes etimológicos de la palabra *psico-terapia*, facilitar “la curación de la psique por la psique” (la curación de la psique con los recursos de la propia psique del paciente, no con los de la psique del terapeuta, como se suponía en el magnetismo de Mesmer); proceso en el que, como queda dicho, el psicoterapeuta no es más que un agente social externo especializado.

En realidad se trata de activar las fuerzas o posibilidades de cambio presentes en la estructura del sistema epistemológico de la persona. Devolver el poder a las personas (May, 1972; Rogers, 1977) a través del trabajo psicoterapéutico es el fruto de una colaboración profesional (Egan, 1986), donde el experto es o debería llegar a ser el propio cliente. Esta transformación no es producto, sin embargo, de una influencia mágica, sino de una conversión del propio sufrimiento en una ocasión de cambio; proceso en el que terapeuta y cliente colaboran a través de la interacción que se instaura a partir de la demanda de ayuda.

II.- LA DIMENSIÓN DISCURSIVO PRAGMÁTICA EN LA DEMANDA DE AYUDA

La solicitud de ayuda se reviste inevitablemente de alguna formulación verbal, cuya comprensión remite necesariamente a su dimensión discursivo-pragmática. Es decir, al tipo de representación mental de la situación de demanda de ayuda, que se configura detrás de las formulaciones con que ésta viene solicitada. ¿Se espera que el terapeuta tome la iniciativa; que adivine el origen de los problemas y los soluciones; que no haga más que confirmar las opiniones del propio paciente; que le dé la razón aliándose en contra de otros; que satisfaga sus necesidades afectivas; que le ayude a aclarar sus ideas; que le demuestre que nadie puede hacer nada para curarlo; que le escuche, le acepte, le comprenda y le sostenga; que refuerce su personalidad; que le trasmita la energía y la motivación que le hacen falta; que consiga que cambie su madre o que el marido le corresponda amorosamente?

La lista de suposiciones pragmáticas podría ser interminable, distinta para cada caso. En este apartado buscaremos, sin embargo, algunas modalidades o tipologías de demanda de ayuda que por su carácter más bien formal o estructural puedan abarcar categorialmente la mayor parte de la casuística posible. Toca al lector, si lo desea, identificar las demandas concretas con las categorías que aquí se proponen, así como pensar otras posibles categorías que no hayamos descrito o ni siquiera se nos hayan ocurrido. Este es un primer esbozo, sin pretensión de exhaustividad, cuya justificación radica solamente en la posible utilidad que pueda tener para la mejor comprensión del quehacer terapéutico.

El análisis de las intenciones implicadas en las fórmulas cómo se enuncia la demanda de ayuda es una tarea de interpretación discursiva, que hace referencia particularmente a la dimensión pragmática del lenguaje. A través de la dimensión

pragmática del lenguaje las personas interactúan de forma muy intensa, implicándose unas a otras en sus estados cognitivos, afectivos y operativos, según los contextos en que los discursos vienen producidos, hasta el punto que los individuos implicados pragmáticamente no pueden eludir tal interacción. Comprender pragmáticamente los discursos significa explicitarlos, atendiendo particularmente a su contexto de producción: es decir, atendiendo a *quién dice qué a quién en qué momento y con qué finalidad*. La expresión

- “*¿cuánto pesa esta maleta!*”,

pronunciada ante una tercera persona en el compartimiento de un vagón del tren puede significar

- “*¿por qué no me ayuda a subir o bajar la maleta (al/del portaequipajes)?*”

Pero la misma expresión, dirigida por el adolescente que se va de campamentos a la madre que le ha preparado la maleta o la mochila puede significar:

- “*¿Por qué me has puesto tanta ropa en la maleta, si con la mitad tengo bastante?*”.

La adecuación de la respuesta pragmática guarda muy poca relación con la cohesión lexical, hasta el punto que pregunta y respuesta pueden parecer dos frases inconexas, sin ningún tipo de cohesión lexical:

- “*¿Cuánto tiempo me queda?*”

- “*¡Tranquilo!*”

es la transcripción literal de la interacción verbal entre un ponente y el presidente de la mesa en un Simposium celebrado recientemente en el marco de un Congreso. Está claro que el par adyacente, constituido por pregunta y respuesta, no son inteligibles si no se comparte el mismo contexto de producción. La respuesta:

- “*¡Tranquilo!*”

no responde a la pregunta.

- “*¿Cuánto tiempo me queda?*”

De hecho en el caso concreto, dado que ponente (norteamericano) y presidente (español) no compartían los mismos valores respecto al tiempo, se produjo una falta de comunicación, con la subsiguiente necesidad de negociar en términos de tiempo objetivo (reloj) no subjetivo (actitud interna) el significado de la respuesta (5 minutos, 3 minutos, etc.).

La interacción conversacional implica muchas veces una solicitud pragmática de ayuda, que si no se comprende frustra la comunicación:

- “*¡Dios mío, cómo llueve!*”

- “*No te preocupes, puedo acompañarte en coche*”

La coherencia de ambas frases se puede entender sólo en su contexto pragmático, donde el emisor hace esta observación ante un destinatario que conoce sus necesidades, y puede y quiere satisfacerlas; no a nivel enunciativo, donde una intervención coherente sería del tipo:

- “*Sí, desde luego, es un auténtico diluvio*”

Responder a los contenidos implícitos de las expresiones pragmáticas es, desde luego, un ejercicio de interpretación, cuyas probabilidades de éxito no siempre están garantizadas. Ello depende en gran parte del conocimiento que los interlocutores tienen el uno del otro, y de la medida en que comparten el mismo contexto de producción, tanto desde el punto de vista cultural como interpersonal.

Explicitar la dimensión pragmática de los discursos es un proceso de negociación del significado; en el caso de la psicoterapia, de negociación con el paciente. Por ejemplo, la frase con que muchos pacientes dan inicio a su primer contacto con el terapeuta - *“no sé lo que me pasa”*,

desde el punto de vista de la enunciación es una expresión que implica una negación del “saber” por parte del sujeto que emite la demanda y a la vez una afirmación de que “algo pasa”. Pragmáticamente esta frase, pronunciada delante del terapeuta, es una solicitud de ayuda que podría reformularse de forma más explícita de este modo:

- *“Ayúdeme, usted que es especialista (psicólogo), a saber lo que me pasa y por qué me pasa y qué puedo o se puede hacer al respecto”*.

La dimensión pragmática otorga al lenguaje una complejidad tal -gracias a su enorme capacidad de sintetizar los contextos-, que no permite una lectura literal de los enunciados, dado que ésta sería totalmente inadecuada. Por ejemplo, a una comprensión literal, en la que sólo se toma en cuenta el valor enunciativo de la frase *“no sé lo que me pasa”*, le correspondería una respuesta del tipo:

- *“si usted no lo sabe, ¿cómo quiere que lo sepa yo?”*.

Tampoco sería aceptable, por elemental, una respuesta del tipo reflejo:

- *“¿Así, usted no sabe lo que le pasa?”*.

Ni siquiera sería adecuada una respuesta, por evidente, que pusiera de manifiesto el significado implícito inmediato:

- *“Así, usted no sabe lo que le pasa y viene a mí para ver si puedo ayudarle a saber lo que le pasa”*,

o sus equivalentes:

- *“No se preocupe, lo averiguaremos entre los dos”*,

o bien

- *“En estos momentos usted se siente confuso y ha decidido sabiamente buscar una ayuda profesional”*.

La comprensión pragmática requiere siempre dar un paso más, ir más allá de la obviedad de la frase. Por ejemplo:

- *“y..., ¿desde **cuándo** se encuentra, usted, **así** (en este estado de confusión)?”*,

supone que el destinatario ya ha entendido (da por sentado) la solicitud (de ayudar al paciente a saber lo que le pasa), implícita en la expresión *“no sé lo que me pasa”*, dando origen al inicio de una ayuda efectiva, por ejemplo, focalizando la atención sobre el aspecto temporal: *“¿desde cuándo?”*. Esto permitirá al paciente ampliar su

discurso, saliendo del contexto pragmático, limitado a la interacción del momento, y, en consecuencia, aumentar su comprensión (empezará a darse cuenta de que, en realidad, sabe muchas cosas). La focalización sobre el aspecto temporal “¿desde cuándo?” constituye desde el punto de vista pragmático la solicitud de “nueva información”, mientras que el adverbio modal “así” es una forma concisa de redundancia, de mantenimiento de la “información dada”, a través de la cual la intervención del terapeuta guarda la coherencia con la del paciente.

La cuestión de la adecuación pragmática de la respuesta a la demanda es fundamental en la interacción terapéutica por dos razones: a) porque es un indicador inmediato de la competencia o incompetencia social del terapeuta; b) porque es, así mismo, un indicador muy claro de la capacidad de comprensión empática del terapeuta. El primer criterio es condición necesaria para que el paciente juzgue a su terapeuta como persona autorizada o agente social de cambio, competente, (Semerari, 1991) de quien poder fiarse *profesionalmente*. El segundo, para poder establecer una alianza de trabajo, puesto que con un terapeuta empático es mucho más fácil entenderse *personalmente*. No puede olvidarse que, al fin y al cabo, la psicoterapia es un caso especial de interacción, que Strong (1968) ha descrito como proceso de influencia interpersonal y Goldstein (1980), social.

Si nos preguntamos de qué maneras, en concreto, intentan los pacientes con su demanda influir sobre el terapeuta, particularmente al inicio de la psicoterapia, cuando no se han definido todavía de una forma clara los términos del contrato y de la alianza terapéutica, podemos encontrarnos con una variedad de situaciones que permiten esbozar unos criterios de clasificación, que tal vez puedan resultar útiles a los propósitos de un análisis de la demanda. Para establecer esta clasificación hemos utilizado básicamente dos parámetros, relativos, el primero, al origen o procedencia de la demanda que puede ser *propia*, la del sujeto que la presenta, o *ajena*, la de una tercera persona que la emite a través del demandante. Por demandante se entiende aquella persona que se presenta físicamente ante el terapeuta o contacta con él por teléfono o cualquier otro medio para solicitar una prestación profesional de ayuda. El segundo, criterio se refiere al objetivo o finalidad que pretende el demandante y en la que intenta involucrar al terapeuta, tal como se recoge en el gráfico 4.

Aunque en principio esa clasificación presupone que las categorías son mutuamente excluyentes, las formas con las que los pacientes plantean sus demandas no siempre son tan claras, sobre todo respecto a la procedencia de las mismas. Con frecuencia, en efecto, se mezclan las iniciativas, propias y ajenas, como en el caso siguiente, dando lugar a un tipo de demanda que se considera derivada, que suele ser la más frecuente:

“He venido aquí porque me he dado cuenta de que era algo anórexica. Aunque no había tomado conciencia de ello, en realidad lo sabía desde hacía mucho tiempo. He continuado así durante años, aunque ha habido

Gráfico 4

MODALIDADES PRAGMATICAS DE DEMANDA TERAPÉUTICA

MODALIDADES	PROCEDENCIA	OBJETIVO
No-demanda	ajena	hacer callar a un tercero
Confirmatoria	propia	asegurarse de los propios criterios o decisiones
Mágica	propia	curar una enfermedad o solucionar un problema fiándose de los poderes autoridad o prestigio del terapeuta
Sintomática	propia	curar una enfermedad somática o psicossomática evitando cualquier cambio o confrontación interna
Inespecífica	propia	buscar apoyo y orientación para entender y hacer frente a los propios problemas
Específica	propia	solucionar problemas psicológicos previamente identificados
Perversa	propia	satisfacer de forma directa necesidades propias de apego, sexo o dominancia
Vicaria	propia	provocar la implicación de una tercera persona en la terapia
Delegada	ajena	sacarse un paciente problemático de encima para pasárselo a otro colega
Colusiva	propia	perjudicar a un tercero por diagnóstico o tratamiento

momentos en que veía que estaba cayendo poco a poco en la anorexia. Pero en general siempre se tiende a tapar algunas cosas y a decir que no es un problema. Prácticamente he continuado así durante años hasta más o menos el mes de abril de este año, cuando he empezado a sentirme mal físicamente. He llegado a pesar 46 kilos y me encontraba muy mal físicamente. No me he privado nunca completamente de comer, en el sentido de que no he vomitado nunca, ni me he abstenido totalmente de la comida. Pero comía muy poco; contaba como una loca las calorías; nada de dulces ni de pasta durante años. Comía solamente las cosas que me parecía que no engordaban. El problema es que a partir de un determinado

momento aun comiendo, entre comillas, adelgazaba. Llegada a este punto me he dado cuenta de que no asimilaba ya la comida y de que tenía una serie de problemas a nivel físico. Me encontraba muy débil y anémica. Mi médico me ha mandado prácticamente aquí y la doctora me ha abierto los ojos en el sentido que me ha dicho que era un poco anoréxica.”

En general, podemos concluir que una demanda se considera derivada, si no se hubiera producido caso de no mediar la intervención de alguna otra persona, distinta del demandante (por ejemplo médico, familia, consorte, amistad, institución, etc.). Sin embargo, esto no es óbice para que la demanda pueda llegar a hacerse en nombre propio, dado que el demandante se ha dirigido ya anteriormente con su demanda a alguno de los derivantes más próximos. Según este criterio restrictivo hemos considerado *ajena*, aquella demanda que se produce exclusivamente por indicación de un tercero; *propia*, aquella que es producto de una decisión del sujeto demandante, aunque pueda llegar a hacerlo por recomendación de un tercero

La no-demanda

Empezaremos, precisamente, por considerar un tipo de demanda que consiste en pedir al terapeuta que no haga nada, que no intervenga en ningún modo; por eso la hemos llamado la no-demanda. Un caso paradigmático puede constituirlo el de una señora de unos 58 años que acude al psicoterapeuta, solicitada por los requerimientos de su hija, estudiante de psicología. La mujer empieza su discurso, después de los saludos de rigor, con estas palabras:

“Yo ya sé lo que tendría que hacer; ya me lo dice mi hija: ‘mamá, ¿por qué no te separas de papá?’”.

Sigue a este exordio categórico un largo discurso donde la señora explica todos los sufrimientos y sacrificios que ha tenido que hacer por el marido y la familia y los maltratos que ha tenido que soportar. Lo mucho que todos le deben y lo imprescindible que resulta para la buena marcha de la casa y lo absurdo que sería romper la unidad familiar, puesto que toda su vida habría sido un fracaso. Ya casi en el límite del tiempo de la sesión, el terapeuta interviene por primera y última vez para decir:

T. “Si he entendido bien, señora, usted tiene problemas con su marido, no se siente reconocida ni recompensada por él, ni siquiera bien tratada; ni tampoco por sus hijos como debiera. Sin embargo usted se ha sacrificado toda la vida por el bienestar de su familia, y ahora no tendría sentido querer cambiar el rumbo de las cosas; usted viviría cualquier ruptura como un fracaso. Por ello creo que el resistirse a destruir este matrimonio es una postura coherente que obedece a sus sentimientos más profundos, aunque su hija no esté de acuerdo”.

P. “Exacto”

T. “En este caso, señora, vaya usted con Dios. Y si en alguna otra ocasión

desea venir a comentar cualquier otra cosa, ya sabe, será bienvenida.

La pregunta espontánea que surge ante situaciones como la presente es relativa a la utilidad de tales visitas al psicólogo. ¿Qué es, desde el punto de vista pragmático, lo que la señora espera del psicoterapeuta? En realidad, nada. Ella empieza anteponiendo de forma muy clara que “*ya sabe*”, en contraposición a los que dicen que “*no saben*”, no sólo lo que le pasa, sino lo que “*tendría que hacer*”. Pero lo que tendría que hacer no es lo que hará, puesto que este condicional no responde a su criterio, sino al de la hija. Separarse evitaría, sin duda, muchos problemas y disgustos, pero equivaldría, a su vez, a un fracaso, al fracaso de toda una vida.

Entonces ¿por qué esta persona acude al psicólogo? Porque se lo ha pedido su hija, para contentarla y hacerla callar. Ni siquiera utiliza la visita al psicólogo para confirmar su punto de vista, puesto que desde el primer momento ya no manifiesta ninguna duda, ni deseo de cambio, nisiquiera plantea una demanda de ayuda. Si el psicólogo le apoya y está de acuerdo con ella, mejor; podrá decirle a la hija que le han dado la razón. Si no, da igual: al fin y al cabo

“usted cree que eso de la psicología sirve para algo?”

Otras veces el pensamiento mágico sirve de coartada a una solicitud de terapia, poniendo al terapeuta en la imposibilidad de acoger una demanda que, de entrada, viene negada.

“En realidad no sé muy bien por qué he venido. Cada vez veo más claro que lo mío no tiene remedio. De hecho una maldición me persigue. Soy hijo de madre soltera y de padre alcohólico; mi madre murió internada en un sanatorio psiquiátrico y con ello se cumplió el “mal de ojo” que le había echado mi abuela. Este pecado lo tiene que pagar el que lo comete y su descendencia. Por fortuna yo no tengo hijos y no creo que los vaya a tener nunca. La maldición se acabará conmigo. Además no voy bien de dinero y no me puedo permitir gastármelo en la terapia”.

La demanda confirmatoria

Este tipo de demanda se parece a la anterior, en el sentido de que el paciente va a salir de la terapia igual que ha entrado, es decir sin ningún cambio, pero, contrariamente a la anterior, va a utilizar al terapeuta para convencerse a sí mismo de lo acertado de su posición. Querrá debatirla con él, valorar los pros y contras, contemplar la posibilidad de otras alternativas, para finalmente decidir quedarse donde estaba, que ya estaba bien. Por eso la demanda confirmatoria da lugar, en general, a procesos de terapia más largos, incluso de varios meses, contrariamente a lo que sucede con la no-demanda que, por definición no dura más de una sesión.

Se podría argüir que en la mayoría de terapias sucede esto, es decir que no se producen cambios espectaculares, que las personas buscan funcionar mejor sin modificar sus estructuras, que la finalidad incluso de la terapia, como decía Rogers, tomando la expresión de Buber (1948), es la de confirmar la persona del otro. De

acuerdo. Pero lo que determina que la demanda pueda ser considerada *confirmatoria* es que desde el inicio, ya en su enunciación, se preanuncia el final, es decir no se deja espacio para el desarrollo, para el cambio imprevisto. Entonces ¿por qué se acude al psicólogo? Para utilizarlo, si se nos permite la expresión, de “*sparrring*”.

Mónica es una mujer casada, madre de tres hijos, dos años mayor que su marido. En el momento de la primera consulta tiene 38 años. Es una mujer atractiva y como dice ella “*da la impresión de comerse el mundo*”. Describe su caso como un problema con la pareja. El marido sólo vive para el sexo, con ella o con otras mujeres. Viene a casa a cenar y pregunta si habrá “sarao”. Si la respuesta es que no, él se marcha y no vuelve hasta el amanecer.

“Me acuesto sola y me levanto con un borracho en la cama, que ronca a mi lado y huele a alcohol”.

A ella ya no le apetece la actividad sexual como antes. Se ha cansado de sentirse utilizada por el marido, pero le tolera todas las juergas fuera de casa, así como su comportamiento totalmente infantil e irresponsable: lleva una vida de “soltero”. Aunque Mónica nació, según sus palabras, “para casarse y ser madre”, gran parte de su actividad la dedica a dirigir, de forma muy eficiente, por cierto, los negocios del marido que se desentiende totalmente de ellos y se queda a dormir en la cama hasta la hora de comer; luego por la tarde sale con los amigos y por la noche, si no hay función en casa, pues de juerga. Sin embargo ella está segura de que él no es feliz; de que sólo puede serlo con ella y de que “volverá”, de que “será un buen padre y esposo”. Para ello tiene un plan, trasladarse a Miami, donde tienen casa y negocios, también:

“Allí la gente no sale por la noche; no tendrá la influencia de los amigos. Allí los hombres no salen solos. Sus mujeres no les dejarían. Yo sé que él no es nadie; que se deja influir como un niño. Si estamos solos se porta bien; es amable y simpático y se deja querer. Hasta puede llegar a ser un buen padre y esposo”

La terapia se protrae durante un trimestre, aproximadamente, hasta las vacaciones de Navidad en que la familia, finalmente se traslada a Miami. Durante estos meses se valoran las opciones alternativas: separación, terapia de pareja, resituación de Mónica en el seno de la pareja haciendo valer su dominio real de la mayoría de los ámbitos: negocios, hijos, casa, etc. ¡Nada!. La decisión estaba ya tomada antes del inicio de la terapia:

“Estados Unidos es la última posibilidad de salvación de la pareja. Si no funciona, yo me iré.”

Al cabo de medio año, al inicio del período veraniego, Mónica está en España: ha vuelto por unos meses para seguir de cerca la marcha de los negocios, ver a su familia de origen, solucionar cuestiones de adaptación de los planes de estudios de los hijos, visitar algún médico, encontrar algunas amistades. El marido se ha quedado en Miami: se porta muy bien; hace de padre de los hijos, les acompaña en

coche al colegio; es un esposo atento y ejemplar; no sale de juerga; es fiel sexualmente. Ella vuelve a tener apetencia sexual. Llama al psicólogo: está muy contenta y agradecida. La terapia funcionó: ella tenía razón, Miami era la solución. El psicólogo le sirvió de *sparring*.

La demanda mágica

El estado de debilidad y confusión en que se encuentra el ser humano, particularmente en los inicios de la experiencia de una crisis psicológica, conlleva con frecuencia una regresión a los esquemas más primitivos de pensamiento y de reacción emocional. No es extraño, por tanto, que los pacientes se vean tentados de buscar soluciones mágicas, imaginando que sus problemas pueden desaparecer por la acción del terapeuta, sin que ellos tengan que hacer nada por enfrentarlos. Muchos, escribe a propósito de su proceso terapéutico Fabiola De Clercq (1995), una ex-paciente, anoréxica durante veinte años,

“no tienen ni idea de lo que pueden encontrar en el trabajo psicoterapéutico: la palabra misma les evoca la fantasía de una curación en poco tiempo, como si se tratase de una fisioterapia que restablece el funcionamiento de una articulación afectada por un traumatismo... La curación se concibe como la desaparición de un mal, en lugar de una serie larga y lenta de cambios, a veces imperceptibles, de las propias actitudes hacia las dificultades, madurando una capacidad cada vez distinta para afrontarlas”.

Algunas películas han difundido la idea de que existen métodos casi milagrosos como la hipnosis, los productos homeopáticos, las esencias florales o las recetas de herbolario chino capaces de descubrir y liberar de los traumatismos psíquicos, las represiones infantiles o de infundir la energía y la capacidad de decisión de que carece el sujeto. Así, no es extraño el caso del paciente que sugiere trabajar bajo hipnosis, o pregunta la opinión del terapeuta respecto a los efectos de los tratamientos florales. Aunque algo excepcional, también se da el caso del paciente que llega a pedir una imposición de manos al terapeuta. Otros, incluso terapeutas, mezclan el horóscopo y el Tarot con la psicoterapia. La mayoría de quienes buscan intervenciones milagrosas de este tipo, sin embargo, habitualmente ya seleccionan los destinatarios adecuados para esta clase de demandas: magos, adivinos, curanderos, etc.

Si bien de una forma no tan explícita, el carácter pasivo de las demandas de los “pacientes” ante la psicoterapia encierra, con frecuencia, expectativas mágicas y posiciones crédulas ya en su enunciado, como puede verse en la transcripción del siguiente diálogo:

T.- ¿Qué te ha parecido el cuestionario?

P.- Bien, me he sentido muy identificado con algunas afirmaciones

T.- ¿Cómo te has sentido al rellenar el cuestionario?

P.- Yo lo he hecho para ti, para que me digas lo que tengo y lo que no tengo

que hacer, para que me cures. Yo tengo mucha fe en ti y en que me cures.

Cabe señalar que después de esta sesión el paciente dio por interrumpida la terapia ante la reacción de la psicoterapeuta, negando los poderes casi sobrenaturales que la fantasía de aquél le atribuía.

No es infrecuente el caso de los pacientes que se acercan al terapeuta, sobre todo derivados por amigos, conocidos, antiguos pacientes u otros profesionales, atribuyéndole una aureola de probada eficacia y honestidad. Tales situaciones son muy lisonjeras, pero conviene no caer en la trampa de la vanidad, puesto que ésta podría ser la causa de posteriores fracasos.

P.- “He venido a usted porque me han dicho que es muy buen terapeuta. Me lo han recomendado dos amigas mías que se trataron con usted y les fue muy bien. Así que, aquí me tiene”.

T.- “Usted y sus amigas son muy amables en tener esta consideración a mi respecto; pero, desde luego, si ellas han sacado provecho del trabajo terapéutico que hicieron fue por el alto grado de implicación personal que asumieron en todo este proceso. Supongo que ya le habrán explicado que, en general, es un proceso que requiere tiempo y esfuerzo personal.”

Igualmente una actitud excesivamente optimista y adivinatoria por parte del terapeuta puede alimentar falsas expectativas respecto a los poderes de la terapia o del terapeuta, favoreciendo la posición mágica. Considérese, por ejemplo, el diálogo siguiente entre la paciente, María, una chica de 26 años poco atractiva y con una notable deformación en la espalda, y el psicólogo, un hombre muy mayor que practica además la hipnosis y el quiromasaje. Para compensar sus déficits físicos la paciente ha acumulado una gran cantidad de conocimientos enciclopédicos.

T.- Usted es muy culta, ha estudiado, ha leído mucho

P.- Usted es psicólogo, adivínelo

T.- Bueno, me lo han dicho sus padres, que usted se considera una enferma a causa de esta deformación en la columna vertebral que le obliga a caminar inclinada hacia delante y que tal vez le da un complejo de inferioridad.

P.- Sí, desde luego; esto me hace sufrir. Y además está la incomprensión de mis padres para conmigo.

T.- Todo ello le ha hecho sentir fuertes sentimientos de frustración y humillación. Habrá sufrido mucho con la idea de que todos la rechazan, ¿no es cierto? De ahí la rebelión.

P.- Desde luego. He pensado incluso en suicidarme.

T.- Claro; usted no siente que pueda vivir sin el aprecio y afecto de los demás, porque esto le quita cualquier tipo de seguridad; se siente terriblemente aislada y quiere quedarse sola con sus únicos amigos, los libros.

P.- Desde luego; así es.

T.- Por tanto, imagino que desde entonces, para compensar, ha nacido en

usted el deseo de saber, de aumentar sus conocimientos y ha empezado a estudiar con ahínco. Es casi un deseo de revancha o venganza ¿no es cierto? Ha apretado los codos y se ha forzado hasta quedar exhausta.

P.- Sí; he pensado a veces así: si me muero será por culpa de ellos.

T.- Convertirse en una intelectual y demostrar así su superioridad que compensara los defectos que creía tener, aunque inconscientemente deseaba matarse con tanto esfuerzo para castigar a sus padres y a la gente que la veía extraña ¿no es cierto?

P.- Usted parece un adivino.

T.- Bien, ahora tranquilícese; verá cómo todo cambiará.

Aunque no cabe duda que a través del diálogo el psicólogo se esfuerza en captar a la paciente, queda claro que el primero la toma en todo momento la delantera a la segunda, jugando al juego de *adivino* que ella le ha propuesto al principio. Utilizando la información previa, facilitada por la familia, de que dispone, el psicólogo se mantiene siempre en una actitud activa e interpretativa que no da lugar a que la paciente tome en ningún momento la iniciativa; debe contentarse con mostrar su acuerdo con el terapeuta y a dejarse sugestionar por éste, el cual lo sabe todo, incluso lo que pasará en el futuro: “*verá cómo todo cambiará*”.

La demanda sintomática

La demanda sintomática, como bien indica su nombre, se centra sobre síntomas que pueden tomar diversas manifestaciones: afecciones orgánicas de distinta índole, trastornos neurovegetativos, reacciones de ansiedad, etc. Algunos de estos síntomas son definidos como somáticos o psicossomáticos, otros como psiquiátricos o psicológicos.

Respecto a los trastornos psicossomáticos se puede decir que, en general, el paciente no los relaciona, en ningún modo, con una problemática de tipo psicológico. Sólo después de la consulta con varios médicos, los ingresos de urgencias, el reenvío a varios especialistas, una serie de análisis y pruebas de resultado negativo se llega a un diagnóstico definitivo: el enfermo no tiene nada; todo lo que le pasa es de tipo psicológico.

La variedad de problemáticas somáticas y psicossomáticas que pueden reducirse a este diagnóstico es casi infinito: enfermedades del aparato digestivo, respiratorio, sistema nervioso, sistema hormonal, afecciones de la piel, etc. La mayoría de tales pacientes que llegan a terapia derivados por el especialista con este diagnóstico tienen todos algo en común: vienen porque se lo ha dicho el médico, pero no se lo creen. El éxito con tales pacientes depende en gran parte del modo cómo el médico haga la derivación.

Un paciente, operado de una llaga en el estómago, fue derivado al psicólogo durante el postoperatorio por el cirujano, que le acababa de operar, con estas palabras:

“Esta llaga que le hemos operado, se le ha producido a usted recientemente. Las características del tejido que se le ha tenido que sacar demuestra que no tiene más de un año. La llaga es limpia, no degenerativa. Ahora ha quedado bien y no tiene por qué reproducirse. Pero si usted no considera qué problemas le han llevado a desarrollar esta úlcera e intenta ponerles remedio, es muy probable que vuelva a reproducirse. Nosotros le podremos operar una y otra vez, pero llegará un momento en que ya no quedará por dónde cortar. De modo, que si quiere un consejo, hágaselo mirar”.

El paciente llamó al psicoterapeuta desde el mismo hospital; a las pocas semanas iniciaba un terapia que siguió con notable provecho, donde se abordaron, entre otros, problemas familiares y profesionales que desembocaron en cambios significativos, que aún perduran.

Conviene llamar la atención aquí sobre la existencia de una casuística inversa: es decir, la de síntomas que son tratados como psicológicos, y que, sin embargo, son de origen orgánico (cfr. en este mismo número el artículo de G. Jervis). Aunque no son tan frecuentes como el caso contrario hay que estar muy atento a estos positivos falsos por el peligro de enmascaramiento que presentan: impotencias sexuales que responden a déficits hemodinámicos; cefalgias que no disminuyen con aspirinas ni con técnicas de relajación, sino que son provocadas por tumores cerebrales; arritmias cardíacas que no traducen estados de ansiedad, sino que son producto de problemas estructurales en el pericardio; y un largo etcétera. Aunque el psicólogo no tenga los recursos para diagnosticar tales trastornos la técnica de contextualizar la aparición de los síntomas puede, al menos, ayudar a levantar sospechas sobre su origen. Una paciente con una conjuntivitis alérgica, resistente a todos los tratamientos, descubrió, gracias a la contextualización, el agente alérgico que no era otro que el champú que usaba habitualmente. En los casos de duda o de sospecha el psicólogo o psicoterapeuta hará bien en insistir en la necesidad de consultar a otros especialistas médicos, y, en general en diferenciar claramente lo que puede ser objeto de tratamiento psicológico o psicoterapéutico de lo que no lo es.

Hay otros pacientes que presentan, en cambio, síntomas claramente psicológicos o psiquiátricos, como fobias, crisis de angustia, ataques de pánico, depresiones, etc. Estos están generalmente más próximos a conceptualizar su problemática como psicológica o psiquiátrica, dado que, por lo general han sido visitados por un psiquiatra de urgencias o están siendo habitualmente tratados por él, y están tomando ansiolíticos u otros psicofármacos. En general se puede decir que la inmensa mayoría de ellos se lo creen, pero no lo entienden.

“Bueno, soy una persona que me trato con medicamentos contra la depresión, esto ya hace años. La primera depresión fuerte la tuve a los 17 años y, desde entonces, con intermitencias, sobre todo en primavera, ha habido años que no la he tomado. Pero a raíz de esta primavera sigo con altibajos diarios. La explicación del psiquiatra, en la que creo bastante, es

que había mal tiempo... ¿sabes que hubo un mes y medio que hizo un tiempo super asqueroso?... Yo a este psiquiatra ya hace tiempo que no iba, pero cada primavera le llamo por teléfono y me da la medicación... Ahora estoy ligeramente perturbado.. De las tres crisis importantes, la actual es la que menos. La primera fue, como te he dicho a los 17 años. La segunda a los 19, cuando la chica con la que salía desde los 17 me dijo de dejarlo y tal. Entonces, volviendo desde el almacén donde fui a verla y tal, tuve la idea de pegarme un tiro. Fue en aquellos momentos que me asusté. Llegué a casa llorando y le dije a mi madre “mañana pide hora para el doctor, el que atiende de esto... A mí todo esto me llevó al psiquiatra... A base de leer llego a la conclusión de que esto no es sólo biológico. Yo estoy convencido de que puede haber algo fisiológico, pero se ve que está aumentado muchísimo por mi estado psicológico. Esto es un convencimiento que tengo yo, y estoy seguro de que hay algo biológico, pero si tuviera, no otro carácter, sino otra manera de digerir las cosas... Por esto me gustaría saber por qué pienso lo que pienso, saber por qué me vienen estos estados, saber cómo parar estos estados y saber distinguir un poco la fantasía de la realidad.

La argumentación de este paciente de 28 años es un claro exponente de cuanto venimos diciendo: atribución a causas físicas de su estado depresivo, pero a la vez sospecha de un componente psicológico. Sin embargo el componente psicológico no se identifica con facilidad; requiere generalmente un trabajo de paciente exploración. Considérese por ejemplo, el caso de una chica de 20 años, que asiste a un grupo de terapia, derivada por la psiquiatra del centro con un diagnóstico de agorafobia. Aunque está tomando medicación y consigue ir a todas partes, acompañada siempre de algún familiar o compañero del grupo, persiste su sintomatología. En la entrevista se intenta que la paciente cambie su discurso centrado en los síntomas neurovegetativos a otro, donde estos adquieran un significado contextual.

T.- ¿Qué fantasía tienes si estás sola entre multitudes? ¿Qué es lo que te pasa por la cabeza?.

P.- Es que no me pasa nada por la cabeza. Es todo en el cuerpo. Mucha aceleración; me encuentro muy mal.

T.- O sea que en lugar de pensar, tu cuerpo reacciona y no llega a formarse el pensamiento

P.- No; porque yo no me hago ninguna fantasía. Me pasa. O sea yo me lo noto; cuando me pasa que el corazón me va más de prisa, que me siento ahogada y malestar.

Como decía Dilthey (1894) la finalidad de la psicología es la de “comprender por el contexto, dejar aparecer el contexto, todo el contexto, a fin de captar el significado de cualquier fenómeno humano, puesto que la significación no se encuentra en el conocimiento de las causas, sino en la relación entre los elementos

del conjunto, en su conexión estructural”.

La continuación del diálogo con la agorafóbica, que podemos leer seguidamente, nos permite llegar a través de una técnica de escalamiento (Villegas, 1993) a comprender el significado del síntoma en un contexto relacional y, en consecuencia, a poder cambiar el foco de la demanda terapéutica, centrada sobre la persistencia de los síntomas agorafóbicos, en la problemática evolutiva que se anuncia en la última intervención de la paciente.

P.- Yo si salgo y voy con gente no me pasa nada. A mí me da igual el sitio. No me da ahogo el sitio sino estar sola. Si no tengo al lado gente de confianza, sí que me entra el ahogo. Si tengo a mi lado gente de confianza no me molesta.

T.- Necesitas confiar en la gente, sino te sientes sola.

P.- Necesito que sepan lo que me pasa. Si no me daría vergüenza contárselo a alguien que no lo sepa. Si no prefiero evitarlo, para no pasar este mal rato. Para que no se rían de mí.

T.- ¿Cómo te sentirías si se rieran de ti?

P.- Mal, muy mal.

T.- ¿Qué quiere decir mal?

P.- A lo mejor ya no confiaría más en estas personas. No lo probaría otra vez

T.- Pero estás diciendo lo que harías, no cómo te sentirías. Qué significa sentirte mal.

P.- Sentirme mal en este momento, sentirme mal, y que no volvería otra vez a pasar por ahí

T.- Claro pero eso ya nos lo has dicho. Pero en el momento en que te sientes mal, qué pasa por tu cabeza.

P.- Yo pensaría: ¡qué tonta! Y ¿por qué me tiene que pasar a mí esto? Entonces es cuando me enfado.

T.- O sea que te enfadarías.

P.- Sí, pero no con otra persona. Me enfadaría yo conmigo misma.

T.- Y ¿por qué te enfadarías contigo?.

P.- Pues porque yo entiendo que no es normal lo que me pasa. Y también entiendo a la gente que entiende que no es normal lo que me pasa a mí. ¿Por qué no puedo ser como los demás?.

T.- Y qué hay detrás de este ¿por qué no puedo ser como los demás?

P.- No lo sé, no lo sé

T.- ¿Cómo son los demás?

P.- Pues son como yo, pero no les pasan estas cosas... A mí me gustaría ser como yo pienso que quisiera ser, o sea salir de mi casa, como yo era antes.

T.- Has dicho ser como era antes. Dónde está este antes

P.- Antes salía, no me pasaba nada

T.- Antes ¿cuándo?

P.- ¿Cuándo en el tiempo? Pues hace tres años... Yo cuando estoy así pienso para atrás. De pequeña ya era miedosa, pero cuando crecí un poco más lo iba venciendo. Cuando tenía que hacer algo nuevo buscaba una compañía...

T.- ¿Entonces qué pasó hace tres años?

P.- Es que no lo sé. No, no; es que no sé. ¿Qué por qué me pasa esto?

T.- No, no, no, “porqué”; ¿qué pasó; qué cambios hubo, qué situaciones nuevas?

P.- Ah! bueno sí, tuve muchos problemas...

T.- Por ejemplo.

P.- Yo tenía un novio, yo dejé a este novio y bueno en mi casa fue un berenjenal y mi madre pues no se lo tomó bien... Fue todo un follón. Toda la familia en contra de mí; yo tenía 17 años y mi madre me dijo: “pues tu no vas a salir de casa y te voy a encerrar en un colegio”, se puso histérica. Y entonces me fui a casa de mi tía y estuve un tiempo hasta que se pasara el castigo. Ahí empezó todo.

Este proceso transformativo de la demanda de ayuda de un nivel de expresión sensoriomotor a otro narrativo o concreto (Villegas, 1993), de sustitución de un contexto sintomático por otro semántico, se convierte en uno de los pasos constitutivos del análisis de la demanda, a través de los cuales se intenta definir en términos homogéneos las necesidades del sujeto y los recursos del psicoterapeuta. Este proceso de *reformulación* permite modificar la posición pasiva del demandante, característica del modelo de interacción médica, en el sentido de promover una actitud colaborativa, propia de la psicoterapia.

Hay casos, finalmente, en que la problemática del paciente exige un tratamiento psiquiátrico, combinado con otros tratamientos de terapia de apoyo, familiar, etc.:

“No sé porqué tenemos que venir aquí toda la familia, si el enfermo es él y no nosotros. ¿Usted cree que la psicoterapia le servirá de algo? Yo no creo que se trate de un problema psicológico, sino físico. En la familia por parte de madre ya hay antecedentes de la misma enfermedad. Un tío de ella ya estuvo muchos años internado en un hospital psiquiátrico. Allí le daban electrochocs... Nosotros no podemos hacernos cargo de él. Y, aunque debiéramos, no sabríamos cómo hacerlo. Así que lo hemos traído aquí para que lo cuiden o lo internen o le hagan lo que haga falta”.

En este caso el análisis de la demanda requiere reconvertir una solicitud de ayuda, centrada en el paciente designado, en una oferta de ayuda ampliada al marco familiar o incluso a toda la red social, dado que quien hace la demanda de ayuda no es el paciente designado, pero es a él y a la familia a quien puede beneficiar, con frecuencia, la psicoterapia como parte integrante de un tratamiento más amplio.

La demanda inespecífica

Dada la dificultad en construir de modo viable la demanda de ayuda psicológica, no sólo en su formulación verbal, sino incluso de aceptar que alguien pueda ayudarnos en algo que, en el fondo intuimos que nos incumbe sólo a nosotros personalmente, la mera enunciación de tal solicitud se vuelve especialmente embarazosa. Esta es la razón, probablemente, de las oscuras fórmulas iniciales con que las personas suelen envolver sus primeros requerimientos al terapeuta, mezcla de vergüenza y desconfianza, a la vez que de auténtica confusión:

“no sé por dónde empezar”; “no sé lo que me pasa”; “estoy confuso y desesperado”; “últimamente no doypie con bolo”; “me han recomendado que venga a usted; pero no estoy muy seguro de que me pueda ayudar: ¿usted cree que la psicología sirve para algo?”

Superados, generalmente sin mucha dificultad, estos primeros tanteos, muestra de la necesidad de explorar el terreno donde se va a desarrollar o no un trabajo muy personal e íntimo, suele venir el intento de definir el problema de una forma operativa para la psicoterapia. Esto, como hemos visto en el caso de la demanda sintomática, no suele ser fácil. Allí existe la dificultad añadida de conceptualizar una sintomatología somática o psicósomática en términos psicológicos cuando no se tiene ninguna conciencia de ello. En el caso que consideramos ahora de la demanda inespecífica ya no existe esta dificultad inicial. El sujeto sabe o intuye que su problema es psicológico, pero no consigue darle una forma operativa. Por eso su demanda es muy vaga:

“no me siento feliz”; “siento que algo debería cambiar en mi vida”; “me encuentro estancado y sin ilusión”; “necesito mejorar mi estado de ánimo”; “últimamente me siento inquieto e inestable”; me gustaría conocerme un poco más”

Ya hemos indicado anteriormente que estas fórmulas vagas no eran otra cosa que modalidades pragmáticas, orientadas a obtener del terapeuta una actitud activamente exploradora:

“¿desde cuándo se encuentra usted así”; “¿qué es lo que le hace pensar que algo debería cambiar en su vida?”; “¿a qué atribuye este estado de ánimo?”

Veamos un caso del desarrollo inicial de una estas demandas inespecíficas:

T.- ¿Cuáles son los motivos que te han llevado a pedir una ayuda psicológica?

P.- Para tener la oportunidad de conocerme mejor. Me gustaría conocerme mejor y si este es un medio para ello, pues adelante.

T.- Por lo tanto, tienes la impresión de no conocerte suficientemente.

P.- No, probablemente no me conozco lo suficiente. A veces tengo salidas de tono; parecen tonterías. Otras paso periodos, que pueden durar días, semanas en las que atravieso crisis de identidad, si es que se pueden llamar

así, o de nerviosismo.

T.- *Cuáles son los aspectos más inmediatos de tu vida cotidiana que te preocupan más. Me has dicho que hay momentos durante la semana en que experimentas crisis de identidad.*

P.- *Sí, pero también pueden durar una hora, o media hora.*

T.- *¿Qué pasa en estos momentos?*

P.- *No me encuentro bien, me siento angustiado, no sé cómo definirlo. Como ayer cuando volví a casa: una sensación de ansiedad, de tristeza, de no tener ganas de hacer nada. Me bebo dos cervezas y me voy a la cama, pero no consigo dormir, pico algunas cosas de la nevera; me pongo a leer; miro la televisión... Miedo a salir, no lo sé*

T.- *¿Te has planteado los motivos por qué te pasa?*

P.- *Sí, desde luego que me lo pregunto; casi siempre me lo pregunto*

T.- *¿Y que explicación te das?*

P.- *Si lo supiera no estaría aquí*

El diálogo continúa hasta que el paciente es capaz de contextualizar más concretamente estas sensaciones. Pero la especificación de los aspectos concretos implicados en estas preguntas tampoco lleva por sí misma necesariamente a la formulación de una demanda psicológicamente operativa. Suele dar, por el contrario, paso al desplegamiento de la queja.

Una paciente de 30 años, a la que llamaremos Marisa, casada desde hace tres, se presenta con una petición inespecífica del tipo “*necesito mejorar mi estado de ánimo*”, que poco a poco va especificando al considerar que su estado de ánimo actual es el

“resultado de un cúmulo de cosas ante las cuales, finalmente, me he dado cuenta de que no puedo salirme sola. He probado de convencerme de que las podría superar con paciencia y que el tiempo ayudaría, que si ponía de mi parte algún esfuerzo, sacaría algún provecho; pero no consigo llegar a nada. También he intentado encontrar trabajo, ilusionarme con las cosas de la casa, buscar otras salidas; pero nada me sirve. Creo que si tuviera más fuerza de ánimo, podría salir adelante”.

La expresión de la queja es algo habitual y esperable en una persona que se siente mal, y generalmente cubre una función, la de justificar ante un agente social -el psicoterapeuta- un estado de enfermedad psicológica que socialmente suele ser poco aceptable, o al menos esto cree el sujeto. Pero la queja no es todavía operativa desde el punto de vista psicoterapéutico. Analicemos por un momento qué significa a nivel discursivo en nuestro caso, presentándolo en forma de un silogismo:

a) (premisa mayor) la expresión “*yo no puedo salirme sola*”, implica pragmáticamente que necesito a alguien para salirme. Este alguien es la persona a quien va dirigida la demanda.

b) (premisa menor o condición) el medio para salirme de este estado de cosas

es conseguir “*más fuerza de ánimo*”

c) (conclusión) “*ayúdeme usted a tener más fuerza de ánimo*”.

Se trata, evidentemente, de una demanda imposible de satisfacer. Aludíamos a ello cuando afirmábamos que el objeto de la psicoterapia no es satisfacer personalmente las necesidades de los pacientes, sino analizarlas a fin de encontrar el modo de que puedan satisfacerlas por sí mismos.

La única respuesta que puede efectivamente el psicoterapeuta aplicar ante la queja del paciente es la del análisis de los elementos discursivos implicados en ella, sin caer en la trampa de implicarse personalmente en las alusiones pragmáticas. Esto es lo que le diferencia de los familiares y amigos, los cuales tienden a responder pragmáticamente, es decir como solicitados por la queja del enfermo, con lo cual su reacción es de mayor ansiedad y preocupación, o de intentar escurrir el bulto:

“y yo ¿qué quieres que te haga?; a mí ¿qué me cuentas?; ¿esto tienes que solucionarlo tú mismo!”.

En el caso de Marisa, la paciente, los elementos discursivos de carácter enunciativo versaban sobre cómo todas sus energías se iban en ayudar a los otros, incluso económicamente a uno de sus hermanos, y las repercusiones que ello tenía en el empobrecimiento de su propia economía familiar:

“Los otros siempre van por delante de mí, siempre están antes que yo. La semana pasada mi marido se rompió los ligamentos de tobillo y le tengo que ayudar en todo. Pero además mi madre da por sentado que la tengo que acompañar a los médicos. Ayer le dije que por la tarde la acompañaría al médico, pero que por la mañana fuera sola. Ella lo aceptó porque tenía que hacerme cargo de mi marido; sin embargo me sentí culpable. Mi madre también daba por supuesto que teniendo a mi marido con el pie escayolado hoy no vendría aquí a terapia... A veces discuto con mi madre, pero no creo que esto sea hacerle daño. Sin embargo, no acompañarla al médico cuando no tengo nada más importante que hacer, esto sí que pienso que puede hacerle daño: se puede sentir sola o abandonada”.

El análisis del discurso pone de manifiesto que Marisa se siente obligada a ayudar a los otros, aunque sea en detrimento suyo, cuando no tiene nada más *importante* que hacer; que además su madre se puede sentir *sola y abandonada* si ella no la acompaña no teniendo nada más importante que hacer (la asistencia a la sesión de psicoterapia no está entre las cosas más importantes que hacer; cuidar al marido, sí). Sin embargo la madre no se sentiría sola si ella tuviera algo importante que hacer (el sentirse sola o abandonada no depende pues de la presencia física, sino de la justificación; de ahí el sentimiento de culpabilidad). La queja está derivando hacia la explicitación de un sistema epistemológico que es el que determina el modo de pensar, sentir y actuar de Marisa. La fantasía de que el terapeuta llegue a transmitirle mágicamente la fuerza de ánimo que necesita se ha desvanecido.

Es normal, no obstante, que cuando los pacientes acuden a psicoterapia no

hayan superado, en general, el estadio de la queja, involucrando voluntaria o involuntariamente en ella al propio terapeuta. Por ello su demanda, aunque no expresada en estos términos, continúa siendo mágica. En efecto: ¿qué puede hacer el terapeuta para ayudar a alguien a tener más ánimos?, ¿darle unas palmaditas en la espalda? Se plantea pues la necesidad de transformar la queja en una demanda psicológicamente operativa. Como dice Maturana (1996) la queja hay que acogerla y escucharla:

“A lo mejor el paciente dice que quiere cambiar algo, pero no es eso necesariamente lo que quiere cambiar. Usualmente, en el relato de la queja va a aparecer todo; lo que pasa es que uno se demora en escuchar”.

Para ello hay que evitar centrarse en los aspectos pragmáticos de la demanda y desarrollar, como hemos visto en este último caso, los discursivo-enunciativos. Algunos autores creen que hay que enfrentar directamente al paciente con sus pretensiones pragmáticas:

“¿qué es lo que espera usted de mí? ¿qué cree que puedo hacer yo por usted?”.

A nosotros esta práctica, centrada en el enfrentamiento directo yo-tu, nos parece inapropiada y de mal gusto, nacida de un resentimiento ante el paciente, precisamente por sentirse de alguna manera interpelados por él. Que el paciente pida ayuda no significa que le debemos prestar la ayuda mágica que imagina, o que imaginamos que imagina.

El análisis de la dimensión pragmática de la *queja* hay que guardárselo para los adentros, considerándola fruto de un estado de necesidad que no sabe expresarse de otro modo. Sólo hay que focalizar la atención en los aspectos pragmáticos cuando éstos no forman parte de la queja, sino de la demanda misma.

Un paciente de unos 52 años de edad inicia una terapia con una demanda que se expresa aproximadamente en estos términos:

“Me siento mal; estoy triste y sin ganas de hacer nada. Me cuesta mucho dormir por las noches. No tengo ninguna ilusión”.

Todos estos síntomas se habían precipitado a raíz de un problema en el trabajo donde se sintió injustamente degradado y fue apartado de sus funciones habituales. Ello le situaba, además, en desventaja respecto a su mujer, que desempeñaba un trabajo de mayor categoría que el suyo. Terminó por abandonar el trabajo y ponerse a desarrollar una actividad artesanal como autónomo. Durante las primeras sesiones se desahoga explicando su historia que parece guardar una estrecha relación con todos sus problemas de tipo depresivo. Hacia la octava o novena sesión da por terminada su colaboración y dirigiéndose a la terapeuta, que es una psicóloga mucho más joven que él, le suelta:

“Bueno, ahora ya no tengo nada más que explicar, no sé que más decirte”, como diciéndole, ahora te toca a ti hacer algo por mí; yo ya he hecho lo que me tocaba (explicar la historia). Al final de la siguiente sesión, al levantarse para salir

de la sesión se vuelve a la terapeuta y casi desde la puerta le dice:

“Y cuándo vas a empezar a reforzar mi personalidad”

Aquí aparece la demanda del paciente. En las sesiones siguientes se intenta elaborar esta demanda de un forma más explícita:

T.- *“¿Qué esperas de la terapia?”*

P.- *Siento que no estoy grave, pero sí que necesito ayuda; pero lo que pasa es que a veces dudo de la efectividad de esto.*

T.- *¿Qué tipo de ayuda?, ¿qué esperas?”*

P.- *Tal vez esté esperando algo que yo note cómo que me ha hecho cambiar... Si yo vengo aquí es en el sentido de que me indiquen una fórmula o un camino para llegar a lo que yo busco.”*

Los requerimientos de *“reforzar la personalidad”* y las quejas dirigidas a la terapeuta sobre la ineficacia de la psicoterapia se reiteran en sucesivas sesiones. Mientras tanto, se trabajan otros aspectos más prácticos de su vida actual. Algunas iniciativas tomadas por él, junto al cambio de algunas actitudes debido a unos mejores logros conseguidos en sus actividades laborales, posibilitan que en la sesión 23 se pueda finalmente trabajar la demanda de una forma explícita:

P.- *“Tengo una imagen que últimamente me viene mucho a la cabeza. Es una imagen del primer colegio donde yo estudiaba: nosotros jugábamos al fútbol en un sitio donde había una pared muy alta. El campo tenía una portería en cada extremo; a un lado había esta pared, en el lado contrario no había pared, estaba a campo abierto. Yo siempre que cogía el balón, chutaba a la pared para recoger el rebote y marcar goles.*

T.- *¡Muy astuto!, ¿y bien?.*

P.- *A lo largo de mi vida siempre me he comportado así, siempre ha habido alguien que me ha hecho de pared para poder coger el rebote y marcar goles. En la otra escuela no jugaba a fútbol, pero ya tenía la fama, y por eso recibía un trato preferencial. Por eso creo que he buscado siempre una pared en mi vida.*

T.- *¿Cuántas paredes has tenido en tu vida?*

P.- *Mi madre, mis jefes*

T.- *¿Y ahora?*

P.- *Mi mujer.*

T.- *Ahora que te oigo decir esto a mí también me ha dado la sensación de que buscabas en mí una pared cuando me decías que lo que tenía que hacer era reforzar tu personalidad.*

P.- *Es posible que haya buscado también en ti una pared... porque yo te tenía como a un médico... que tenía que darme la solución... la respuesta a mis porqués.*

T.- *Y ¿qué ha pasado para que ahora digas esto?*

P.- *Pues esta vez tengo que ser yo,... hasta llegar ahí. Tengo que ser yo sin*

ninguna pared donde apoyarme.

La demanda específica

Existen pacientes que por diversas circunstancias -experiencias anteriores, su propia formación, etc.- acuden a psicoterapia con una idea mucho más formada sobre los objetivos y ámbitos de aplicación de la psicoterapia, como el caso de una chica de veintiséis años, la décima de once hermanos, cuya formulación inicial de la demanda es como sigue:

Bueno, yo en principio venía porque ya he ido a un psiquiatra hace tiempo, pero me daba pastillas. Entonces él lo que me dijo es que yo tenía crisis de angustia y, realmente, es que tengo mucha angustia, pero es porque tengo miedo de muchas cosas. Tengo miedo sobre todo de lo social; también me da miedo cruzar un puente; antes cuando era más joven no me daba miedo, pero ahora me da cada vez más. El psiquiatra me daba pastillas y me dejaban como muy dormida, y como sin reflejos. Y entonces decidí no tomar más. Y luego, hace poco, he ido a un terapeuta que utiliza remedios florales y me los estoy tomando; no es que lo note mucho. Y entonces, al final, decidí ir a un psicólogo, que creo que me hace falta y eso. Mas que nada lo que tengo es tanta angustia que al final una forma de descargarme es, en casa, llorando...; pero vamos, quizás lo que pasa es que le doy muchas vueltas a las cosas, y tengo inseguridad, y entonces ante la gente me quedo como bloqueada

La demanda que plantea la paciente del caso viene claramente dirigida a un psicólogo, distinguiendo, en base a la propia experiencia, los medios físicos de los medios psicológicos. Se especifica además el problema en términos de crisis de angustia o ansiedad generalizada, particularmente en contextos sociales, aunque no queda muy determinado si como causa o como efecto. Sin embargo, tales especificaciones, tanto en este caso como en otros, no suelen superar el nivel diagnóstico, que responde todavía al modelo médico. Atender a este tipo de demanda exige, de nuevo, reformular sus supuestos en términos semánticos, no sólo sintomáticos, ni siquiera cuando los síntomas son psiquiátricos o entran en las clasificaciones del DSM-IV.

Nos viene a la memoria el caso de un paciente de unos treinta años, médico de profesión, al cual se le había diagnosticado en su juventud una patología neurológica muy poco frecuente: *tremor essentialis*. En consonancia con su formación médica y con el diagnóstico, el paciente había consultado innumerables especialistas nacionales y extranjeros sin encontrar un tratamiento eficaz. La patología, que implicaba particularmente temblores en las manos, le impedía el ejercicio de la medicina clínica y, con mucho más motivo de la cirugía. Una psicóloga le había ayudado con técnicas conductuales a hacer frente a algunas dificultades de actuación en público. Por razones profesionales se vería pronto obligado a hablar en

público y esto le atemorizaba particularmente. De modo que con este historial se presentó a psicoterapia con un demanda específica para superar el miedo a hablar en público. El psicoterapeuta se extrañó de que la ayuda sintomática que el paciente había recibido de la anterior psicóloga, que él consideraba muy válida, no le hubiera sido suficiente. El análisis del discurso permitió contextualizar este miedo, relacionándolo con las figuras de autoridad. Era distinto hablar ante compañeros que ante superiores o un público especializado desconocido; esto aumentaba sus temblores y bloqueaba el habla y el pensamiento. Esta diferenciación permitió además cuestionar el diagnóstico médico prevalente hasta aquel momento: ¿cómo es posible que un *tremor* sea *essentialis* si aparece condicionado a determinados contextos? La perplejidad generada por este cuestionamiento facilitó reconstruir el contexto de aparición del síntoma en una situación disociativa acaecida en su adolescencia. La demanda de superar el miedo a hablar en público fue sustituida por la de salir de una experiencia disociativa. Los temblores desaparecieron, el paciente pudo desarrollar con notable eficacia sus empeños profesionales, incluidos los de la oratoria.

Como se aprecia en este y otros casos el análisis de la demanda específica implica un cambio de diagnóstico o, al menos, una redefinición del mismo en términos no sintomáticos si se quiere superar el tratamiento puramente diagnóstico, y emprender otro propiamente psicoterapéutico. Esta tarea no siempre resulta fácil, pero con frecuencia se hace absolutamente necesaria ante la insuficiencia de muchos de los tratamientos sintomáticos sean éstos farmacológicos o comportamentales. (Lo contrario también vale: en muchos casos el tratamiento psicoterapéutico es insuficiente o inadecuado y, en su lugar se imponen los farmacológicos o comportamentales, o la combinación de todos ellos, no siempre bien integrados, por desgracia).

Considérese en el siguiente caso la solicitud de intervención por parte de una familia, a propósito de una fobia alimentaria en un niño de unos ocho años, que rechazaba cualquier tipo de ingesta sólida y aún poco espesa, como purés o papillas, y sólo admitía líquidos muy ligeros (agua, naranjada; pero no leche, batidos, etc.). Éste había empezado a seguir un tratamiento comportamental intensivo, dada la gravedad del caso, pero sin conseguir los efectos deseados a corto plazo. De modo que la intervención del terapeuta fue introduciendo elementos discursivos y sistémicos en el tratamiento. En efecto, el **contexto** en que se producía el síntoma era el de una relación problemática entre los padres, que amenazaba separación (angustia de separación: elemento motivacional); el **texto**, la conducta evitativa en relación a los alimentos sólidos constituía una acción simbólica, más que instrumental; el **pre-texto** fue prestado por una noticia de la televisión “un niño se muere porque se le atraganta una golosina”. El **discurso** en estas condiciones equivalía a “si mis padres se separan me dejarán y no se ocuparán de mí; si no puedo tragar se preocuparán”. En el tratamiento llevado a cabo a nivel concreto/operatorio (cognitivo/conductual) se fueron introduciendo estrategias de realización simbólica muy

interesantes: la terapeuta se inventó una enfermedad similar para establecer una especie de competencia con el niño: “a ver quién se traga antes la comida”. Favoreció, así mismo, una mediación entre padres e hijo y de los esposos entre sí, implicándoles en el juego, haciéndoles ver los videos grabados durante las sesiones y enseñándoles los trucos para hacerle comer. Con la llegada de las vacaciones los padres asumieron la iniciativa terapéutica. Al regreso del verano el niño ya comía normalmente; los padres querían subrayar este logro ante el terapeuta, el niño, en cambio, se empeñaba en querer explicar las cosas que habían hecho “*juntos*”. Una visión más compleja permitió integrar y dar razón epistemológica de lo que sucedía en los niveles más concretos tanto del comportamiento fóbico del niño como de la intervención de la terapeuta.

En efecto lo importante de los síntomas es el contexto simbólico en el que se producen, lo cual remite a su dimensión semántica. Los síntomas constituyen el texto, el análisis del contexto permite entenderlos en términos discursivos. Un alcohólico social puede, sin duda, intentar superar su dependencia de la sustancia evitando los contextos físicos, llamados “ambiente” por los conductistas, en que se produce la toma; pero si no los comprende en su dimensión semántica o significativa no llegará a producirse un cambio epistemológico en su sistema de construcción de la realidad. Esta evitación podrá subsistir solamente en un contexto protegido y/o coercitivo -comunidad terapéutica, alcohólicos anónimos- porque no será el fruto de un cambio epistemológico. Las personas construyen la realidad de una manera determinada, y esto genera toda una serie de conductas, porque la construcción es una anticipación connotativa de la experiencia, por la que las diversas situaciones se consideran positivas o negativas antes de que se produzcan. De alguna manera puede decirse que nacen de la experiencia, pero niegan, o al menos dificultan, la posibilidad de experiencia; de modo que quedan estancadas en una estructuración epistemológica determinada y dificultan el cambio. El alcohólico social, por ejemplo, aquel que bebe únicamente en compañía, nunca de forma solitaria, parte de la experiencia que beber en compañía es un modo de relacionarse; relacionarse es un modo de no sentirse solo; sentirse solo sería un indicador de fracaso social; el fracaso social consiste en no ser reconocido por los demás; no ser reconocido por los demás significa que uno no vale nada. La identificación del reconocimiento por parte de los demás con el valor propio es el núcleo de esta construcción que imposibilita el cambio epistemológico en términos de “yo puedo tener un valor, aunque los demás no me reconozcan”.

Si por ejemplo alguien piensa que la felicidad es la finalidad de la vida y encuentra la felicidad -generalmente confundida con el placer como estado fisiológico- en la droga, no podrá dejarla hasta que ésta le produzca un mayor grado de infelicidad que de felicidad o hasta que cambie su construcción de la felicidad como consecución inmediata y sin esfuerzo del placer por otra, donde la consecución de objetivos a largo plazo a través del esfuerzo personal sea más gratificante que la

primera. Todo lo demás serán cambios aparentes, a no ser que esté dispuesto a admitir, como postulaban los estoicos, que la felicidad no es la finalidad de la vida.

La demanda perversa

Denominamos demanda perversa a aquella que, de acuerdo con la etimología de la palabra “*per-versus*”, va en una dirección contraria o enfrentada a la original, bruscamente apartada de su finalidad, vuelta del revés. Si hemos dicho que la finalidad de la psicoterapia era la de analizar las necesidades del paciente para que éste pudiera llegar a satisfacerlas por sí mismo, utilizando o desarrollando sus propios recursos, consideraremos una demanda perversa aquella que tenga por objeto la satisfacción directa de estas necesidades a través de la psicoterapia, y más en concreto de la relación terapéutica implicada en ella. Naturalmente esto puede suceder inversamente por parte del terapeuta, en cuanto éste pretenda utilizar la situación de indefensión de sus clientes para satisfacer sus necesidades propias de afecto, poder o dinero.

La denominación de perversa a este tipo de demanda del paciente, o de intervención del terapeuta, no supone la emisión de un juicio moral ni legal por nuestra parte. Simplemente describe la dirección inversa que sigue la interacción entre paciente y terapeuta. Naturalmente tampoco lo excluye. El grado de moralidad o inmoralidad que pueda juzgarse en cada caso pertenece al ámbito de la intencionalidad más o menos consciente, y no vamos a entrar en ello en este artículo. Sólo añadir que, aunque aquí consideramos preferentemente la demanda del paciente, por ser el objeto de nuestro estudio, la atribución de responsabilidad moral o legal, en general, debería afectar más al terapeuta que al paciente por su situación de privilegio en una relación de clara asimetría.

Las necesidades cuya satisfacción se ponen en juego en la demanda terapéutica pueden agruparse en grupos motivacionales como los descritos por McClelland (1955), recogidos también por Carli (1990) en su artículo antes citado, de motivaciones de afiliación, poder y logro. Una clasificación semejante se puede extraer de la concepción más etológica de Liotti (1996; véase en este mismo número) el cual distingue cuatro motivaciones básicas o sistemas comportamentales de origen innato que se activan en cualquier relación, y naturalmente también la terapéutica. Estos son: los sistemas de apego, de sexualidad, de dominación y de colaboración.

De acuerdo con estas clasificaciones podemos establecer una casuística categorial donde se tengan en cuenta la diversidad de demandas perversas posibles, considerando como tales a las demandas de satisfacción directa en terapia o a través de ella de las necesidades de apego, de sexualidad y de poder o dominancia. Los sistemas de colaboración son, en cambio, los que hemos postulado para definir la terapia; por lo que, a no ser que estén disfrazando otra cosa, son los adecuados para activarse en sintonía con el tipo de interacción que exige la psicoterapia.

a) demanda de apego

Algunas personas tienen en su vida una carencia real de relaciones afectivas familiares o amistosas. Esta es una necesidad auténtica, a no ser que se trate de individuos solitarios, pero que, como hemos dicho, no puede satisfacerse directamente en la terapia, so pena de pervertirla.

El caso que vamos a considerar se produjo en el ámbito de una terapia de grupo, lo que potenciaba aún más las posibilidades o, al menos, la fantasía de satisfacer directamente tal necesidad con diversos miembros del grupo. El paciente, al que llamaremos Alberto, de unos 30 años de edad, es soltero y vive con sus padres. Como no tiene ninguna relación amorosa ni de amistad, se dedica de forma compensatoria al trabajo, donde hace innumerables horas extras, sábados incluidos, además de una actividad extralaboral, generalmente no remunerada, como director de una coral, así como algunas clases particulares de música. El primer día del grupo, al hacer su presentación, enuncia claramente cuál es su demanda respecto al grupo de terapia.

“Yo he venido para a ver si hago amistades en el grupo”.

La demanda es claramente perversa, aunque hecha de forma inocente, sin trampa ni cartón. El equipo terapéutico toma nota de esta enunciación perversa, pero decide que es todavía pronto para trabajarla y que hay que esperar a que los acontecimientos pongan a prueba la posibilidad de satisfacción de la demanda. Desde luego, el grupo no se puede interrumpir por él, ni se le puede echar sin darle la oportunidad para elaborar su demanda.

Efectivamente Alberto empieza a manejar al grupo, sobre todo fuera del ámbito estricto de las sesiones, para satisfacer sus necesidades. Se ofrece a hacer favores, acompaña con su coche a los pacientes fóbicos, organiza fiestas y encuentros, se convierte en la centralita telefónica por donde pasan todos los mensajes y comunicaciones entre los miembros del grupo. A los tres meses de iniciado éste, y durante el período de vacaciones de Navidad, se produce un acontecimiento particular: una chica, a la que llamaremos Sandra, va a ser intervenida quirúrgicamente de una grave afección en la columna vertebral. Alberto organiza con la enferma y los demás miembros del grupo una cena de despedida y celebración de la Navidad antes de la operación, se propone como el coordinador de cualquier interacción del grupo con la paciente operada. Venciendo además su aversión a los hospitales se decide a visitar a Sandra en el hospital, cuando todavía se halla en el período postoperatorio. Esta se encuentra en un estado muy débil y con fuertes dolores por todo el cuerpo y no desea ver a nadie, de modo que reacciona con disgusto a la visita de Alberto. Éste, al sentirse rechazado empieza a notar los síntomas físicos de opresión que ejercen sobre él los hospitales y cae desmayado en la habitación misma, dándose la paradoja de que la enferma tiene que asistir al visitante. Unas semanas más tarde, en coalición con otra compañera, pero excluyendo a otros miembros del grupo, decide hacerle un regalo. No se le ocurre mejor idea que entregárselo como obsequio de bienvenida al inicio de la sesión en que Sandra

vuelve a reincorporarse al grupo. Sandra no sabe cómo manifestar sus sentimientos ambivalentes: por una parte se trata de un objeto que ella aprecia mucho y que en otras ocasiones había manifestado la ilusión que le hacía, así como las dificultades económicas que tenía para conseguirlo; por otra, no le parece bien que se le haga un regalo en el grupo y, menos, excluyendo a una parte de éste. El grupo reacciona dividiéndose, aliándose unos con el reproche de Sandra, excusándose los otros en base a su buena voluntad. Alberto reacciona quejándose de que

“la gente malinterpreta las cosas y encima es desagradecida. Esto no es lo que me esperaba, ni éste es el concepto de amistad que yo tenía”.

Sin embargo las cosas no se detienen ahí: otra compañera del grupo, a la que llamaremos Mónica, que por cierto es la que le había aconsejado en la elección del regalo, se encuentra en una necesidad económica imprevista y urgente. Enterado Alberto, se presta voluntariamente a satisfacer la cantidad que Mónica precisa. Pero las cosas se complican porque existen dificultades para devolver el dinero, y además resulta que no es sólo la cantidad declarada inicialmente, sino una superior la que se precisa. Estos conflictos vuelven a estallar en el grupo y Alberto reacciona de forma similar con sus discursos sobre el desagradecimiento y la falta de correspondencia a sus intentos de establecer amistad. Aprovechando estos acontecimientos se trabaja lo que él entiende por amistad y la futilidad de sus esfuerzos por forzarla. Sin embargo él reacciona pesimísticamente aduciendo que ha sido ingenuo en fiarse de los demás y que en adelante deberá aprender a ser más desconfiado. Otros acontecimientos se suceden a éstos, que no vamos a narrar para no hacernos interminables. Sin embargo merece destacarse uno, producido fuera de la terapia y con una persona ajena al grupo, por el valor indirectamente terapéutico que tuvo. Ya hemos indicado más arriba que Alberto desempeñaba como actividad complementaria la de profesor de música. Se acercaban los exámenes de junio y una alumna suya, mujer ya adulta y casada que trabajaba como maestra, a la que preparaba para el examen en el conservatorio, se mostraba, por diversas razones familiares y otras ocupaciones, poco motivada en el estudio, faltando a clases, cambiando horas, no preparando las lecciones, etc. A ello respondía Alberto ofreciendo más horas de clase, alargando exageradamente el tiempo de las clases, proporcionando horas extras gratuitamente, etc., hasta que un día la alumna respondió a uno de sus frecuentes requerimientos de mayor dedicación al estudio con estas palabras:

“Oye, ¿tú tienes algo personal conmigo? Si quiero presentarme ahora al examen y aprobar es un problema mío. Tal vez me convenga no ir tan deprisa en sacarme la carrera. Tú límitate a darme las clases que te pida y pague. No pretendas nada más ni te pases”.

Esta vez, a la tercera o más, fue la vencida. Alberto trajo a terapia esta situación, declarando que se había dado cuenta que no es que la gente sea desagradecida o no, que puede serlo, sino que él pretendía forzar a la gente a ser amiga suya y que se había equivocado al plantear sus relaciones personales o profesionales, tanto en la

terapia como fuera de ella, como un medio para conseguir amistades. Y que esto era una demanda equivocada. Por primera vez Alberto analizaba su necesidad de apego, en lugar de intentar satisfacerla directamente a través de la terapia.

b) Demanda de satisfacción sexual

La relación terapéutica es un tipo de relación personal privilegiada, en la que el grado de confianza, aceptación y comprensión puede llegar a ser muy íntimo, lo cual junto con la proximidad física y la alta frecuencia de las visitas puede, sin duda, favorecer la fantasía de la satisfacción de necesidades sexuales o de amor erótico.

Una paciente, aquejada de síntomas psicósomáticos y fóbicos, le contaba al psicólogo las innumerables correrías por los despachos de los más diversos especialistas en medicina y psiquiatría con los resultados siempre negativos respecto a su curación. El último médico consultado, sin embargo, un anciano profesional, perteneciente a la vieja escuela de exploración clínica manual, había terminado su visita, después de indicar a la señora que se vistiera y se sentara ante la mesa del despacho, con estas lacónicas palabras:

“Usted, señora, lo que necesita es que la toquen”.

La paciente al relatar lo sucedido asentía con la cabeza mientras añadía:

“Creo que es el único médico que ha entendido lo que de verdad me pasaba”

La pregunta que nos podemos hacer, en este caso, es evidentemente relativa a la pragmática de la frase no del médico a la paciente, sino de la paciente al psicólogo. Qué pretendía la paciente que hiciera el psicólogo con un mensaje pragmático como éste:

“Mi auténtica necesidad es la de ser toqueteada eróticamente; esto es lo que busco con tantas visitas a médicos. Usted, si es que ha entendido mi demanda, como buen psicólogo que es, ¿a ver qué hace!”.

Todo esto en un contexto en que la formulación más clara de su problemática psicológica era la de una profunda insatisfacción matrimonial. Naturalmente se trataba de una necesidad que la psicoterapia -no sabemos si el psicoterapeuta- no puede satisfacer, sino sólo analizar.

Un diálogo transcrito por Carl Rogers (1951) con una de sus clientes muestra bien a las claras el pulso mantenido entre ambos por delimitar o pervertir el sentido de la demanda en el ámbito de la satisfacción sexual. Se trata de una paciente, a la que Rogers bautiza como Miss Tir, que se ha quitado el abrigo antes de entrar por miedo a que el terapeuta le ayudara a hacerlo, ella se sintiera impulsada a girarse hacia él y besarle:

T. Usted ha pensado que estos sentimientos la podían llevar a besarme si no se protegía de ellos.

C.- Bien, otra razón por la que me he quitado el abrigo fuera es porque quiero ser dependiente, pero quiero mostrarle que no lo necesito... Nunca

le he dicho a una persona que es el ser más maravillosos que he conocido, pero a usted sí que se lo digo. No es simplemente sexo, es mucho más que eso.

T.- Usted se siente muy ligada a mí.

C.- Creo que emocionalmente me muero de ganas de tener relaciones sexuales con usted, pero no hago nada al respecto. Deseo tenerlas, pero no me atrevo a pedirselo por miedo a que sea no directivo.

T.- Siente esta horrible tensión y desearía tener relaciones conmigo.

C.- ¿No podría hacer usted algo?. Esta tensión es excesiva. Me sentiría liberada. ¿Puede darme una respuesta directa? Creo que nos ayudaría a los dos.

T.- La respuesta sería, no. Puedo comprender lo desesperada que está, pero yo no desearía hacerlo.

C.- Creo que esto me ayuda. Sólo cuando estoy trastornada me siento así. Usted es fuerte y me da fuerzas.

c) demanda de satisfacción de la necesidad de poder o dominancia

A veces la interacción psicoterapéutica se convierte en un campo de batalla para poner a prueba la capacidad de poder o de dominio sobre adversarios teóricamente más fuertes. Carli (1990) relata el caso de un profesor de media edad que pide una entrevista por teléfono. En esta llamada se entretiene hablando sobre las expectativas que la terapia podrá satisfacer, sobre todo lo bien que le han hablado del terapeuta, así como sobre la gravedad y la urgencia de su caso. Se presenta a la cita, hablando no tanto de sus problemas, cuanto del modo cómo ha intentado resolverlos, confiándose a una larga serie de profesionales, médicos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, sin haber encontrado todavía la persona adecuada a su caso. A continuación inicia una serie de consideraciones fuertemente críticas sobre las diversas escuelas de psicoterapia, buscando suscitar acuerdo y colusión con el terapeuta. Este último le pregunta qué es lo que le hace pensar que las cosas irán de manera distinta que con el resto de psicólogos y psicoterapeutas que hasta aquel momento ha consultado. El paciente lo mira perplejo y desilusionado, y después de unos segundos de silencio se levanta y se va. Al cabo de unos meses pide una nueva entrevista con el mismo psicoterapeuta. En ella cambia el planteamiento del discurso, aceptando hablar de sí mismo y cuestionándose su modo de proceder. Aparecerá, entonces, que el objetivo de la primera entrevista había sido el demostrar que tampoco el enésimo profesional interpelado podía hacer nada por él. Reconocerá también la cuidadosa atención con que escogía a sus “víctimas ilustres”. Dirá, por otro lado, que la pregunta que le hizo el psicólogo, sentida como una verdadera exigencia de cuestionamiento, lo había desconcertado y profundamente irritado. De hecho se esperaba, como generalmente había sucedido en los otros encuentros, un enfoque inmediato de la entrevista hacia la búsqueda de elementos y dimensiones

psicodiagnósticas, una exigencia de definición de su caso, dentro de los parámetros de nosografía psicopatológica. Enfoque hacia el cual se habría desplegado su gran habilidad para confundir al interlocutor, desbaratar cada una de sus hipótesis, llegando al final a la conclusión que, en su caso, no había nada que hacer. El cuestionamiento que se le hizo, en cambio, había desmontado su proyecto implícito. Ahora había vuelto a terapia para retomar aquel cuestionamiento y entender el sentido de su necesidad de medirse con la persona a la cual se había dirigido, para después invalidar su intervención.

La demanda vicaria

No es infrecuente el caso en que la persona no viene a terapia para solucionar sus problemas ni para satisfacer sus necesidades, sino para poner una demanda cuyo posible beneficiario no se halla presente y ni siquiera ha delegado esta función en el demandante. Generalmente se trata de madres que solicitan ayuda para sus hijos; o de esposas, más raramente ellos, que lo hacen por sus esposos. A este tipo de demanda la llamamos *vicaria* en cuanto se hace en sustitución de otra persona.

El discurso suele seguir siempre el mismo esquema: se describe un problema que se atribuye a la persona ausente y se pide alguna ayuda psicológica del tipo:

“¿qué puedo hacer yo para ayudarlo?; ¿cómo podría conseguir que viniera aquí?; ¿cómo podría hacer para que dejara de beber o jugar?; ¿cómo le puedo convencer para que se deje ayudar?; ¿qué puedo hacer para que cambie o para que me haga caso?”

Quien hace la demanda suele atribuir al sujeto ausente el origen de todos los males, para cuya solución se requeriría su participación y compromiso, aunque se considera altamente improbable. Tal es el caso de una mujer de treinta años, casada desde hace cuatro, madre de dos hijos de tres años y cinco meses respectivamente, que acude al terapeuta con la siguiente queja:

“Soy enfermera, pero mi marido no me deja trabajar. Por ejemplo, este mes debería hacer dos semanas de turno y él me atosiga tanto que estoy siempre en ascuas. Dice que mi puesto está en casa con los niños. De acuerdo, pero yo quisiera..., necesito unas vacaciones. Siento necesidad de alejarme de ellos. De estar con otra gente. No puedo estar siempre cerrada en casa... Pero no es sólo esto. Para empezar hay un montón de cosas que no sabía de mi marido antes de casarme y que debería haber sabido; al menos pienso que debería haber sabido. Creo que es un alcohólico crónico. Bebe cada día y parece que no puede evitarlo. El dice que sí, que lo consigue, pero no es cierto. No lo ha conseguido nunca, exceptuando cuando el doctor lo puso a dieta, y entonces se puso a comer caramelos... Desde que me casé; ya durante la luna de miel bebía cada noche. No quería ir a ninguna parte; sólo quería quedarse en casa a beber; y yo no lo soportaba. Tengo la impresión de que terminará por destruirme

a mí o a los niños, o a todos juntos. Y no quiere dejarse ayudar. Éste es el mal. No quiere admitir que sea un problema... Trabaja de camionero. Ya sé que es un trabajo duro, pero él llega a casa y se desahoga con nosotros. Empieza a gruñir sólo entrar en casa... Siempre pienso en el divorcio, pero sería otra muerte emocional. Y no quiero hacerlo ahora con los niños. Son demasiado pequeños... Si se muriera él creo que me sentiría feliz. Estoy segura de que sí”.

Está claro que el terapeuta no puede atender directamente a esta demanda. Necesita más bien transformarla en una demanda personal. En efecto, no puede conseguir por sus limitados medios que el marido acuda a terapia, reconozca su problema de alcoholismo y ni siquiera, tal vez, el de pareja. No puede simplemente aceptar una demanda vicaria. Existen, sin embargo, en el discurso de la demandante algunos elementos que permiten enfocar la atención sobre el estado de ella, su frustración por no poder trabajar, por depender del marido y de sus hijos, sus sentimientos ambiguos hacia el divorcio, o los deseos de muerte respecto al esposo.

En otras ocasiones el discurso de la persona demandante incluye referencias más explícitas al propio malestar, dando a entender que el propio sujeto podría beneficiarse de la intervención terapéutica, aun en el caso de que la persona que se considera problemática no esté dispuesta a participar en la terapia. Esta demanda implícita de ayuda terapéutica puede entreverse en el discurso de la siguiente demandante, casada, madre de tres hijos, que acude al terapeuta con una demanda del tipo “mi marido no me hace caso”

Sí, soy casada y tengo tres hijos: un varón, el pequeño, y dos niñas. Mi marido es ingeniero y trabaja en una empresa de maquinaria eléctrica. No ha venido porque no quería pedir permiso ni quería decir para lo que era. Me alegro, porque no sabría cómo decirle a él que prefería entrar yo sola. Si hubiera pasado con él habría estado más cohibida. Y la verdad es que no creo que tenga nada que ocultarle, pero siempre es mejor ¿no lo cree usted así? No me encuentro bien desde pocos meses después de nacer mi hijo. No soy como era antes, estoy aburrída. Yo antes tenía ilusión por todo. ¡Qué poco me interesa ahora mi marido, los niños, todo!. No es que no los quiera, pero también me aburren. ¡Qué vida esta!. No sé de qué me quejo en realidad. Tengo de todo, estamos bien. Pero es que una ¿qué tiene que hacer?. Usted dirá que nunca ha tenido una enferma tan estúpida, porque ahora le iba a decir una tontería: que me molesta ya todo lo que hace mi marido. Todo no; pero, por ejemplo, cuando llegaba él de la fábrica, yo, antes, tenía ilusión, pero ahora, ya se lo he dicho, no tenemos nada de qué hablar. ¿Es posible que no tenga nada de qué hablarme?. Él dice que está cansado, que lo que quiere es estar tranquilo, y se pone a leer el periódico. Le gusta mucho el fútbol y a mí eso me pone frenética. Que esté deseando salir del trabajo para venir a casa a leer los deportes... Yo se lo decía a mi

hermana: mira déjate de tonterías, tú piensas que el matrimonio es una cosa y luego es otra, muy distinta. Cuando me dijo que no sabía de qué me quejaba, me callé. Ya sabrá ella por qué lo digo yo”.

Como hemos indicado ya en la introducción de este caso, la paciente mezcla en la demanda las expresiones de malestar personal con los requerimientos explícitos sobre el comportamiento del marido y la conveniencia o no de una terapia de pareja. Aun así, la posición de la demandante es muy pasiva y está orientada a provocar un posicionamiento del terapeuta en su favor y en contra del esposo, induciéndole, no se sabe cómo, a que cambie de conducta, esté menos por los deportes y más por la casa, la mujer y los niños.

La demanda delegada

Hemos tenido ocasión de comprobar que en la mayoría de los casos los pacientes llegan a psicoterapia a través de una derivación. A veces es una recomendación de algún familiar o amigo que ha tenido alguna experiencia similar; con frecuencia no es más que la indicación de qué terapeuta se considera más adecuado o de confianza, como respuesta a una iniciativa propia; en otros casos son los parientes -particularmente los padres o consorte- quienes insisten y a veces chantajejan al paciente para que acuda a terapia. Así nos encontramos con expresiones relativas a la derivación como éstas:

“He venido porque según mi mujer tengo muchos problemas”; “mi esposo me ha dado el ultimatum: o dejo de mostrarme celosa o me planta”; “mis padres están preocupados por mí, porque dicen que últimamente me ven muy encerrado en mí mismo y de mal humor”; “una amiga mía me ha recomendado que acuda a usted”.

En muchas otras ocasiones, sin embargo, es algún otro profesional de la salud quien ha tomado la iniciativa de hacer la derivación sin que el paciente esté muy convencido ni llegue a veces a entender el por qué tiene que ir al psicólogo. Ya hemos observado antes que el éxito o fracaso de una derivación depende mucho de cómo se lleve a cabo por parte del profesional derivante. Este puede hacer una derivación clara, razonada y prestigiosa para el psicoterapeuta, como en el caso que hemos considerado más arriba de derivación por parte de un médico cirujano, o puede hacer una derivación muy genérica:

“esto es psicológico” o *“son los nervios”*,
acompañada con frecuencia de una valoración previa invalidante:

“usted no tiene nada; más valdría que se lo hiciera mirar por un psicólogo”,
de donde se deduce que lo psicológico *“no es nada (importante, se entiende)”*.

Naturalmente también pueden ser otros colegas psiquiatras o psicólogos quienes por razón de falta de tiempo o de especialización, o por proximidad de parentesco o amistad con el demandante, por traslado o cese en la actividad

profesional hacen una derivación, generalmente muy bien orientada, de un paciente a psicoterapia. Estos casos no tienen mejor ni peor pronóstico que los anteriores, pero pueden considerarse dentro del ámbito de las derivaciones comunes.

Existe, sin embargo, una situación en que la derivación reviste un carácter muy particular y que requiere un análisis específico de la demanda, pues se trata, en realidad, de una *delegación*. Hablamos de delegación en aquellos casos en que una institución o un profesional del campo de la salud mental se quita de encima, por decirlo en pocas palabras, a un paciente aduciendo razones generalmente inconsistentes, aunque revestidas de racionalizaciones aparentemente aceptables. Existe, además, el agravante de que el terapeuta delegado se ve moralmente obligado a hacerse cargo del caso, para no dejar desatendida la demanda, y al demandante en situación de desamparo.

Una psicoterapeuta decidió por razones que afectaban a su vida matrimonial interrumpir bruscamente de un día para otro su trabajo profesional, delegando en un colega los seis pacientes que en aquel momento seguía. De los seis cuatro llamaron por teléfono al nuevo terapeuta para concertar una visita; dos ni siquiera lo hicieron. De los cuatro que habían llamado sólo dos se presentaron a la cita; los otros se excusaron en llamadas posteriores, aduciendo dificultades de horario o de transporte. Uno de los que asistió aprovechó la sesión para quejarse del modo en que había sido despedido por la anterior terapeuta, objetando que le iba a resultar muy difícil generar una nueva relación de confianza cuando la que había construido con la terapeuta se había roto de forma tan poco justificada; después no volvió más. Sólo uno de los seis pacientes, un muchacho joven, con dificultades de aceptación o autoimagen, con problemas en los estudios y escasas relaciones sociales continuó y llevó adelante con provecho la psicoterapia por espacio de dos años.

En otros casos el motivo de la delegación es la existencia de una problemática del terapeuta o de la institución con el paciente, aduciendo que otro profesional mejor preparado o más disponible podrá hacerse cargo del caso. Esta delegación pone con frecuencia al terapeuta receptor en una difícil tesitura por la situación enormemente privilegiada que esta derivación le confiere a los ojos del paciente o su familia y, a la vez, extremadamente condicionada, puesto que viene acompañada del diagnóstico y de las indicaciones del tratamiento a seguir. En estas circunstancias lo que esperan paciente y familia es que el terapeuta delegado *ejecute* magistralmente las prescripciones de la institución delegante, como si se tratara de un superespecialista. Como puede advertirse en estos casos la demanda delegada se interpone entre paciente y terapeuta y no queda más remedio, si se quiere evitar caer en la trampa, que replantear todo el proceso.

Un adolescente de 13 años -al que llamaremos Juan- es enviado al psicoterapeuta por el servicio de psiquiatría de un hospital, donde el muchacho en cuestión venía siguiendo una terapia de grupo desde hacía tres años, a causa de una persistente fobia escolar que no remitía y daba origen a numerosos incidentes escolares y

familiares. El terapeuta recibe, un mes escaso antes del verano, sendas llamadas de la familia y del psiquiatra con la indicación prescriptiva de “hacerle al chico urgentemente dos sesiones semanales de psicoterapia en profundidad”. El terapeuta “delegado” aduce a la familia que ésta no es su forma de trabajar, que si ellos quieren asumirá el estudio del caso, pero que dada las limitaciones de tiempo accede solamente a evaluar la situación y a valorar las posibilidades de otro tipo de trabajo más bien de carácter familiar que individual. Durante la exploración se toman algunas decisiones de carácter práctico, que ya estaban en el ánimo de los padres, se contextualizan los conflictos del chico y se intenta convertir la ansiógena preocupación de los padres en compromiso colaborativo: para ello ya durante el proceso de evaluación se cita varias veces a los padres solos, e incluso se les propone actividades conjuntas, como la ejecución de esculturas familiares (Onnis, 1990). Al final del período evaluativo el terapeuta les escribe y lee esta carta en la que se intenta redefinir toda la situación, a fin de posibilitar una demanda distinta de aquella que fue delegada.

Ante la inminencia del período estival deseo escribirles unas líneas que sirvan de recordatorio de las consideraciones que hemos compartido durante las sesiones de evaluación psicológica, durante las cuales he tenido la oportunidad de admirar la puntualidad, interés, responsabilidad, espontaneidad y franqueza con que han participado y colaborado. Todas estas cualidades han hecho fácil, y espero que fructífera, la relación con ustedes. En nuestra exploración se han puesto de manifiesto otras cualidades personales, que sin embargo, llevadas a sus extremos, constituyen polaridades semánticas familiares que pueden dificultar el posicionamiento de su hijo Juan respecto a la constelación parental, tales como idealismo-materialismo, pensamiento abstracto - concreto.

Juan presenta también esta dualidad en su forma de pensar y construir el mundo, con evidentes dificultades de integración de ambas perspectivas. Él es un chico sensible, que se ha visto rodeado de un medio escolar hostil al que no se ha adaptado del todo. Posiblemente no ha encontrado el necesario apoyo y comprensión en las estructuras, ni ha desarrollado las estrategias para hacer frente a los problemas que se le han presentado en la escuela. Por eso creo que la decisión de cambiarle de colegio es sabia: le da, al menos, una oportunidad para empezar de cero.

Juan es hijo único, le faltan amistades y con frecuencia se queja de aburrimiento. Parece, igualmente, que capta unas expectativas de parte de sus padres algo exageradas conforme a sus posibilidades y a su rendimiento. Todo ello, habida cuenta además que es nacido en diciembre, le pone frecuentemente en una situación de exigencia respecto al rendimiento escolar y a la madurez personal, que pueden ser causa de tensión y de evitación de la escuela. Se encuentra, por otra parte, en un momento de transición de su proceso de maduración personal: la adolescencia o pre-

adolescencia. Seguramente sería beneficioso para él encontrar formas de ampliar el círculo de amistades, desarrollar nuevos contactos sociales y descargar la tensión de formas creativas y sanas.

Ustedes, como padres, se han preocupado mucho por él, hasta el punto de desarrollar una notable ansiedad e inseguridad. Esta no es, probablemente, la manera más eficaz de enfocar sus problemas, tanto más cuanto que contribuye a aumentar las ansiedades e inseguridades de él, dado que esto puede ayudar a provocar una escalada interactiva (a mayor inseguridad, mayor explosión ansiosa en el chico). Juan necesita un punto de referencia sólido y estable en el seno de la propia familia. La óptima predisposición de ustedes a colaborar creo que es la mejor garantía para que se puedan crear las condiciones favorables a un desarrollo integral: para ello es bueno aumentar el grado de comunicación interna en el seno de la familia, la solidez del dúo parental, las áreas de expansión social y, también, de diversión lúdica. Si creen que estas consideraciones pueden ser útiles, posiblemente nuestra colaboración podrá serlo igualmente en un futuro próximo.

Otro caso claro de delegación lo constituye el que relatan Manfrida y Melosi (1996), en el que el posicionamiento del terapeuta se resuelve con una negativa inicial al tratamiento.

Una joven madre de veintiocho años llega enviada al psiquiatra con una indicación de urgencia por una amiga psicóloga. En la entrevista aparece bastante deprimida, con intensa ansiedad, sentimientos de culpa (por una presunta incapacidad para criar con la propia leche una niña de pocos meses), insomnio, ideas autolesivas y de daño para la hija. Llama la atención en particular la petición incongruente, dado que ha sido derivada a un médico psiquiatra, de no tomar medicinas, justificada con el hecho de que no soportaría la interrupción del amamantamiento, experiencia para ella extraordinariamente gratificante y absolutamente indispensable, hasta el punto de verla como el objeto del embarazo: su leche puede ser mala, pero tener la niña al pecho es para ella, más que un deber moral, una experiencia irrenunciable. El marido, que la acompaña, insiste inútilmente en la suspensión del amamantamiento, que ya va por el quinto mes, y después se conforma pidiendo al psiquiatra que haga lo que pueda.

La petición de esta pareja es la de que se ayude a esta señora, pero sin medicamentos, en un tiempo tan breve que no permite profundizar en las problemáticas individuales, de pareja o de familia, con el objetivo de eliminar el síntoma. Se trata de una estrategia de delegación, que persigue volver hiperactivo al terapeuta, probablemente destinada a transformarse en una delegación para el fracaso.

Frente al requerimiento paradójico o, si queremos, a la delegación para el fracaso, presentada por la petición de curar a la paciente de la depresión sin darle fármacos y sin psicoterapia, la respuesta del psiquiatra fue la de comprensión, pero

de rechazo de intervenir. Se le dijo que la preocupación por los otros que impedía a la señora curarse (para no suspender el amamantamiento) y le daba también una especie de altruista satisfacción, demostraba en realidad que ella no quería reconocer un estado de enfermedad”.

Algunos días después la paciente telefoneó, aceptando una terapia farmacológica. Cuando los síntomas más inhabilitantes empezaron a remitir se le indicaron dos posibles caminos: el primero seguir en su posición pasiva, el segundo emprender una psicoterapia, eventualmente individual, de pareja o de familia.

Colusión:

Puede definirse la colusión como una alianza con otra persona o institución en detrimento de una tercera. En el ámbito psicoterapéutico esta situación no es infrecuente, sobre todo cuando son los familiares de un paciente “designado” quienes presentan la demanda de ayuda que, muchas veces no es otra cosa que la demanda de un diagnóstico y un tratamiento (coercitivos) no precisamente terapéuticos. En estos casos la terapia sistémica, con muy buen criterio, incluye en la terapia o “tratamiento” a demandantes y demandado para diluir con este planteamiento el efecto colusivo. Generalmente la demanda colusiva lo es en perjuicio de una tercera persona distinta del demandante, pero puede darse el caso, como tendremos ocasión de ver en el segundo de los ejemplos, que el demandante, sin darse cuenta, entre en colusión consigo mismo. Vamos a considerar pues los dos casos separadamente.

a) Colusión en perjuicio de un tercero

El caso que vamos a analizar aquí viene protagonizado por la madre adoptiva de un chico, al que llamaremos Ricardo, que en el momento de los hechos tenía 23 años. Por razones profesionales, el terapeuta anteriormente había trabajado de psicólogo escolar, el conocimiento del chico se retrotraía a la edad de 6 años en que fue adoptado. En aquel momento, Ricardo, que hasta entonces había estado acogido en una institución pública, presentaba un notable retraso evolutivo, tanto a nivel cognitivo como psicosocial y un lamentable estado físico. Su inserción en la escuela fue muy problemática y su aprendizaje escolar muy dificultoso. Con el paso de los años y un trabajo de seguimiento reeducativo Ricardo fue mejorando en todos los aspectos, aunque persistía una personalidad algo infantil, una emotividad impulsiva e inmadura y un desarrollo cognitivo medio-bajo dentro de la normalidad. Los cuidados de los padres consiguieron que desarrollara los hábitos de higiene y cuidado personal, vistiera incluso con elegancia, y ayudara a su padre en un oficio de tipo manual.

Todos estos avances psicosociales habían propiciado que la asistencia psicológica ya no fuera necesaria, de modo que el terapeuta había perdido el contacto con la familia desde hacía casi siete años. En estas circunstancias una llamada hecha al domicilio particular a las 8.20 de la mañana solicitando una entrevista con carácter

de urgencia, acompañada de lloros y manifestaciones de extrema preocupación por parte de la madre, como la de llevar cuarenta y ocho horas sin comer ni dormir, alarmó al terapeuta, el cual accedió a verla inmediatamente. Ya en la sesión la madre explicó el motivo de su intensa preocupación.

Dos días antes Ricardo había protagonizado una escena de violencia. Unos vecinos discutían en la calle a propósito de un aparcamiento. Las reyertas entre estos dos vecinos venían siendo últimamente frecuentes y Ricardo los observaba a través de los cristales. Su paciencia se había ido agotando hasta el punto que, aquel día, dirigiéndose a ellos e increpándoles desde la ventana les lanzó dos macetas -sin intención de darles- llamándoles “hijos de p...” y cominándoles a tomar las de Villadiego. La madre se asustó por esta explosión de violencia de su hijo, que encontraba exagerada y desproporcionada, y empezó a preguntarse si se había vuelto loco. De modo que la demanda de la madre se concretó en estas dos preguntas dirigidas al terapeuta:

- “¿Estará loco? ¿Lo tendremos que recluir en un manicomio?”

Ésta era claramente una demanda diagnóstica. Parecería que la respuesta en un sentido o en otro es lo que la madre esperaba del especialista. Pero ¿cuál sería el efecto de una respuesta afirmativa o, en el caso contrario, de una respuesta negativa? Un episodio aislado de este tipo tampoco permitía sacar ningún diagnóstico concluyente. Como lo que era evidente era el estado de agitación de la madre, el terapeuta enfocó su intervención no en satisfacer el nivel enunciativo de la pregunta de la madre, sino en elicitar las implicaciones pragmáticas. *¿Por qué le preocupaba tanto este acontecimiento?*

La respuesta de la madre fue una exclamación acompañada de intensos sollozos:

“¡Qué vergüenza!

Sentía vergüenza del comportamiento de su hijo, que no se podía explicar sino atribuyéndolo a un ataque de locura; pero a la vez si su hijo estaba loco, esto sería un “castigo de Dios”. Un castigo de Dios ¿a quién y por qué?. A ella, la madre, y a causa de su “orgullo”. Orgullo de madre porque había conseguido convertir, en un ambiente familiar muy hostil, caracterizado por unos parientes muy exitosos tanto escolar como socialmente, a un niño casi selvático, rechazado desde el principio por casi toda la familia, en un hombrecito de bien. Y ahora se comportaba de un modo en el que ella no le podía reconocer como a su propio hijo. Su agitación tenía pues que ver no tanto con esta conducta puntual, sino con la sensación de fracaso en haberlo educado a su imagen, a pesar de no ser su hijo natural. Pero justamente, el hecho de no ser su hijo natural alimentaba la fantasía de una doble exclusión: o no es mi hijo o está loco. Precisamente, la expresión utilizada por Ricardo “hijos de p...” para recriminar a los vecinos que alborotaban en la calle, fue reutilizada por la madre (adoptiva) para recriminarle a él su conducta violenta diciéndole:

“No llames a nadie hijo de p...; porque si alguien es hijo de p..., ese eres

tú, que tu madre (natural) lo era”.

El (falso) dilema era pues asfixiante: o Ricardo no es mi hijo (sino hijo de p...) cuando se comporta de forma agresiva, mal hablada y egocéntrica; o bien Dios ha castigado mi orgullo, por creer que podía convertir un trozo de carbono en un diamante, solamente con mi voluntad y en reacción de envidia con los otros familiares, tíos y primos (Gráfico 5). La respuesta a la demanda se dirigió pues a explicitar este dilema subyacente y a facilitar una construcción distinta, no sólo de lo sucedido cuarenta y ocho horas antes, sino de todo el proceso de adopción, con tanto de amor y de lucha, pero también de éxitos y fracasos: un hijo, como cualquier persona, reúne en sí aspectos positivos y negativos que pueden ser vividos de forma integrada, no necesariamente excluyente.

b) Colusión en perjuicio del propio demandante

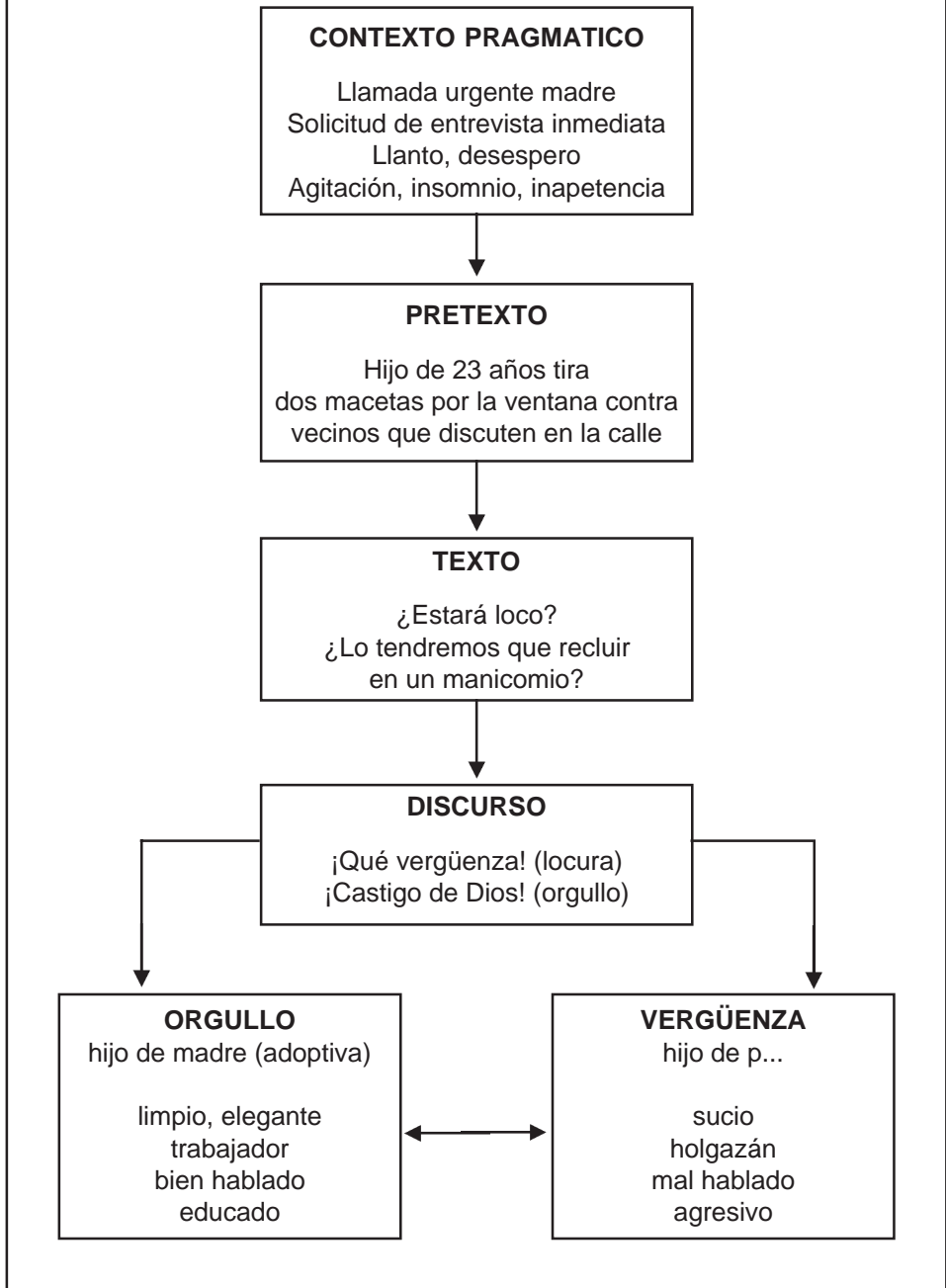
Sergio Cingolani (1996) explica el siguiente caso, donde se puede valorar el peligro de colusión en perjuicio de la propia persona cuando el objeto de la demanda lo constituye el diagnóstico. Podríamos hablar aquí de peligro de alianza del terapeuta con el paciente contra él mismo.

Valentina, una mujer de 38 años, que ya había seguido una terapia de pareja diez años antes, vuelve a presentarse con su marido en la consulta por un motivo aparentemente banal. La paciente, que ha adelgazado mucho, con los pómulos muy salidos y unas enormes ojeras, cuenta con un tono muy preocupado, que durante este último año ha padecido un molesto trastorno gastro-intestinal y que ésta había sido la causa de su adelgazamiento:

“el dolor cuando digería era tan fuerte que me dolía tan sólo al pensar que tenía que sentarme a la mesa y a comer”. La terapia farmacológica (a base de antiácidos y espasmolíticos) había funcionado bastante bien hasta hacía dos meses. Después,... era el día de mi cumpleaños y entre los regalos había una caja de galletas. Me gustaban mucho y me las terminé en dos días. Nunca había sido tan golosa, más bien lo contrario. Y aquel hecho, no haber tenido freno, me sorprendió. Recuerdo que aquella noche, pensando en ello, me dio miedo de poder engordar: no me había controlado, podía volverme a ocurrir... y ya me veía yo gorda como mi madre. Pero por fortuna duró sólo un instante. Algunas noches después me invitaron a cenar. Me sentía bien respecto al estómago. Había un pollo con arroz buenísimo, y me lo he comí a gusto. Pero mientras volvía a casa pensé de nuevo en ello, y otra vez me volvió el miedo a engordar sin fin. Esta vez no fue sólo un flash. Desde entonces he empezado a darle vueltas y a angustiarme. Pensaba que no había ningún motivo para asustarme por la gordura y que..., es más, nunca había tan estado delgada... De repente me pasó por la cabeza la anorexia... Esta palabra me retumbaba en la cabeza..., y entonces me acordé de un episodio que vi hace algún tiempo

Gráfico 5

Análisis del discurso en el contexto pragmático de la demanda



en un reality show de la televisión. Había una chica anoréxica que contaba su historia. Usted me conoce bien, doctor..., me preocupé en seguida y no pude dormir durante toda la noche. Pero, después, al día siguiente me había pasado todo.. Una chica anoréxica que no comía. Estaba muy delgada, pero no quería comer, porque si se sentaba a la mesa entonces no era capaz de controlar, habría comido tanto, y se habría engordado sin fin... ¡Doctor! ¡Justo como yo pensaba que me podía suceder a mí! He pensado que me había cogido la anorexia. Y después me he acordado de Antonio, el amigo médico que me envió a usted hace diez años...: me he acordado que cuando aún padecía del estómago (antes de que hiciesen efecto los fármacos) me había dicho riendo que, según él, todo esto era una cuestión mental, que el estómago no tenía nada que ver y que si continuaba así podía volverme anoréxica. Pensé que era una broma... ¿Y si, por el contrario, hablaba en serio? En fin, he empezado a sentirme confusa. cada vez más angustiada...; me parecía enloquecer...; y de nuevo el pánico. No podía evitarlo...; lo sé ¡doctor! que usted es contrario..., pero he tenido que ir a leerme la enciclopedia médica..., y ¡menos mal que esta vez no me lo he creído! Allí decía que la anorexia quita el apetito. Yo en cambio no he perdido el apetito. Por favor, doctor, no me diga usted también que soy anoréxica. ¿SOY ANORÉXICA, DOCTOR?... ¡DOCTOOOR!... ¿QUE ESTA PENSANDO?

Es evidente que en este texto la demanda está dirigida claramente a obtener del doctor, en el cual además se tiene una gran confianza por experiencias anteriores, una confirmación o desconfirmación del autodiagnóstico de anorexia. Ahora bien, ¿cuál sería el efecto de una respuesta directa a esta demanda? Con razón se interroga Cingolani en el artículo que hemos mencionado más arriba, sobre ello. Posiblemente, una respuesta directa a estos angustiosos interrogantes de la paciente no haría más que aumentar el efecto iatrogénico del autodiagnóstico. Si la respuesta fuera positiva, la ansiedad y el pensamiento recurrente sobre la patología contraída no harían más que aumentar; si fuera negativa sonaría posiblemente a falso, con el agravante de aumentar las dudas sobre la fiabilidad y sinceridad del terapeuta. ¿Qué hacer en estos casos? Como siempre, ir más allá de la obviedad de la demanda: si la paciente pide al doctor que “no le diga también él que es anoréxica”, el doctor, evidentemente, no tiene que decírselo, pero tampoco negárselo.

Para trascender la obviedad de la demanda puede resultar apropiada la estrategia de *desequilibración* que hemos descrito en la entrevista evolutiva (Villegas, 1993), que persigue mover el sistema epistemológico del cliente hacia estructuras más evolucionadas de significado, coherentes con su mundo de experiencias personales, pero distinto, al menos en su organización, del presentado por el cliente. En este último caso, por ejemplo, el análisis de la demanda puede centrarse sobre la ampliación del *contexto* en que se ha producido esta sensación de

descontrol -a propósito del cual no se afirma ni se niega si es un presagio de anorexia o bulimia, o el indicador de cualquier otra patología-, puesto que no se considera que la respuesta directa a la demanda de diagnóstico pueda tener un valor terapéutico, sino, al contrario, desencadenante de más patología.

CONSIDERACIONES FINALES

Hemos intentado establecer sin ánimo de exhaustividad una clasificación para algunas de las modalidades más frecuentes de demanda de ayuda y las hemos ilustrado con una casuística, necesariamente muy limitada. Nuestro punto de vista nos ha sido prestado por la perspectiva discursivo-pragmática, perspectiva derivada, como se sabe, de la lingüística textual, lo que le otorga una carta de neutralidad frente a los diversos modelos terapéuticos que, si lo desean, pueden beneficiarse indistintamente de ella.

Se ha señalado que por lo general la demanda de ayuda en psicoterapia sigue, desde el punto de vista discursivo-pragmático, idénticos esquemas que la planteada en un contexto médico, razón por la cual se hace necesaria casi siempre su reformulación en términos psicológicos. Por ello nos hemos referido al demandante utilizando sistemáticamente la palabra paciente, puesto que su conversión en cliente es el efecto de un cambio sufrido desde una posición inicialmente pasiva y centrada en la queja a otra colaborativa, orientada a la exploración y el cambio, efecto que se considera ya en sí mismo un producto del análisis de la demanda.

A lo largo del artículo hemos podido comprobar cómo el análisis de la demanda resulta siempre una tarea a tener en cuenta en el decurso de la psicoterapia, particularmente en sus fases iniciales, y cómo la no evolución de la misma se erige con frecuencia en el mayor obstáculo del progreso terapéutico. Al utilizar el punto de vista discursivo-pragmático el análisis de la demanda evita convertir la interacción terapéutica en un fin en sí mismo, desplazando la atención hacia las estructuras discursivas que la fundamentan. La explicitación de los motivos implícitos en la demanda y su adecuación a los recursos psicoterapéuticos hacen del análisis de la demanda un medio para facilitar o promover el cambio del sistema epistemológico del sujeto, que es el fin de toda psicoterapia.

La psicoterapia, como actividad profesional pertenece al grupo de las profesiones de ayuda. Comparte con ellas algunos aspectos comunes, a la vez que presenta aspectos diferenciales propios, entre los que se encuentra la especificidad de la demanda. Este artículo considera el análisis de la demanda desde dos perspectivas: psico-social, la primera, relativa al proceso mismo de solicitar y prestar ayuda; y pragmática, la segunda, centrada en el análisis de las modalidades discursivas, que determinan que una demanda de ayuda pueda ser entendida y atendida psicoterapéuticamente.

Referencias bibliográficas:

- BINSWANGER, L. (1954). Daseinsanalyse und Psychotherapie. *Zeitschrift f. Psychotherapie & Medizin*, IV, 5.
- BREITMAN, B.D. & KLERMAN, G.L. (eds.) (1991). *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatry Press.
- CARLI, R. (1990). El análisis de la demanda. *Revista de Psicoterapia*, 1, 71-84.
- CASTILLO, J.A. & POCH, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- CINGOLANI, S. (1996). Ética y constructivismo: un punto de vista relacional-sistémico. *Revista de Psicoterapia*, 25, 51-60.
- DE CLERCQ, F. (1995). *Donne invisibili*. Milano: Rizzoli.
- DILTHEY, W. (1894). *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*. En *Gesammelte Schriften*. Leipzig: Misch
- EGAN, G. (1986). *The skilled helper: a model for systematic helping and interpersonal relating*. Monterrey: Brooks/Cole
- FRANK, J. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- FRANK, J. (1990). Psicoterapia, retórica y hermenéutica: implicaciones para la práctica y la investigación. *Revista de Psicoterapia*, 1, 26-38.
- GOLDSTEIN, A.P. (1980). Relationships-enhancement methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: a textbook of methods*. New York: Pergamon.
- HOLLON, S.D. et al. (1992) Cognitive Therapy and pharmacotherapy for depression: single and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781
- LIOTTI, G & INTRECCIALAGLI, B. (1996). Los sistemas comportamentales interpersonales en la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 13-24
- MANFRIDA, G. & MELOSI, A. (1996). En los orígenes de la depresión: la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediaciones sociales. *Redes*, 1, 22-35.
- MARISCAL, E. (1996). De Juan con miedo, a Juan sin miedo. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 155-159
- MATURANA, H. (1996). Entrevista con Humberto Maturana (por José Hernández y Virtudes Ortega). *Síntesis psicológica*, 1, 6-11.
- MAY, R. (1972). *Power and innocence*. New York: Norton.
- MC. CLELLAND D. (1955). Methods of measuring human motivation. In J. W. Atkinson (ed.). *Motives in fantasy, action and society*. New York: Van Nostrand.
- MOLIST, M. (1996). Senyors de la ciutat. *Avui, (suplement dominical)* 04.08, 19-25
- ONNIS, L. (1990). Le sculpture del presente e del futuro: un modello di lavoro terapeutico nei disturbi psicosomatici. *Ecologia della mente*, 10.
- PRATA, G. & RAFFIN, C. (1995). Curarse a través de la rabia. *Revista de Psicoterapia*, 21, 71-82.
- REVISTA DE PSICOTERAPIA (1990). *Eficacia Terapéutica*, nº 4.
- ROGERS, C. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C. (1977). *Carl Rogers on personal power: Inner strenght and its revolutionary impact*. New York: Delacorte.
- ROSEN, J. M. (1953). *Direct analysis: selected papers*. New York: Grune and Stratton
- SECHEHAYE, M.A. (1958). *La realización simbólica: Diario de una esquizofrénica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- SEMERARI, A. (1991). Hacia una teoría cognitiva de la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 5, 5-26.
- VILLEGAS, M (1990). *El concepto de psicoterapia*. Trabajo inédito. Universitat de Barcelona
- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- VILLEGAS, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I): La agorafobia o la restricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-39.
- VYGOTSKY, L.S. (1978). *Mind and society. The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.