

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

CASOS EMBLEMÁTICOS

Epoca II, Volumen XIII - 2º/3er. trimestre 2002

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € 50/51 Ψ

---

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Director:** MANUEL VILLEGAS BESORA

**Consejo de Dirección:** LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

**Comité de Redacción:** MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M<sup>a</sup> JOSE PUBILL GONZALEZ, M<sup>a</sup> ROSA TORRAS CHERTA.

**Secretaria de Redacción:** EMPAR TORRES AIXALÀ

**Consejo Editorial:** ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, JAUME SEBASTIÁN, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

**Coordinación Editorial:** LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

---

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

**Epoca II, Volumen XIII - Nº 50/51 - 2º/3er. trimestre 2002**

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

---

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

---

**Portada:** Ana Gimeno-Bayón Cobos

**Autoedición:** Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

**Impresión:** OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

---

Precio de este ejemplar 18 euros (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>HISTORIA DE UNA TERAPIA: RAZONES Y PORMENORES DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO .....</b>	<b>5</b>
Héctor Fernández-Álvarez, Marcela Fernández y Alejandra Coppo	
<b>UN CASO DE BULIMIA CRÓNICA CON MULTITRATAMIENTO .....</b>	<b>27</b>
Sandra Sassaroli	
<b>“QUIERO SER LIBRE DE MÍ MISMO”: UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO DE LA PERSONALIDAD .....</b>	<b>35</b>
Sonia Tapia Melendo	
<b>EL CAMBIO POSIBLE, UN CASO CLÍNICO: EL HOMBRE DE LA BARCA .....</b>	<b>91</b>
Maurizio Dodet	
<b>¿DÓNDE VAS CON MANTÓN DE MANILA? “EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA...” AUTÓNOMA .....</b>	<b>101</b>
Manuel Villegas Besora y Ana, paciente de un grupo de terapia	
<b>“NO ES MI CASA, QUE ES LA SUYA”. COMPRENSIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE AGORAFOBIA DESDE UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA .....</b>	<b>163</b>
Eva Azorín	
<b>DE LA DINÁMICA AFECTIVA - COGNITIVA A LA EMERGENCIA DE SIGNIFICADO NARRATIVO: ANÁLISIS DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO .....</b>	<b>195</b>
Álvaro T. Quiñones Bergeret	
<b>EL LENGUAJE SIMBÓLICO COMO MEDIADOR EN LA RELACIÓN Y PROCESO TERAPÉUTICOS: DEL SÍMBOLO A LA RELACIÓN. ....</b>	<b>221</b>
María R. Ventosa Villagrá	



## EDITORIAL

Cumple, con éste, cincuenta números la REVISTA DE PSICOTERAPIA, un hito modesto, pero que colma de satisfacción y plantea nuevas exigencias a quienes desde los inicios de la aventura editorial que supuso emprender en el año 1990 su publicación, aceptaron el reto de llevar adelante el esfuerzo continuado de ofrecer a nuestros lectores un foro de reflexión y de difusión de la psicoterapia. Inició su primera andadura con anterioridad en el ya lejano 1981 bajo el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* con cuya denominación llegaron a publicarse hasta 29 números para transformarse posteriormente en la publicación actual. Ya en su primera época fue diseñándose una tendencia hacia la confección de números monográficos, que pudieran convertirse en referentes de las diversas temáticas afrontadas en cada momento. Esta tendencia se ha consolidado en nuestra revista actual, dando origen a una serie de monografías que los lectores que nos hayan seguido desde el principio habrán podido apreciar.

Afrontamos en éste número doble y extraordinario por sus dimensiones la ocasión de brindar a nuestros lectores un monográfico especial. Nos ha parecido interesante para esta ocasión pedir a nuestros colaboradores habituales una aportación original, que significara la exposición de su modo característico de hacer terapia a propósito de algún caso que consideraran “emblemático”. Todos han aceptado entusiastas el ofrecimiento, pero pasado el plazo de admisión de originales hemos decidido publicar los que nos han sido remitidos hasta ahora, esperando en otra ocasión poder ofrecer a nuestros lectores el resto que nos vaya llegando. Hemos considerado igualmente interesante, con ocasión de esta efemérides, dar la oportunidad a algunas plumas jóvenes que se estrenan en este oficio de participar con sus aportaciones en este proyecto, lo que han hecho con tanto rigor como entusiasmo.

Abre este monográfico Héctor Fernández Álvarez, conocido colaborador de esta revista con una contribución sobre una intervención en grupo en un caso de agorafobia. El equipo de Aiglé que dirige Héctor en Buenos Aires muestra su refinado estilo, exquisitez en el tacto y profundidad en la intervención en el trabajo que publicamos.

Con un estilo conciso y contundente Sandra Sassaroli muestra una modalidad de intervención aplicada con éxito en un caso de bulimia crónica con multitratamiento, donde pone de manifiesto que en determinados casos la inflexibilidad del terapeuta con la patología no está reñida con la empatía terapéutica.

El trabajo de Sonia Tapia constituye una de las aportaciones de las jóvenes promesas al acervo de conocimientos y experiencias terapéuticos, constituido a través de generaciones más antiguas. El artículo “Quiero ser libre de mí mismo:

un caso de trastorno obsesivo de la personalidad”, escrito con una clara aptitud expositiva y sistemática, ofrece una visión comprensiva y terapéutica del tratamiento del trastorno obsesivo.

Maurizio Dodet plantea, desde la óptica postracionaista, en la línea de trabajo iniciada por Vittorio Guidano, los límites del cambio posible. Sabemos del poder de la psicoterapia, pero también de sus límites y el artículo “El cambio posible, un caso clínico: El hombre de la barca” señala tanto uno como otros.

El artículo titulado “¿Dónde vas con mantón de Manila? El proceso de convertirse en persona autónoma” es un intento de escribir la historia de un proceso personal a lo largo de casi tres años de terapia a dos manos, la del paciente y el terapeuta. Esta es la razón por la que la paciente, bajo seudónimo, aparece como coautora del relato, habiéndole cedido a ella la mayor parte de la autoría del texto.

Desde una perspectiva constructivista Eva Azorín, otra de las jóvenes plumas que nos honran con su contribución, aborda de forma clara y didáctica un caso de agorafobia cronicada, poniendo de manifiesto los entresijos psicológicos y relacionales que frecuentemente se ocultan bajo la sintomatología ansiosa.

Sigue a continuación un trabajo de Alvaro Quiñones centrado en recorrer el proceso de emergencia del significado narrativo a partir del trabajo con la dinámica afectivo-cognitiva en la línea del enfoque postracionalista planteado por Vittorio Guidano a través de sus publicaciones.

En el artículo titulado “El lenguaje simbólico como mediador en la relación y proceso terapéuticos: del símbolo a la relación” María R. Ventosa Villagrà nos ofrece una aproximación al mundo de vivencias y representaciones en la esquizofrenia a través del lenguaje de la analogía y el sueño.

Queremos aprovechar igualmente esta ocasión para agradecer a nuestros lectores la confianza con que nos han disitnguido durante todo este tiempo que hemos estado trabajando para hacer posible este foro de encuentro entre quines compartimos la pasión por la psicoterapia tanto desde la cotidianidad del esfuerzo y la dedicación profesional, como desde los ámbitos de investigación y reflexión. A todos, autores y lectores, nuestro más sincero agradecimiento.

# HISTORIA DE UNA TERAPIA: RAZONES Y PORMENORES DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Héctor Fernández-Álvarez, Marcela Fernández y Alejandra Coppo  
Fundación AIGLE  
Virrey Olaguer y Feliú 2679 – (1426) Buenos Aires, Argentina  
Email: fundacion@aigle.org.ar

*A characteristic example of the therapeutic approach applied in Aiglé is presented. Its principles correspond to an integrative model, articulated on the basis of a cognitive-social perspective. The clinical case is about a female patient who initially presented acute signs of an anxiety reaction, associated with dysfunctional components in core personality aspects. The work follows the course of the therapy's gradual process. The first and short-term stage combined focused psychological interventions with psychopharmacological interventions. The second and long-term stage, during which the patient was included in a therapeutic group, was centred upon the treatment of her personality disorder. The sequence of the clinical vignettes follows the dynamics and the operations of the group therapy complex process, a particularly powerful tool in these cases.*

*Key Words: integrative model – cognitive-social perspective – anxiety – personality disorder – group therapy.*

---

## INTRODUCCIÓN

Suele decirse que podemos aprender más de los casos clínicos que terminaron en un fracaso o de aquellos donde descubrimos errores de procedimiento. Allí tenemos una expectativa natural de obtener una enseñanza provechosa. Suele desconfiarse, en cambio, del relato de los éxitos terapéuticos porque levantan la sospecha de que los datos pueden sesgarse (se supone que inconscientemente) para demostrar la habilidad del terapeuta o la bondad de una técnica. ¿Por qué elegimos, entonces, relatar en esta oportunidad un proceso exitoso? Nos mueven dos cosas: este “caso” contiene muchas de las características más peculiares de nuestro modelo de trabajo y, además, guardamos el recuerdo de que durante buena parte de su trayectoria nos topamos con grandes dificultades, que en muchos momentos

estuvimos cerca del desaliento, que sólo hacia el final pudimos descansar al alcanzar un resultado positivo.

Todo comenzó en junio de 1994 cuando Zulema vino a nuestro Centro después de haber solicitado una consulta apelando a los canales habituales de la demanda. Una amiga que había recibido asistencia tiempo atrás la había recomendado. Obviamente la amiga había concluido su proceso con una evaluación positiva del tratamiento. Como en seguida veríamos, dicho estímulo había jugado un papel importante para decidirla a consultar pues ella era, básicamente, poco entusiasta de la terapia. Zulema llegó a la consulta con una exigua cuota de confianza. La trajo el miedo que la arrebató de su tranquila existencia cotidiana. Y más aún, el miedo a volver a experimentar ese miedo terrorífico que la desequilibró y la acercó al abismo de vivencias autodestructivas. La crisis de angustia desatada de un día para otro había trastornado su escenario vital. El mundo comenzó a tornarse inseguro y sus pasos no se apoyaron más sobre un terreno firme sino sobre un suelo lleno de incertidumbre.

*“Le cuento mi problemita... , yo, hace 2 meses y medio iba caminando por la calle, paseando a mi perro y, de repente, me mareé... , un mareo normal, porque siempre he tenido problemas de cervicales, contracturas. Así que dije mejor vuelvo a mi casa. A la noche me voy a dormir y allí empecé: me siento nerviosa, le digo a mi mamá. Yo vivo sola con mi mamá. Le digo: me siento nerviosa. Bueno, estaba nerviosa, con mucha taquicardia, con mucha ansiedad. Me tomé un té. Después se me pasó, dormí bien. Al otro día fui al trabajo, pero... un día después, avisé que no iba al trabajo, me puse a llorar por teléfono y ya fue toda una angustia... Ese día lo pasé más o menos bien pero al otro día, o a los dos días... ya no recuerdo bien el tiempo... cada vez que tenía que salir a la calle sentía un miedo atroz.”*

Muchas preguntas suelen rodear ese tipo de situaciones, empezando con “¿Por qué ocurrió la crisis?”. Una pregunta que ella se formuló sin encontrar respuesta. En un primer momento, desbordada por el temor y el descontrol no atinó a otra cosa que concurrir a un servicio hospitalario de urgencia donde la sedaron con clonazepam. Con el auxilio de la medicación pudo seguir andando, pero luego se instaló aquella pregunta en su mente y con ella viene a vernos.

Es una pregunta que solemos hacernos también los clínicos. A veces creemos encontrar la explicación en un factor o en una situación determinados. Pero muchas veces tampoco nosotros hallamos respuesta. Entonces, ensayamos fórmulas explicativas muy generales como la hipótesis de la vulnerabilidad (Zuckerfeld, 1999). Podríamos decir que Zulema era vulnerable a padecer un episodio ansioso. ¿Qué queremos decir con eso? Que su organismo, ya sea desde el punto de vista biológico como psicológico (suele agregarse lo social, aunque dándole un tratamiento más formal que real) era portador de cierta propensión a desencadenar ese tipo de reacciones. Fórmula muy general que lleva, de inmediato, a otra pregunta, menos

ambiciosa pero más operativa: ¿En qué circunstancias se desató la crisis?.

En principio, de las entrevistas iniciales a la paciente, no se desprenden acontecimientos que justifiquen un diagnóstico de estrés agudo o de estrés postraumático.<sup>1</sup> Un examen preliminar de la información aportada por la paciente permitía concluir que la crisis se disparó “sin motivo alguno”. Con mucha frecuencia suele argumentarse, precisamente, esa observación como un dato clave para el diagnóstico y, por ende, para el tratamiento.

Por lo general, concluir rápidamente que una crisis de ansiedad no responde a motivo alguno actúa acelerando una intervención terapéutica. La administración de psicofármacos es, en esos casos, la salida más habitual. En realidad, esa decisión refleja, muchas veces, una falta de precisión diagnóstica que se apoya en dos errores: por un lado, una información insuficiente, consecuencia de indagar de manera superficial en torno a las circunstancias que rodearon al episodio. Es muy común que se le pregunte al paciente si “cree que hay algo que pudo ocasionar su crisis”, a lo que el entrevistado tiende a responder, con total sinceridad, que no. Lo que constituye, en realidad, una evidencia muy débil pues el paciente habitualmente tiene, por estar enfrascado en su problema, dificultades para establecer conexiones entre sucesos y experiencias. Una exploración abierta hacia diferentes áreas de su vida puede ofrecernos indicios relevantes, aunque no necesariamente sirvan para cerrar una explicación.

El segundo error es creer que todo desencadenante debe ser un evento ligado a la crisis por una conexión de causalidad, próxima en tiempo y espacio al evento que motiva la consulta. Pero esto no es así. Esa conexión puede existir a distancia y no ser lineal en absoluto. Los motivos pueden subyacer en las cambiantes condiciones de la vida de la paciente, en la dinámica de factores evolutivos que le exigen resignificar su realidad, pues la tranquilidad cotidiana se ha ido convirtiendo en agobio y la seguridad habitual se transformó en aburrimiento o impotencia. Una exigencia frente a la cual, tal vez, se siente incompetente.

En nuestro modelo de trabajo apoyamos con firmeza la idea de que no detectar manifestaciones aparentes de un motivo no es un testimonio de que esté ausente en absoluto. Tal vez pueda darnos mucho trabajo identificarlo y, a veces, no es seguro que podamos descubrirlo. (Fernández-Alvarez, 1992a)

### **Exploración inicial: la historia que contaba Zulema**

Al examinar lo que Zulema nos contó en las primeras entrevistas, ninguna situación específica parecía explicar su ataque. Ella no lo podía reconocer y nosotros tampoco encontrábamos ninguna pista en esa dirección. Pero lo que nos llamó la atención es que las circunstancias que rodeaban su vida nos acercaban una persona que, habiendo perdido a su novio en un accidente presenciado por ella, no había recompuesto, al cabo de varios años, otro vínculo afectivo de similar importancia. En su lugar, había desarrollado una relación emocional con un hombre casado con

el que, aparentemente, “se llevaba bien”. Su vínculo con ese hombre, al que en el inicio mencionaba también como su novio, era sumamente constrictivo, reduciéndose a encuentros de una a dos horas de duración que tenían lugar en horario vespertino, cuando él pasaba a buscarla por su casa para trasladarse a un establecimiento donde mantenían intensas relaciones sexuales.

Además, vivía junto con su madre, a quien describía como una señora de carácter enérgico que orillaba los 70.<sup>2</sup> La paciente, próxima a cumplir los 40 años, evidenciaba un fuerte estancamiento en su desarrollo laboral y profesional desde hacía mucho tiempo. Tenía una sola amiga, de la que en el último período se había distanciado, poco después que aquella se casara..

Su vida parecía quieta más que estable, pobre más que tranquila. Su horizonte mostraba una llamativa ausencia de proyectos concretos a corto y medio plazo. Y, en medio de su relato, introdujo en su discurso una tajante autodescripción como alguien “de acero inoxidable”. Fue inmediatamente después de contarnos que siete años atrás se habían producido varias muertes a escasos intervalos de tiempo: su abuelo, su padre y su novio.

*“Pude sobrellevar todo eso porque tengo una personalidad de acero inoxidable... todo me resbala, nada me afecta. Siempre fui la fuerte de la familia, mantengo a mi mamá. Siempre me tuve que hacer cargo de todo. Mi mamá ahora se fracturó un brazo, no sé si eso también influirá... pienso que si se muere mi mamá me quedo sola. ¿Será miedo a la soledad?. Es lo único que tengo. Pero también pienso: si me pasa algo, ¿qué va a ser de mi mamá?”*

Mostraba una actitud distante, aunque correcta y sus gestos ahorraban lo expresivo, destacando los argumentos lógicos y racionales en el diálogo. Se mostraba a la defensiva y tenía interés en enfatizarnos su frialdad y su inaccesibilidad. Era evidente que la relación terapéutica debía construirse de manera muy gradual y respetando su extrema sensibilidad.

Después de su visita a la guardia hospitalaria fue derivada a un médico psiquiatra quien inició un plan de tratamiento con alprazolam cuyas indicaciones la paciente había cumplido estrictamente en los dos meses transcurridos desde la primera consulta.

*“Ya no tengo esos cuadros de pánico. Me medica con 2 comprimidos de 0,50 mg. por día. Pero no estoy bien. No tengo esos cuadros de pánico, pero no estoy bien. Nunca tuve un día de decir: me siento bien. Me agarra un... bueno, ahora estoy nerviosa porque vine acá. Siento que las piernas se me aflojan, las manos se me ponen frías, hormigueo en la lengua... un hormigueo constante... como si hubiera metido la lengua en un ácido... es todo un hormigueo en la cara, en la cabeza. Dolores de cabeza. Es todo un cuadro de angustia o ansiedad. Estoy hecha una piltrafa. De repente se me pasa, tengo momentos que estoy bien. Pero no tuve un día entero de decir:*

*me siento bien”.*

Así nos contaba los antecedentes que precedían a su consulta. Y al explicar las razones para pedirnos ayuda, nos presentaba un cuadro claro de su resistencia:

*“Siempre fui reacia a pedir ayuda psicológica. Pensé que nunca lo iba a necesitar. Todos los médicos me dicen que somatizo. A veces pienso si no me estaré volviendo loca. Quisiera sentirme bien, no estar insegura”.*

Pese a sus prevenciones, se mostró colaboradora y su relato fue rico en información. Pero, sobre todo, para nosotros fue un disparador de preguntas: ¿cuán feliz podía ser con una relación de pareja donde estaba relegada a un papel más que secundario? ¿qué significado tenía esa fuerte restricción de sus relaciones interpersonales? ¿En qué medida estaban conectados su aislamiento y su retiro social con las reacciones agorafóbicas que estallaron a partir de su crisis de angustia?, entre otras.

### **Evaluación**

Como es habitual en nuestro modelo de trabajo, la admisión de la paciente incluyó un proceso de evaluación en dos niveles: uno descriptivo y otro relativo a su modo constructivo. En el campo descriptivo, en base a la información de los signos clínicos y los resultados de los instrumentos estructurados se identificó y clasificó su demanda como un trastorno de angustia con agorafobia. Los datos permitían detectar, además, la presencia de un trastorno de personalidad comórbido, con características dominantes de evitación y dependencia. De acuerdo con los criterios empleados por el DSM-IV, a la paciente le correspondía el siguiente diagnóstico:

Eje I: Trastorno de pánico con agorafobia (300.21) - (ICD: F40.01)

Eje II: Trastorno de personalidad por evitación (301.82) - (ICD: F60.6)

Eje III: Antecedentes de disritmia cerebral

Eje IV: Insuficiente apoyo social

Eje V: EEAG 60 Moderado.

En el campo constructivo, la paciente mostraba un estilo de organización de la experiencia acentuadamente restrictivo, con signos elocuentes de pasividad, contención emocional y elevada preocupación por el control de sí misma y del entorno. Las representaciones dominantes de sus significados personales destacaban mucha inquietud y preocupación en torno a conflictos de diferenciación y autonomía. Asumía con naturalidad los roles adultos en el mundo exterior, pero internamente no estaba en condiciones de adaptarse a esas exigencias. Su vida estaba instalada dentro de una fortaleza a la que había regresado buscando refugio ante los crueles acontecimientos que invadieron su existencia varios años atrás. (Fernández-Alvarez, 1992b)

## **Diseño de Tratamiento**

Acordamos con la paciente que los objetivos de su tratamiento debían encarar, en primer lugar, una sólida recuperación de su crisis. Zulema se mostraba especialmente preocupada por el hecho de que la reducción sintomática alcanzada hasta ese momento no le había aportado la tranquilidad que buscaba. Sin embargo, la presencia de fuertes componentes disfuncionales en el contexto de su demanda, reclamaban un programa terapéutico de mayor complejidad (Magnavitta, 1998).

Le propusimos un plan de trabajo en dos tiempos, basado en nuestro modelo integrativo de asistencia (Fernández-Alvarez, 1992 b). Un primer tramo, de pocos meses, destinado a mejorar sus capacidades de afrontamiento, ayudando a replantear el uso de medicamentos y un segundo tramo, donde pudieran explorarse las circunstancias que habían generado la crisis y facilitar la producción de cambios en aspectos de su personalidad asociados con ello.

Le adelantamos a la paciente que el primer tramo presentaba aceptables perspectivas de mejorar su situación actual, pero que la segunda etapa era necesaria para sostener los resultados que pudieran lograrse en la fase inicial. Le comunicamos la necesidad de su activa participación en el curso del tratamiento y que era razonable anticipar mayores dificultades en el curso de la segunda etapa.

## **Primera Etapa**

La terapia fue llevada a cabo semanalmente durante 6 meses por dos terapeutas, una psiquiatra y otra psicóloga. Los fines específicos de esta fase fueron tres: promover recursos que aliviaran sus síntomas, contribuir a un adecuado retiro de la medicación y preparar las condiciones para que la paciente activara su motivación para explorar en profundidad los patrones disfuncionales de su organización personal.

Se trataba de tres objetivos completamente interconectados (Alford y Beck, 1997). La paciente, como tantas otras personas, había llegado a la consulta, con el apoyo de los ansiolíticos. Afortunadamente, en este caso, era corto el tiempo transcurrido desde que comenzara a ingerirlos, lo que permitía abrigar mejores expectativas de poder evitar el círculo adictivo que frecuentemente se observa con ese tipo de intervenciones a largo plazo. Estas situaciones exigen, de manera imprescindible, que el paciente desarrolle sus capacidades de afrontamiento, ejecutando acciones concretas que incrementen la confianza en sus propios recursos. El empleo de técnicas de relajación y exposición es el modo más eficaz con que contamos en la actualidad y a ellas se recurrió en ese tramo, mientras se seguían, paso a paso, los efectos de un retiro gradual de la medicación.

Simultáneamente, se implementaron recursos psicoeducativos tendientes a que la paciente comprendiera mejor el ciclo de su crisis, proveyendo elementos que la ayudaran a establecer una conexión entre el episodio agudo y las condiciones generales de su vida. En este último punto, ocupó un lugar preponderante destacar

el papel que ocupaba su aislamiento, su retiro progresivo de las relaciones interpersonales y su vida en un estado de acentuada soledad. La segunda etapa se formuló como un programa de psicoterapia grupal al que la paciente accedió a incorporarse después de esos 6 meses iniciales de tratamiento.

## **Segunda Etapa**

El grupo al que Zulema se incorporó era abierto y bastante heterogéneo, cuyos integrantes compartían la búsqueda de promover cambios en el área de su personalidad. El desarrollo personal era la nota aglutinante de los objetivos terapéuticos de ese conjunto constituido por 6 personas, cuyos diagnósticos dominantes oscilaban entre trastornos de personalidad de los clusters B y C.

Las sesiones de grupo tenían lugar, dos veces a la semana, con una duración de 75 minutos cada una, lo que permitía un trabajo intenso y persistente. Era coordinado por un terapeuta y contaba con dos observadores regulares, los autores del presente trabajo. El grupo se había iniciado muchos años atrás y había atravesado sucesivas rotaciones pues mientras algunos pacientes concluían su trabajo, otros nuevos ingresaban al grupo. Ninguno de los integrantes al momento de ingresar Zulema habían asistido desde el inicio.

Los compañeros con que se encontró Zulema en el grupo eran tres mujeres y tres varones, cuyas edades oscilaban entre 35 y 50 años. El sistema tenía esa conformación desde hacía algunos meses y sus integrantes se habían ido incorporando progresivamente, acorde con el carácter abierto del dispositivo. Algunos de sus compañeros habían tenido, además, experiencias previas en psicoterapia. Venían cumpliendo su trabajo terapéutico con un ritmo sostenido y estaban en un momento propicio para nuevos cambios en la conformación del grupo.

Las personas con las que se encontró tenían características heterogéneas en cuanto a su estado civil, inserción social, estatus económico y religión, pero compartían una banda cultural no demasiado extensa. Cada una de ellas, ofreció a Zulema facetas que favorecieron su identificación en varios aspectos. Adela (las letras iniciales de los nombres inventados señalan a cada compañero de acuerdo con su antigüedad en el grupo) era una mujer soltera, con dificultades en su autoestima, prejuiciosa y de moral muy rígida, con marcada desconfianza hacia los hombres, preocupada por elaborar la desilusión provocada por el abandono que el padre hiciera de su hogar cuando era adolescente. Blanca, separada, con una hija de la que se hacían cargo en buena medida sus padres; convivía con ellos con quienes mantenía una relación de estrecha dependencia. Cayetano, casado, con un hijo pequeño, tenía, además, hijos de un primer matrimonio; presentaba una acentuada tendencia a desarrollar síntomas somáticos en situaciones de tensión. Delia, separada, con dos hijos; muy activa laboralmente, se desempeñaba con éxito en su profesión; su competencia en el plano socio-económico contrastaba con su fragilidad en el plano emocional, donde era muy propensa a vincularse con personas

violentas que le generaban elevado nivel de sufrimiento. *Ernesto*, soltero, a los 38 años vivía con su madre, viuda, con la que mantenía una relación muy apegada; tenía mucha facilidad para relacionarse con mujeres, con las que no se comprometía afectivamente. *Fernando*, separado en dos oportunidades, tenía muchas dificultades en su actividad laboral; muy autocentrado, vivía solo y mantenía con una mujer una relación de años en la que frecuentemente ocurrían episodios de agresión.

En los años siguientes, a partir del ingreso de *Zulema*, se incorporaron nuevas personas, dando lugar a procesos sucesivos de reagrupamiento. En uno de ellos, el grupo se dividió en dos conjuntos y, un año después, se fusionó con otro conjunto dando lugar a un nuevo grupo. En el curso de su terapia, *Zulema* compartió su tratamiento con 18 personas. El tiempo compartido con cada uno fue muy variado e incluso, hubo compañeros con los que se reencontró para trabajar en el mismo espacio terapéutico después de haberse separado previamente. Esta elevada movilidad cumplió un papel muy facilitador en su evolución.

El análisis del proceso terapéutico que se presenta a continuación está enfocado sobre los cambios observados en la paciente identificada, pero obviamente, el trabajo del grupo estuvo dirigido a favorecer la evolución de todos los integrantes. Un relato equivalente al de *Zulema* podría describir la historia terapéutica de cada uno de sus compañeros. También podría efectuarse una presentación que recogiera los cambios vistos desde la perspectiva global del grupo (Beck y Lewis, 2000)

La elección de esta modalidad de trabajo obedece a que los grupos terapéuticos con estas características han probado ser un instrumento particularmente potente cuando lo que está en juego es la necesidad de operar sobre los patrones básicos de la personalidad (Piper y Rosie, 1998). Las razones más fuertes que existen son las siguientes:

a) en las disfunciones de la personalidad, los problemas interpersonales constituyen un aspecto nuclear (Millon y Davis, 1998)

b) los grupos terapéuticos abiertos permiten a los pacientes disponer de una perspectiva que amplifica y diversifica las observaciones sobre su manera de interactuar

c) modificar patrones primarios de la organización personal requiere una acción lo más gradual posible, pues la rigidez de los mismos ofrece intensa resistencia a modificaciones súbitas o bruscas

Los cambios en la personalidad se presentan en la terapia como algunas de las metas más difíciles de lograr, debido a su cronicidad y a la gran cantidad de mecanismos asociados que el individuo fue incorporando a través del tiempo para garantizar su adaptación. Los patrones disfuncionales de la personalidad constituyen las formas más ambivalentes con que nos encontramos en nuestro trabajo terapéutico. Predisponen al padecimiento del paciente pero, al mismo tiempo, están registrados en su memoria como formas que resultaron útiles en momentos

anteriores de su vida. El paciente tiene necesidad, por consiguiente, de conservarlos al mismo tiempo que requiere cambiarlos para mejorar su situación. (Belloch y Fernández- Alvarez, 2002)

ZULEMA: *Me doy cuenta que vivo o creo vivir peor que ustedes (se refiere a sus compañeros), pero tengo que registrarlo más para poder hacer algún cambio*

ADELA: *¿Querés cambiar?*

ZULEMA: *No sé, también estoy cómoda. La paso mal y estoy cómoda a la vez...*

BLANCA: *¿Te da miedo cambiar?*

ZULEMA: *Puede ser, a veces me parece que prefiero que todo siga igual*

BLANCA: *No se puede creer que digas que querés seguir siendo así...*

DELIA: *A mi me impresiona*

CAYETANO: *Yo no lo entiendo...*

TERAPEUTA: *Llegamos a este punto y nos encontramos con un núcleo muy duro... ustedes apabullados y ella así... en silencio. (A ella) Ellos se sienten impresionados y vos sólo los mirás... (A todos) Ellos se impresionan y ella los mira sin decir nada.*

FERNANDO: *Me quedo anonadado con tu pasividad. Como si dijeras “voy a ver cuándo voy a cambiar”*

DELIA: *No se corresponde con su drama*

TERAPEUTA: *Su drama no condice con su cara, con la que ustedes ven... Esta discrepancia es un problema serio. Ustedes son testigos privilegiados al hacérselo notar. Son compañeros de grupo y no tienen ninguna ventaja adicional que sacar de ello. Por otra parte es bastante común que uno tenga menos conciencia que los otros de lo que está expresando.*

ZULEMA: *No tienen que sentirse mal. En muchas situaciones me quedo así, creo que para protegerme... No sé porque tengo que hacerme la fuerte. Tampoco pensé que les impactaba tanto.*

## **Fases de la Terapia en el Grupo**

1) ***Incorporación.*** Es, con frecuencia, un momento crítico para todos los pacientes. Poder integrarse al grupo requiere vencer dificultades, tanto del paciente como del grupo que suele imponer filtros exigentes antes de aceptar que otra persona pueda formar parte del sistema. Alrededor de 6 meses fue el tiempo que necesitó Zulema para quedar integrada plenamente en el grupo.

2) ***Promoción de cambios centrados en la resolución de problemas y conflictos cotidianos.*** El grupo la ayudó a marcar y definir las situaciones disfuncionales que más la acuciaban a diario. Ensayó, a continuación, propuestas destinadas a generar modificaciones en esas áreas. Durante algo más de un año, el grupo enfocó su trabajo sobre los miedos y las circunstancias que rodeaban la vida

afectiva y sexual de la paciente. Mientras se fue progresando en ello, surgieron los modos defensivos que la paciente oponía a los cambios de fondo que necesitaba.

3) **Promoción de cambios en patrones básicos.** Los cambios logrados en la fase anterior, permitieron mejorar de manera significativa su sintomatología e hicieron más fluida su comunicación.. El grupo orientó, a continuación, su tarea hacia la modificación de los patrones básicos de organización personal. Allí la paciente comenzó a replegarse sobre sí y a endurecer su posición. Quería cambiar pero, al mismo tiempo, temía abandonar su manera habitual de percibir la realidad y de relacionarse con los demás. El trabajo terapéutico pareció, durante largos momentos, estancado. La paciente se había acomodado a los logros obtenidos y se atrincheraba en ellos. Tenía una evidente necesidad de evolucionar, pero el esfuerzo y los costos que ello implicaba la empujaban al *status quo*. Durante casi dos años, esa posición parecía difícil de superar. No obstante, el grupo procuró una y otra vez proveerle el soporte necesario para modificar las creencias básicas que sostenían su disfuncionalidad.

4) **Terminación.** Por la acumulación de las intervenciones y/o porque los factores evolutivos hicieron su parte, en un momento determinado la paciente se decidió a realizar un movimiento que terminó arrancándola de su pasividad. En el curso de los siguientes 12 meses la paciente enfrentó miedos que nunca había superado y comenzó a tener relaciones con otros hombres. Con uno de ellos inició una relación de pareja que prosperó hacia una convivencia al cabo de un corto tiempo. Poco después se consideró terminado su proceso y la paciente concluyó su participación en el grupo. Un año más tarde, una entrevista de seguimiento mostró que sus logros se habían consolidado. Vivía con su pareja, padre de dos hijos con quienes había desarrollado una relación muy productiva.<sup>3</sup>

Analizamos a continuación cada una de estas cuatro fases, ilustrándolas con viñetas de sesiones del grupo. Como se podrá apreciar rápidamente, el relato y las ilustraciones muestran que en la psicoterapia de grupo, el trabajo es sostenido por el conjunto del sistema. El papel del terapeuta aparece diseminado en la acción grupal, como expresión de una de las características dominantes en este abordaje. Su tarea consiste, en primer lugar, en coordinar la dinámica del sistema y ajustar el clima del grupo a los niveles óptimos. Sus intervenciones operativas son, en segundo término, puntuaciones que acompañan la tarea de los integrantes, constituidos en la herramienta natural que propicia los procesos de cambio. Como consecuencia de este modo de actuar, el terapeuta aparece en un lugar más retirado de la escena. Este mismo fenómeno explica por qué en la terapia de grupo los pacientes suelen desarrollar un volumen de dependencia menor que en la terapia individual respecto de su terapeuta.

## Primera Fase

El ingreso en el grupo fue para la paciente una experiencia de alto impacto, a la que haría referencia en numerosas oportunidades a lo largo del tratamiento. Según pudo describir después, le impresionaron las cosas que oía decir a sus compañeros, tanto por la profundidad de los problemas que revelaban, como por la increíble disposición a exponerse ante los demás. En ese momento pensó que *«todos estaban mucho más locos que ella»*. Durante un primer período, se limitó a contar que estaba allí debido a que había sufrido *«un ataque de pánico»*.

Su actitud para con los compañeros era amable pero, como consecuencia de actuar con extrema reserva, tenía escasos intercambios emocionales. Los compañeros vieron en ella una persona muy defendida a la que trataron con cuidado, respetando su voluntad de preservar la intimidad. De todos modos lograron obtener un relato de los acontecimientos más importantes de su vida. La novela de Zulema para sus compañeros la mostraba como una chica con una infancia bastante feliz, aunque con algunos altibajos. Se había retraído en la pubertad, al mudarse a una zona de campo donde había vivido, no obstante, con libertad y en un intenso contacto con los animales, por los que había desarrollado un profundo cariño. Esta afinidad tomaría la forma de una vocación universitaria que la llevó a graduarse de médica veterinaria. A los compañeros de grupo les resultó sorprendente que manifestara, en varias ocasiones, la enorme sensibilidad que le despertaban los animales frente a los cuales experimentaba sentimientos de ternura y cariño que no sentía en otras ocasiones, incluso frente a los niños. Este fenómeno, junto a su escasa vida social, avivó el interés del grupo por explorar su mundo de inclinaciones afectivas.

Zulema había adoptado, rápidamente, una actitud callada en las sesiones. Escuchaba atentamente lo que contaban sus compañeros y daba pruebas permanentes de ello, pero su participación era escasa y, especialmente cauta en lo referente al relato de sus cosas. Un año después de terminado el tratamiento, recordaría en una entrevista de seguimiento:

*Al principio, en el grupo lo que hacía era escuchar. Entonces iba viendo cómo se desenvolvían los demás, pues tenían más experiencia. Escuchar a los demás me ayudó mucho. También me sentí muy escuchada... muy escuchada hasta cuando no hablaba... Pienso que el grupo, por ser gente que también pasaba por dificultades, nos prestábamos más atención que lo yo encontraba afuera. Siempre tuve una coraza. No quería mostrar nada y el grupo, en cambio, me facilitó expresarme.*

Durante muchas sesiones se limitaba a escuchar, por lo que el terapeuta, se dirigía a ella mediante preguntas que ayudaran para calibrar el estado de su involucración (Fernández-Alvarez, 1996). Siempre se mostraba comprometida con la tarea y lista para responder a lo que se le solicitaba, aunque también eran evidentes las muestras de cierta inhibición y dificultades para contactar con su mundo emocional.

BLANCA: *¿Y con tu novio qué tipo de cosas compartís?*  
 ZULEMA: *Salimos, hablamos del trabajo*  
 BLANCA: *¿Qué más?*  
 ZULEMA: *El tiene una vida complicada, tiene poco tiempo*  
 ADELA: *¿Tienen algún proyecto, piensan hacer algún viaje, o algo así?*  
 ZULEMA: *Sé que con él cualquier proyecto es imposible.*  
 CAYETANO: *¿Por qué?*  
 ZULEMA: *El está casado. No se va a separar por la cuestión económica*  
 BLANCA: *¿Y te resulta estar con alguien con quien compartís tan poco?*  
 ZULEMA: *Yo lo acepto así*  
 ADELA: *Yo salí con hombres casados, pero hay un punto que no me gusta. Por mejor que me trataran, si no podía armar algo, sufría mucho*  
 ERNESTO: *¿Y con tu otro novio compartías más cosas?*  
 ZULEMA: *Si, era más afectivo.*  
 TERAPEUTA: *Lo que observo desde aquí, es que todos ponen mucho esfuerzo para conocerte y para que puedas expresar lo que te pasa. Tus respuestas son muy concisas. Parece que te cuesta abrirte.*  
 BLANCA: *Sí, no dice si lo quiere o no lo quiere, cómo la pasa, qué siente cuando no está con él.*  
 ADELA: *Bueno, pero ella es así.*  
 ZULEMA: *Nunca soy de decir que estoy mal. Nunca demuestro sentirme mal.*

El tono afectivo en sus intercambios dentro del grupo fue motivo de un trabajo sistemático. Al cabo de pocos meses, Zulema había reconocido frente a sus compañeros, que ejercía un fuerte autocontrol sobre sus emociones, especialmente las vinculadas con sentimientos tristes y dolorosos. Creía no estar en condiciones de soportar esas situaciones. Temía desbordarse si alguna conexión activa pudiera acercarla al llanto. De hecho, hacía años que había dejado de llorar. Concretamente, después de la trágica muerte de su amado, cuando se impuso clausurar el llanto para poder sostenerse.

*No puedo llorar. Me cuesta pedir que me ayuden. Tal vez porque sé que no me van a poder dar lo que necesito y eso me da tristeza... Se quebró mi imagen de fuerte, de acero inoxidable. No se si siempre quise ser así o las circunstancias me llevaron a ser así. Estoy detrás de un vidrio para que no se me acerquen. Tal vez es así pensando que si el día de mañana se van, no me afecte.*

El grupo volvió pacientemente una y otra vez sobre el tema. Y Zulema fue asistiendo a situaciones donde distintos compañeros se conectaron con recuerdos y experiencias que despertaban emociones francas de dolor y que los demás compartían. Poco a poco ella también comenzó a compartirlas, a descubrir el valor reparatorio de la expresión y a superar la fantasía del desborde que la había

maniatado todos esos años. Y un día, la sesión comenzó cuando Ernesto evocó la muerte de su padre. En la segunda mitad, Zulema que se había ido imperceptiblemente acercando emocionalmente, comenzó a compartir también sus recuerdos y abriéndose de manera suave y delicada, comenzó a llorar.

## **Segunda Fase**

Con su actitud fue ganándose un lugar de aceptación y cuidado entre sus compañeros, particularmente entre las mujeres, con las que se mostraba amistosa y comprensiva. Los varones también solían acercarse a ella de manera protectora, aunque la instigaban a abandonar su retiro, especialmente incursionando en el campo de su vida sexual. Así, comenzó a dibujarse con nitidez un tema central en la siguiente etapa de su participación en el grupo: la relación con su amante. Zulema fue progresivamente relatando los pormenores de un vínculo que era una inmensa fuente de sufrimiento para ella. Poco a poco, gracias a una paciente indagación, los compañeros la ayudaron a levantar un manto de represión y a que pudiera manifestar los intensos celos que sentía, así como la desvalorización y la dependencia patológica ligadas a una situación que parecía un cercado inviolable.

Había terminado aceptando una relación que le provocaba una sensación de exclusión que rebajaba su autoestima de modo permanente. Había abandonado los reclamos de mayor dedicación que intentó en las primeras épocas convencida de que no tenían porvenir alguno. Y aunque se esforzaba por adaptarse a esa condición, conocida por su madre y su única amiga, progresivamente fue sintiéndose oprimida ante el ocultamiento que exigía y comenzó a experimentar incipientes sentimientos de agresión hacia su amante que estaban, en su mayoría, celosamente guardados.

El intercambio entre ellos se basaba, fundamentalmente, en una sexualidad apasionada a la que ella se brindaba generosamente, sintiéndose poderosa por el placer que era capaz de proveer en ese terreno. Los compañeros fueron viendo su posición como la encarnación de un «objeto sexual» a la que ella se prestaba sin protestar. A medida que este proceso de develamiento progresó, Zulema fue desarrollando, poco a poco, sentimientos de cólera y una voluntad creciente de cuestionar la situación. La relación con su amante terminó enfocada como un problema central de su vida a resolver. Y aunque se mostraba impotente para concretar los cambios necesarios, sus compañeros redoblaron la imaginación y la voluntad de ayudarla a ese respecto. (Fernández-Alvarez, 1999)

¿Por qué había elegido a esa persona? Se trataba de un hombre que la atraía, pero además era alguien que la había ayudado a mejorar su situación laboral y que poseía un abundante respaldo económico. Zulema lo veía como alguien en quien podría, eventualmente, apoyarse en caso de necesidad. El patrón dominante de la relación tenía estas propiedades: La relación era una puerta que le ofrecía alguna conexión con el mundo exterior y le garantizaba cierta seguridad. Las restricciones le permitían mantener un bajo grado de involucración sin que tuviera necesidad de

responsabilizarse por ello. A medida que pudo transparentar sus sentimientos, fue capaz de reconocer que se sentía maltratada por la situación que vivía. La compensaba un sentimiento de poder que obtenía en el vínculo sexual. Creía que él tenía una gran necesidad de ella y, en cierta medida, se sentía culpable por la vida que llevaba.

*No me siento bien, pero esas son las reglas del juego. Si las acepto bien y si no... Siempre había dicho «jamás voy a salir con una persona casada», pero él insistió y se metió en mi vida y no lo pude evitar... Cuando tuve la crisis, yo le decía: «no te vayas, no quiero que te vayas (llora con intensidad), quiero que me acompañes a mi casa y te quedes conmigo hasta que me duermas». Pero él no me llevó a mi casa, sino a un hotel. Ahí hice todo lo que tenía que hacer. La crisis no me interfirió en lo sexual.*

El grupo le ayudó a ver que la dependencia que evidenciaba en esa relación se conectaba con otros aspectos de su vida (Fernández-Alvarez, 2000). La relación con la madre y la condición laboral guardaban, también, el carácter de situaciones cerradas, frente a las cuales experimentaba una exigencia muy alta y una gran dificultad para pensar en un cambio de estado. Se veía atada a ambas y creía que nada podía hacer por modificar las cosas.

ZULEMA: *No se cuando podré empezar a cambiar*

DELIA: *El futuro es hoy. Empieza hoy.*

ZULEMA: *No puedo ver que es hoy.*

FERNANDO: *Pensá un paso a dar. El primero, no muy ambicioso*

BLANCA: *¿Alguna vez te imaginaste viviendo sola?*

DELIA: *Ella te pregunta porque también tiene el problema de la madre*

ZULEMA: *El otro día me preguntaron y pensé en eso. Me agarró mucho miedo.*

BLANCA: *¿A qué?*

ZULEMA: *A sufrir*

DELIA: *¿Más?*

CAYETANO: *¿No está sufriendo ahora?*

ZULEMA: *Me da mucho miedo. La única forma de vivir sola que tengo en mi cabeza es porque los demás se murieron.*

FERNANDO: *Creo que viviendo con la mamá se hace la ilusión que no está sola. De qué tenés miedo? ¿Qué puede ser peor?*

ZULEMA: *Racionalmente se puede decir que nada*

DELIA: *Es muy cómoda*

FERNANDO: *Vos dijiste cosas que te resultan al vivir con tu mamá,*

BLANCA: *¿Qué podés perder?*

DELIA: *¿Qué podés ganar?*

ZULEMA: *Podría ganar... no sé. Siento una culpa...*

ADELA: *¿Tenés miedo de decirle a tu mamá? ¿Hacerle sentir que la abandonás?*

*ZULEMA: Una vez que tuve problema de dinero dije acá la solución es que alquile un departamento más chiquito y se vaya a vivir con mi abuela. Y se lo dije. Después se fue por un rato largo y pensé que se había tirado de la terraza, porque me pareció que había reaccionado muy mal.*

El mayor obstáculo para cambiar lo veía en su gran dificultad para enfrentar situaciones de conflicto. Era particularmente evitadora de las discusiones y las peleas. Esto se veía claramente reflejado al interior del grupo. Cuando se producían enfrentamientos entre compañeros, Zulema se ponía muy tensa y su gesto denotaba una reacción de gran inquietud. Del mismo modo, uno podía imaginar que en la vida cotidiana era incapaz de efectuar reclamos o demandas que supusieran algún grado de violencia. Se sentía condenada a que los cambios dependieran de algo que ocurriera en el contexto.

Acompañando esta actitud, un trípode de significados le permitía mantenerse en un delicado equilibrio. Por un lado, mantenía una gran distancia emocional, lo que le permitía eludir situaciones abiertas de conflicto. Por otro lado, desconfiaba de relaciones nuevas, en especial con los hombres, pues creía que podían llegar a producirle daño. Finalmente, se había propuesto no encariñarse con las personas, con el fin de evitar la posibilidad de nuevas pérdidas.

El grupo fue cuestionando sus creencias dominantes, ofreciendo alternativas y propuestas para pensar y actuar de un modo distinto (Yalom, 1985). Le depositó la sospecha de que tal vez era posible cambiar el estado de la relación con su amante. Eligió un punto que resultaría óptimo: la posibilidad de concretar demandas. Dado que era inútil intentar modificar la condición en que vivía el hombre, era factible reclamarle ayuda para comprar una vivienda que le permitiera dejar de arrendar su departamento y conseguir, así, más seguridad. Zulema creyó, inicialmente que era un imposible, pero alentada por el resto de sus compañeros, terminó por efectuar el planteo para descubrir, azorada, que él estaba dispuesto a satisfacer su pedido.

Ese proceso fue lento y gradual. Pero lo que ocurrió después que él accedió a satisfacer su demanda fue una transformación acelerada del vínculo. En poco tiempo le dio el dinero que ella necesitaba y a partir de su mudanza al nuevo departamento, la relación comenzó un período de rápida declinación hasta que se produjo la separación definitiva. Al principio, Zulema sintió que lo extrañaba, pero poco después, empezó a sentirse aliviada de haber terminado ese vínculo y comenzó a pensar que otra vida para ella era posible.

### **Nuevos compañeros**

La presencia de nuevos compañeros cumplió un doble papel. Por un lado sirvió para que con cada nueva presentación pudiera realizar un balance de los cambios realizados. Este hecho operó como un fuerte contrapeso a su tendencia a la pasividad. Por otro lado, nuevas personas le acercaron otras maneras de enfocar sus dificultades. Algunos incidieron de un modo muy directo. Tal el caso de un hombre

algo mayor que ella, con un perfil también muy inseguro y reservado. El contacto con él sacudió su actitud cautelosa y la impulsó a exponerse con más frecuencia. Otro integrante despertó de parte de ella un fuerte rechazo, motivado en prejuicios ideológicos. Trabajar los intensos sentimientos de discriminación que afloraron en ese momento, la ayudaron a flexibilizar algunos de los patrones defensivos más rígidos que había desarrollado a través del tiempo.

### **Tercera Fase**

El progreso de la terapia implicó, a partir de ese momento, atacar patrones más básicos de su organización personal. Debía encarar cambios más profundos y, por consiguiente, era de esperar que se encontraran resistencias más férreas. Dos líneas de construcción de significados aparecieron rápidamente en el universo de la paciente. Una, en torno a las defensas erigidas alrededor de algunos años atrás con el fin de soportar aquella tremenda sucesión de pérdidas afectivas. Otra línea se había gestado en una época anterior de su vida y se la podía identificar formando parte de sus recuerdos adolescentes.

La muerte de su novio había ocurrido en circunstancias muy dramáticas. Lo que producía mayor impresión, al escuchar su relato, era el hecho de haber presenciado el accidente en que ocurrió. Cada nuevo integrante repetía el gesto de profundo estupor al oír la historia. Esa muerte había ocurrido, además, en un momento muy significativo de la relación, contribuyendo a que sus secuelas quedaran marcadas como surcos muy hondos en el escenario mental de Zulema. Habían transcurrido varios años de noviazgo y estaban preparando el matrimonio. Todo lo que recordaba de ese vínculo eran cosas valiosas: afecto, compañerismo, confianza, seguridad. El vacío que había dejado era imposible de llenar.

En ocasión de la llegada de un nuevo compañero, repasaban de esta manera el problema:

ZULEMA: *Me gustaría estar con alguien, pero tengo miedo de volver a estar sometida*

TERAPEUTA: *Te pudiste liberar de esa situación. Ahora estás en otro lugar.*

NICOLÁS (paciente nuevo): *¿Vos tenés deseos de cambiar?*

ZULEMA: *Deseos tengo, pero no sé cómo explicar el impedimento para hacerlo*

BLANCA: *Tenés que fijarte nuevos objetivos. ¿Querés casarte o no? ¿Querés vivir sola o no? ¿Querés estar todos los días con alguien distinto?*

ZULEMA: *No quiero estar sola, quiero estar con un hombre. No casarme, porque es demasiado.*

NICOLÁS: *¿Por qué no casarte?*

ZULEMA: *No se si quiero o no... me parece mucha cosa*

NICOLÁS: *Imponés mucho respeto. Parecés inaccesible. Ella (refiriéndose-*

*se a otra integrante) parece mucho más accesible. Estás tan seria. Con ese gesto, ninguna sonrisa.*

*ZULEMA: Ahora que escucho, no se me había ocurrido que impongo respeto.*

*NICOLÁS: Cuando vas por la calle y te hablan, ¿qué haces?*

*ZULEMA: No contesto. Enseguida empiezo a desconfiar. Pienso que será un facineroso. No se me ocurre que es alguien que quiere charlar.*

*ADELA: ¿Y con una señora? Yo charlo con cualquiera. Tenés que aflojarte y ponerte a charlar.*

*ZULEMA: Contesto para que no me digan nada más. Puedo hacer una cola durante una hora y no hablo con nadie.*

*TERAPEUTA: Son cosas muy profundas, no muy fáciles de cambiar. No es necesario que seas como Adela, sino que trates de absorber lo que te dice. No es necesario que te esfuerces por recordar, sino que puedas dejar que te lleguen sus comentarios. Dejar a esas opiniones hacer su trabajo.*

Ante esa muerte optó por guardar sus sentimientos y endurecerse para seguir adelante. Conservó de su novio una imagen muy idealizada que se había consolidado en el momento de consultarnos. Transmitía una creencia muy poderosa de que no existiría alguien como él y que, por contraste, el resto de los hombres eran débiles (como había ocurrido con sus hermanos) o personas que podían aprovecharse de ella. Esta ecuación complementaria de valores positivos y negativos entre su novio y los otros hombres, la sostenía manteniendo abierto el duelo y perpetuando los efectos de la tragedia acaecida varios años atrás. En todo momento había rechazado cualquier rito que sirviera para velar esa muerte.

El grupo la alentó a completar el duelo. Se trataba de enterrar a su amado. Zulema manifestó no sentirse en condiciones de emprender nada al respecto, pero escuchó de sus compañeros el alivio que algunos habían encontrado en esos ritos. Y así comenzó a imaginar, por ejemplo, una visita al cementerio. Tardó en concretarla pero finalmente un día, en ocasión de un nuevo aniversario, habló con la madre de él y realizaron una visita conjunta que tuvo un efecto extraordinariamente liberador para ella.

La importancia adicional de esa experiencia fue ayudarla a cuestionar más profundamente la creencia de que ella era una persona muy fuerte. La obstinación que había demostrado en evitar ese gesto la obligaban a aceptar que también tenía aspectos frágiles y que reclamaban protección. Además, el alivio que experimentó al poder despedirse de su novio, le mostró que el afrontamiento de las situaciones de pérdida no necesariamente le producían un desgaste emocional.

Los efectos positivos de esta experiencia sirvieron para provocar cambios en algunos de los patrones de significado más rígidos que habían sostenido su organización disfuncional. Se trataba de esquemas basados en la creencia de que la distancia era un sinónimo de fortaleza, que su fuerza dependía de la evitación, que

su rol en los sistemas primarios era sostener a los demás y que su futuro le pertenecía pobremente, pues dependía de acontecimientos exteriores y contextuales.

La pasividad y las conductas de inhibición que asomaban en sus desplazamientos cotidianos, la forma de moverse tratando de exponerse lo menos posible a situaciones nuevas, los miedos a desplazarse a zonas muy alejadas de su habitat natural, formaban un conjunto de modos de ser que la habían mantenido dentro de límites estrictos, donde alcanzaba la fachada de una aparente seguridad. Tales mecanismos habían sido útiles en distintas fases de su vida y hoy seguían operando como resabios de esa historia. Pero, en el presente, la aprisionaban, obligándola a permanecer dentro de confines reducidos donde no podía concretar las nuevas aspiraciones que emergían como producto del paso del tiempo y de su evolución interior.

El grupo decidió trabajar sobre esos patrones primarios, para ayudarla a relativizar y reformular esos significados. Buscaron darle elementos que le permitieran revisar la rigidez con que percibía y evaluaba las cosas. El pensamiento absolutista y generalizador que la ahogaba necesitaba ser cuestionado para aumentar sus grados de libertad. Se trataba, en el fondo, de recuperar un sentimiento de libertad que había experimentado en épocas más tempranas de su existencia, de crear las condiciones para que pensara que era posible volver a empezar. El grupo apeló a diversos procedimientos buscando flexibilizar aquellos esquemas. Como en otras situaciones semejantes se utilizaron técnicas verbales, dramáticas, expresivas, etc. A Zulema no le resultaba fácil entrar en escenarios imaginarios, pero se fue animando a medida que sus compañeros ingresaban en ellos.

*TERAPEUTA: Solemos estar más dispuestos a resolver una dificultad que a desarrollar algo nuevo. Por ejemplo, Zulema ahora que no tiene más síntomas está aferrada a su rutina y para alcanzar nuevos desarrollos necesitamos ayudarla a salir de ese lugar.*

*ZULEMA: Yo también quiero salir*

*DELIA: Tenemos que ayudarla. ¿Estás saliendo con alguien? ¿Hiciste alguna amiga en el último tiempo?*

*ZULEMA: Ahora, después de acá, voy a salir con una chica, una amiga que conocí en natación.*

*NICOLÁS: ¿Qué hacés el sábado por la noche?*

*ZULEMA: Nada. Me quedé en mi casa. Estaba muy cansada.*

*TERAPEUTA: Hagamos un ejercicio. Concéntrense unos minutos. Cada uno de ustedes es Zulema. Tomen algún aspecto de su vida, identifíquense con su vida y veamos qué sienten.*

*NICOLÁS: A mí me angustia mucho*

*ZULEMA: ¿Qué te angustia?*

*NICOLÁS: Esa cosa rutinaria, sin salida. Me angustia tu lugar.*

*DELIA: A mí me deprime, yo no podría vivir así. No lo toleraría.*

ERNESTO: *Estoy cómodo, me da mucha seguridad. No me angustia nada nuevo. Tengo mi perro, en mi trabajo estoy bien, económicamente no tengo problemas, mi mamá me atiende y me hace de comer. Lo del pasado fue tan feo. Así estoy tranquila. Para qué volver a enfrentar cosas nuevas.*

ADELA: *Nadie me molesta*

ERNESTO: *En realidad los hombres no sirven para nada*

ZULEMA: *Yo no siento que los hombres no sirven para nada. Sí tengo miedo de volver a vivir cosas que me hagan sufrir.*

Así se fueron diseñando distintos escenarios para encarar nuevas relaciones amistosas, otras actividades sociales, nuevos proyectos de viaje de turismo a zonas alejadas de su ámbito de circulación habitual. Una de sus primeras incursiones fue tomar clases colectivas de natación. Tiempo después, comenzó a asistir, en compañía de otras mujeres, a algunos espectáculos y finalmente planeó para un fin de semana largo un viaje, junto con otras personas, a una ciudad distante 400 kilómetros.

Zulema fue encontrando satisfacción al concretar esos proyectos. Sus compañeros también se sintieron gratificados por lo que juzgaban logros importantes para ella. Sin embargo, la sensación de estancamiento en general permanecía. Su vida continuaba metida en un túnel y esas adquisiciones resultaban absorbidas por aquellos patrones básicos que la arrastraban a la misma situación de soledad y aislamiento que la perturbaba desde un comienzo.

#### **Cuarta Fase**

Fue en esa circunstancia que ocurrieron dos acontecimientos fundamentales en el interior del grupo. En el primero, un compañero la llamó por teléfono en el intervalo entre dos sesiones. Se trataba de una conducta muy inusual en la cultura del grupo y reservada para situaciones muy especiales. El compañero le había transmitido la sensación de estar muy preocupado por un evento crítico que afectaba su actividad comercial gravemente. A la sesión siguiente, Zulema contó este hecho y manifestó que le había despertado una enorme preocupación, pero su compañero faltó, de modo que el análisis detallado de la situación quedó postergado. Una sesión más tarde, el compañero estaba presente, pero no mencionaba nada de lo sucedido. Su crítica situación había cambiado para entonces y, sobre todo, en ningún momento había pensado que su comunicación telefónica hubiera podido preocupar a Zulema.

Cuando ésta y el resto de los integrantes le hicieron notar la gran inquietud que había generado, se manifestó completamente extrañado. No creía que hubiera provocado ninguna preocupación. El análisis que se llevó a cabo sirvió a dos puntas para que él tomara conciencia del carácter manipulador de su actitud, pero también fue de gran utilidad para Zulema, al constatar con sorpresa, la discrepancia entre su reacción y la actitud con la que se enfrentaba. El tema de su desconfianza reaparecía, pero ahora le mostraba el modo en que ella colaboraba para construir la situación.

A partir de ese momento, comenzó a revisar a pasos acelerados el sistema que empleaba para interpretar las necesidades de los demás. Encontró que tendía a hacerse cargo en demasía de los otros y que su aislamiento era una manera de defenderse de las exigencias que ese mecanismo le planteaba. Una de las consecuencias más positivas de esta revisión fue descubrir que su madre, lejos de temer quedarse sola, anhelaba sobre todo que ella pudiera empezar una nueva vida de pareja y no tenía ningún temor de vivir sola (y tranquila) de allí en adelante.

El segundo evento fue la información que recogió, de parte de otro compañero, sobre el uso del chat como método para contactar con otras personas. Comenzó a utilizarlo, y así conoció a un hombre con el que mantuvo una corta relación. No quedó desalentada por ello, sino que, por el contrario, la estimuló a reiterar el intento. Así conoció a otro hombre que vivía, a la sazón, a nada menos que 3.000 kilómetros de distancia. Comenzó una relación por ese medio y, paulatinamente fueron conociéndose, lo que motivó un viaje del hombre para conocerla personalmente. El encuentro fue muy estimulante para ambos y desde entonces se estableció una relación afectiva estable.

Ella no dudó en visitarlo, poco después, pese a la enorme distancia que debió recorrer. Y la relación progresó hasta que decidieron convivir. La vida de Zulema comenzó a cambiar aceleradamente. Su estado de ánimo se transformó de manera muy profunda y su expresividad comenzó a manifestarse de un modo muy abierto. Tiempo después, concretaron su proyecto y, efectivamente, la madre se sintió muy satisfecha con esos acontecimientos.

Fue entonces que Zulema y el grupo comenzaron a pensar que el tiempo de trabajo de ella en terapia había llegado a su fin. Es decir, que los objetivos que se habían trazado estaban cumplidos y que su vida, a partir de ese momento, podía encarar una nueva confección de su guión personal. Podía empezar una vez más.

## Seguimiento

Poco más de un año después, convinimos con Zulema un encuentro de seguimiento donde realizamos una extensa entrevista y le administramos algunas pruebas psicológicas. Durante la entrevista le pedimos que evocara distintos aspectos del tratamiento. Por ejemplo, cómo habían ocurrido los cambios y qué resultados había alcanzado al fin del tratamiento. También le preguntamos qué había pasado con aquellos cambios en el tiempo transcurrido.

*La gente me dice que estoy muy cambiada. Todo mi entorno notó un cambio en mí. Se ve que yo no me fui dando cuenta. Seguí en mis dos trabajos y en los dos dicen que soy otra persona, sobretodo que me preocupó más por los demás. Antes no tenía en cuenta a nadie, estaba en una burbuja... El resultado más importante fue que logré una gran apertura, tanto para ver a los demás como para ver lo mío. En realidad, siento que no soy otra persona, no es que hablo con todo el mundo ni que quiero ir a reuniones*

*todo el tiempo, pero ahora me interesan los otros, me preocupó por el resto de la gente.*

Las pruebas que le administramos sirvieron para obtener algunos datos objetivos sobre las dimensiones que habíamos trabajado a lo largo del tratamiento. Sus resultados son los siguientes:

En las puntuaciones del STAI, de los Inventarios de movilidad agorafóbica y de temores, revelaba un acentuado descenso, indicando una reducción sintomática muy marcada. En los perfiles de personalidad, se habían atenuado las funciones extremas de su perfil (1-2-3- en el MMPI). Es muy razonable, desde el punto de vista descriptivo, afirmar que su condición general estaba sensiblemente mejorada y que su modo de ser, aunque mantenía su perfil característico donde domina la evitación y una gran facilidad para desarrollar preocupaciones corporales, se ha tornado más funcional a la hora de enfrentar las nuevas exigencias de su vida.

En el epílogo de esta historia de una terapia, encontramos que los cambios producidos no borraron su predisposición a que ante nuevos conflictos pueda responder con sumisión, rigidez en sus valoraciones y excesivo autocontrol. Frente a nuevas situaciones críticas quizás reaparezcan mecanismos de represión y somatizaciones. Y su ostensible pasividad puede seguir estando como una base que forma parte de su disposición temperamental.

Esto demuestra que, en buena medida, los cambios producidos han sido pequeños, que Zulema sigue siendo la misma. Pero que también es muy distinta, pues esas pequeñas transformaciones han tenido la virtud de provocar grandes consecuencias en su modo de vida. El manejo de las reacciones de ansiedad probablemente haya entrado, definitivamente, en su campo de dominio y logre evitar en el futuro situaciones desorganizadas. Y sus esquemas de personalidad, aunque con modificaciones a pequeña escala, le dan la posibilidad de permitirle sentirse mucho más plena y realizada.

Tal vez mañana, se encuentre con nuevas dificultades y de esos patrones básicos vuelvan a emerger signos de disfuncionalidad. Quizás, entonces, lo que hoy le resulta tan útil deje de serlo y tenga necesidad de nuevos replanteos. Pero entonces habrá aprendido dos cosas fundamentales: una, que las situaciones conflictivas no son necesariamente imposibles de resolver y otra, que los recursos para superar esos conflictos residen en el interior de uno mismo.

Hoy, Zulema puede contar la historia de su vida de una manera que resulta mucho más gratificante y productiva para ella y para quienes la rodean. Sus compañeros de grupo también le cuentan a los que llegan, la historia de esa mujer y sus logros con el trabajo que compartieron. Esto mismo lo hemos descrito en otro texto, referido a la historia de Paula, la paciente que ingresó a ese grupo inmediatamente después de Zulema. La historia continúa y nuestro trabajo se sigue enriqueciendo con esta permanente reconstrucción de historias.

Se presenta un ejemplo característico del abordaje terapéutico aplicado en Aiglé, cuyos principios se ajustan a un modelo integrativo articulado en base a una perspectiva cognitivo-social. Se trata de una paciente que en la consulta inicial manifestaba signos agudos de una reacción de ansiedad asociados a componentes disfuncionales en aspectos nucleares de la personalidad. El trabajo sigue el recorrido del proceso gradual de la terapia. La primera etapa, a corto plazo, combinó intervenciones psicológicas focalizadas y psicofarmacológicas. La segunda etapa, a largo plazo, donde se incluyó a la paciente en un grupo terapéutico, estuvo centrada en el tratamiento de su trastorno de personalidad. La secuencia de las viñetas clínicas permite seguir la dinámica y las operaciones del complejo proceso de la terapia grupal, un instrumento particularmente potente en estos casos.

Palabras clave: modelo integrativo- perspectiva cognitivo-social- ansiedad- trastorno de personalidad- terapia grupal

## Notas de los autores

- <sup>1</sup> Como se podrá apreciar, la historia de la paciente mostró diferentes registros de ansiedad: signos panicosos y agorafóbicos así como antecedentes traumáticos y de fobia social.
- <sup>2</sup> Su familia de origen estaba constituida por su padre, su madre y dos hermanos, uno mayor y otro menor que ella, que vivían en ciudades del interior del país. Ambos casados, el mayor en segundas nupcias y con hijos.
- <sup>3</sup> La secuencia del proceso analizada en este trabajo está enfocada, en virtud del espacio disponible, sólo en algunos ejes temáticos. La paciente recorrió, en el curso del tratamiento, otros ejes importantes de manera simultánea.

## Referencias bibliográficas

- ALFORD, B.A. & BECK, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford.
- BELLOCH, A. & FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- BECK, A.P. & LEWIS, C.M. (Eds) (2000). *The process or group psychotherapy. Systems for analyzing change*. Washington: American Psychological Association.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1992a). La sombra de la muerte. Aproximación cognitiva a las reacciones de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1 (1), 47-57.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1992b). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1996). Interacciones personales & psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia* (26/27), 79-86.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1999). El factor esperanza en los grupos terapéuticos. En H. Mesones Arroyo: *Praxis de las psicoterapias*. Buenos Aires: Ananké.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (2000). Dependencia afectiva patológica. *Revista Argentina de Clínica psicológica*, 9 (3), 271-282.
- MAGNAVITTA, J. (1998). Challenges in the treatment of personality disorders: when the disorder demands a comprehensive integration. In *SessioNICOLÁS: Psychotherapy in Practice*, 4 (4), 5-17.
- MILLON, T. & DAVIS, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- PIPER, W.E. & ROSIE, J.S. (1998). Group treatment of personality disorders: the power of the group in the intensive treatment of personality disorders. In *SessioNICOLÁS: Psychotherapy in Practice*, 4 (4), 19-34.
- YALOM, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New Work: Basic Books.
- ZUKERFELD, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology. A biosocial model*. Washington, American Psychological Association.

# UN CASO DE BULIMIA CRÓNICA CON MULTITRATAMIENTO

Sandra Sassaroli,  
Scuola di Psicoterapia e Centro di Ricerca “Studi Cognitivi”  
Milano

*The paper reports the case of a bulimic client who approaches a cognitive constructivist therapy after more than twenty years of suffering. She has a long history of treatments with poor success. She chooses to exclude every interpretative act at the beginning of the therapy and to work primarily on motivating the client. She needs to be conscious of her illness to acquire the responsibility of it. The goal of this first step is to depress the client in order to motivate her to begin a psychological, emotional and behavioral change. After the depressive reaction of the client the therapy begins with a more active and motivated attitude and focuses on rumination and drive to control.*

---

## INTRODUCCIÓN

El caso que hemos elegido se refiere a una joven mujer de 38 años que cuando se presentó en mi despacho padecía desde hacía unos 20 años una grave forma de bulimia (cuyos precedentes se habían manifestado a la edad de 9-10 años). La paciente había acudido a mi consulta enviada por parte de una colega que, de una forma muy pesimista, había dicho que, en su opinión, su historia de cronicidad era tan larga que probablemente yo no sería capaz de ayudarla. Por esta razón, cuando la cité por primera vez estaba bastante preocupada pero sintiendo al mismo tiempo curiosidad por la extraordinaria duración de la enfermedad y el pesimismo de quien la enviaba. El caso se desarrolló de manera muy favorable y es mi intención narrarlo porque con esta paciente adopté por vez primera un enfoque que en aquel momento me parecía el único procedente, que tiene riesgos, pero que todavía practico con pacientes crónicas multitratadas. Asimismo, el tratamiento de este caso me ha llevado a reflexionar sobre algunos constructos teóricos sobre los cuales he desarrollado posteriormente algunas líneas de estudio en mi grupo de investigación.

El otro motivo por el que relato el caso es que, a varios años de distancia, es evidente que entre yo y la paciente existió un encuentro afortunado, una relación terapéutica extremadamente sólida y una “conversación feliz”, y que esto puede

haber influido bastante en la evolución del caso. Uno de los méritos que me reconozco en la conducción de este caso es que, cuando la paciente acudió a mí, estaba realmente en la “recta final” de su enfermedad y bastante desesperada para ser motivada y cambiar, y yo, con el coraje suficiente para acceder a intentarlo. Tras una breve referencia a la historia clínica y la historia personal, se presenta el caso siguiendo su desarrollo terapéutico, lo que subraya su interés y originalidad.

### **Carolina se presenta en mi despacho**

Aparece elegante, cuidada, vestida de manera original, llena de colores, alta, muy delgada, con el pelo largo y rubio y con un rostro bello en el cual se lee sin embargo la larga historia de bulimia. Carolina empezó a atracarse y vomitar regularmente cuando tenía 15 años, después de una gran pelea con su madre. Desde entonces, con una interrupción de 8 meses a los 30 años, al inicio de una historia sentimental, nunca ha cesado. Vomitaba incluso 4 veces al día cantidades de comida muy elevadas (6 pastas, 8 pizzas, panecillos de mantequilla congelados). Los atracones tienen lugar normalmente cuando está sola delante de la televisión (“delante la cual caigo en estado de trance”), a menudo la preparación de la comida y los atracones consumen días enteros, después de los cuales, deprimida y desmotivada se pone en la cama; se autoinduce el vómito inmediatamente después o incluso una hora después de haber comido. Los rituales sintomáticos se manifiestan desde hace muchos años independientes de antecedentes de cualquier tipo, el síntoma se presenta después de una velada alegre, después de una llamada luctuosa, después de un éxito o después de una charla con una amiga.

El tono del humor oscila entre la alegría y capacidad de ser sociable y abierta con los demás, a tristes depresiones con ideas suicidas. Desde el inicio de la enfermedad la obsesión del atracón-vómito-ayuno-atracón ha sido constante, con una rumiación continua relativa a su deseo de estar delgada, a su deseo de controlar su peso y a pensamientos obsesivos depresivos de tipo autodevaluador. La emoción que relata en la primera sesión es el miedo. Cuando está presente la depresión es secundaria a una metarumiación (Wells, 1999) sobre la imposibilidad de cambiar y sobre el estado de su mente y de su vida.

Intentó curarse con un psicoanálisis freudiano inicial, a los 24 años, durante 4 años, del cual no sabe explicar lo que obtuvo a parte de «conocerme mejor», y con una terapia junguiana que duró muchos años. En esta terapia, la relación con el analista era buena y dice que adquirió mucha confianza consigo misma, de modo que durante algunos meses el problema de los atracones desapareció, para volver a empezar inmediatamente después de las primeras dificultades con su pareja masculina de aquel entonces. Después de estas dos experiencias tuvo experiencias de meditación vipassana y vivió durante largo tiempo en un ashram de un “santo” en India. En 1995 realizó una terapia cognitiva según el modelo Fairburn (1981) en un centro importante de Italia del norte, sin resultados apreciables.

**Datos anamnésicos recogidos al inicio de nuestras sesiones:** Casi ninguno, porque la paciente explica en la primera sesión que se ha cansado de hablar de su madre y de las cosas de su vida, lo único que quiere es resolver el problema. Las pocas noticias que me llegan en la fase inicial son las siguientes. La paciente habla de una madre ama de casa que se ha puesto siempre como ejemplo a seguir, muy dominante, con normas indiscutibles e incapaz de dudar de sí misma; la madre era también distante y ocupada por la familia numerosa (dos hermanos y dos hermanas, la paciente es la tercera hermana). Los hermanos se han marchado a vivir en otro país de Europa, las hermanas viven en Roma. El padre, director de una sociedad multinacional y siempre de viaje, pasa largos periodos fuera de casa y cuando está presente oscila entre un contacto intenso y satisfactorio con los hijos y comportamientos bruscos y prepotentes, que siempre han sorprendido y desorientado a los hijos. La paciente trabaja en publicidad, *free lance*, y goza de una fama discreta, aunque no siempre es capaz de “llegar a la altura” del ritmo que le impone el trabajo. Ha tenido algunos novios, incluso durante mucho tiempo, pero está sola desde que el último se fue con una amiga suya, dejándola muy triste y deprimida. Tiene muchas amigas y una vida social e intelectual intensa y estimulante, sobre todo en los momentos en que mejor se siente. Tiene algunas amigas muy cercanas que la aprecian y cuidan de ella, incluso en los momentos difíciles, en los que está sobrecogida por la desesperación y lo ve todo negro delante suyo.

### **Decisiones estratégicas y tácticas**

Decido empezar la intervención terapéutica “a tientas” y retando a la paciente respecto a su motivación: por un lado parece muy cansada de la repetitividad que le impone la enfermedad y, por el otro, deseosa, como dice haber hecho siempre, de ser acogida y “aceptada” por quien la ayuda, y esto como deseo principal.

Me parece además poco consciente del estado de su enfermedad y de su gravedad, incluso tiende a presentar el vómito como un “pequeño problema” respecto al desierto de su vida y de su vida afectiva y profesional.

Su teorías ingenuas de la enfermedad son de tipo fatalista, con atribuciones relativas a la naturaleza de su carácter y a su intrínseca debilidad. Me pongo entonces como objetivo principal de la intervención que la paciente adquiera conciencia de la gravedad de su estado y de cómo, si no fuera consciente de ello, cualquier intervención sería inútil. Si no reconoce que es muy grave y si no acepta el dolor de la responsabilidad personal que implica hacer frente a la conciencia de esta gravedad, se convierte en una consumidora compulsiva de terapias y terapeutas.

El segundo objetivo que me pongo es que la paciente sepa cuánto tiempo de su vida lo pasa rumiando sobre cosas relativas al síntoma alimentario. El tercer objetivo es el de plantearle el contrato terapéutico como resultado de un esfuerzo visible por su parte de modificar el estado sintomático. Hasta que no lo haga, me limitaré a ser una consultora dispuesta a abandonar el campo porque una terapia no

incisiva, una terapia que no sepa hacer frente al peso de este síntoma es nociva para ella, tanto en el sentido de un nuevo fracaso como en el sentido de una pérdida de tiempo. En esta primera fase pienso que no debo hacer una intervención tradicional que reforzaría en la paciente su desconfianza consigo misma y la deprimiría, y que tampoco debo ponerme en el papel de la terapeuta definitivamente competente que tendrá éxito ahí donde los demás no lo han tenido; pero que en cambio sí que he de conseguir que la toma de una conciencia “fuerte” de la gravedad y repetividad en el tiempo de su estado sintomático y psicológico llegue a generar un estado depresivo. Cuando me planteo estas reflexiones todavía desconozco los datos de la literatura que confirman la necesidad de la inducción de un estado depresivo en la fase inicial de la psicoterapia de las pacientes con bulimia.

Esta intervención inicial toma dos o tres sesiones, en las cuales la paciente parece decepcionada por no ser atendida y tranquilizada, me demuestra la gravedad de su síntoma y se enfada porque le niego la terapia y no la acojo. Pero existe también en el fondo el nacimiento de cierta curiosidad e interés por el tipo de intervención y por el modo afectivamente cálido, pero determinado y claro en esencia, con el que inicio la relación con ella. A la cuarta sesión llega extremadamente deprimida y mucho más consciente del estado de su vida, llora durante la sesión, me acusa de la inducción de esta depresión, pero dice que aunque sabe que no lo conseguirá, quiere intentar establecer un compromiso terapéutico conmigo. Yo le confirmo que no estoy interesada en un compromiso terapéutico en el cual ella no parta de la modificación de algunos comportamientos sintomáticos compulsivos, de los cuales hace muchísimos años que ha perdido el sentido; que la estimo demasiado para hacerle perder otra vez el tiempo en ficciones terapéuticas y buena relación no influyente. Entre la cuarta y la quinta sesión, mientras recibo una carta suya de despedida y agradecimiento y declaración de inutilidad de sus esfuerzos para curarse, su hermana me llama para decirme alarmadísima que C. ha intentado suicidarse ingiriendo píldoras, que está en el hospital para que le hagan una limpieza gástrica, pero que no es demasiado grave. Me pide que la llame. Yo lo hago, diciéndole que estoy muy descontenta de la dificultad que tiene de afrontar su problema pero le manifiesto mi disponibilidad para comprometerme con ella sólo ante una colaboración terapéutica activa y realista por su parte.

Esta crisis de la paciente me ha confirmado la gravedad de su sufrimiento pero, a pesar de cierto temor respecto a mi estrategia tan estricta con ella, no me cambia la idea de que cualquier aceptación acrítica en este momento correría el riesgo de reproponer tipos de terapias que se habían demostrado útiles pero insuficientes para hacerla salir de su estado de sufrimiento.

Después de dos semanas la paciente concierta una cita conmigo para confirmarme que tiene la intención de empezar a afrontar su problema porque: *“estoy delante un muro desde toda mi vida y tiene sentido que empiece a verlo y escalarlo”*. El reinicio de la terapia halla a la paciente extremadamente deprimida pero ansiosa

de colaboración conmigo. Empezamos a redactar los diarios alimentarios ante lo cual emerge con fuerza, a los ojos de ambas, la magnitud de su síntoma y la rumiación continua sobre la comida y depresivo sobre sí misma, del cual la paciente todavía era poco conciente.

La única intervención de esta primera parte se refiere a la conciencia de los aspectos de automatismo (procesuales) de la rumiación y a la crítica de los aspectos de contenido que esto conlleva, que se refieren al control de la alimentación y a la imposibilidad de verse capaz de una regulación no impulsiva de la alimentación. Esta conciencia que parte de la alimentación se va ampliando a otras áreas, el trabajo, las relaciones. La conciencia compartida en la terapia es que la paciente hace mucho tiempo que tiene el miedo como emoción dominante y la actitud de actuar sobre la dimensión del control como estrategia existencial principal. Esta estrategia se ha presentado en su mente como rumiación extensiva, ahí donde se sentía en condiciones de posible control, y como impulsividad alimentaria cuando no era capaz de obtener el control absoluto sobre la alimentación que esperaba conseguir. El trabajo sobre la rumiación y la conciencia de la ilusión del control absoluto, puesto de manifiesto por los ABC alimentarios, se convierte en el recorrido a través del cual la paciente, una vez superado el dolor de la conciencia de la responsabilidad que tiene de *“haber llevado la vida que he llevado”*, se siente primero cada vez más consciente y después señora de las elecciones alimentarias que constituyen cada vez más el núcleo de su repetitividad sintomática. Lentamente empieza a tener menos atracones y a alimentarse de manera más regular, lentamente desaparecen de los ABC algunos constructos (*“Me siento absolutamente impotente, estoy sola, jamás lo conseguiré, doy asco”*) y aparecen algunos constructos (*“tener paciencia, un kilo de más no es ninguna catástrofe, las opiniones de los demás son importantes pero debo confrontarlas con las mías”*). Después de seis meses de sesiones semanales, dirigidas casi todas a analizar los rituales, las emociones y los pensamientos de los ABC compilados por la paciente durante la semana, la paciente ha disminuido los rituales alimentarios y después de 10 meses los ha interrumpido por completo.

La interrupción de los rituales alimentarios implicó, como habíamos previsto, un retorno depresivo. La paciente se duele por su vida, sus decisiones, el tiempo perdido e irrecuperable, y se deprime y entristece ante un futuro totalmente por reconstruir. Esta fase de la terapia es una fase difícil de la relación terapéutica porque la paciente se vuelve contra mí y reconoce sentir rabia porque la he ayudado pero no le he podido dar una vida satisfactoria y feliz como ella esperaba. Mientras se encuentra en esta fase de la terapia se produce una historia sentimental con un director industrial, agresivo y de trato impulsivo, que la paciente, probablemente de modo unilateral, sitúa en el lugar que la salvará de los daños que ella misma ha causado a su vida y que le pondrá todo fácil, le regalará *“la vida que siempre he soñado”*. Esta historia es importante porque nos permite abordar el tema, que está presente en todas las pacientes con trastornos alimentarios, de los *“sueños despier-*

ta” que han representado en la adolescencia el “lugar” donde acudir cuando ante los problemas se han sentido incapaces y asustadas. El trabajo sobre los sueños despierta se vuelve esencial cuando el hombre deja a la paciente, asustado por algunas crisis de angustia muy fuertes que tiene ella en su presencia. La elaboración de esta separación es algo largo y doloroso, la paciente que ya tiene 40 años, está en una fase de balances y decisiones para el futuro. En esta fase, que dura por lo menos 8 meses, con una frecuencia quincenal la paciente siente rabia hacia la terapeuta (“¿...y ahora? ¿Qué hago ahora que he llegado aquí?”), pero no recae nunca en el atracón ni en el vómito, si bien enfrenta en la terapia la tentación del síntoma como huída y distracción de la realidad, porque ya tiene claros los costes que ha pagado en términos de recursos mentales y físicos. En esta fase central y larga de la terapia la paciente también recupera, en silencio y lejos de la relación conmigo, algunas ideas e interpretaciones de las terapias pasadas a las que reconoce gradualmente las aportaciones y riquezas que constituyeron.

Han pasado dos años, la paciente sigue acudiendo mensualmente a terapia. Se considera satisfecha de lo que hemos ido haciendo, aunque está insatisfecha del trabajo que tiene y plantea organizarse de un modo distinto. Es consciente de los miedos que tiene de afrontar nuevos acontecimientos o imprevistos y de su predisposición a imaginar las soluciones de manera “mágica” o de refugiarse en la obsesión sintomática. Lentamente gana algún kilo y se enfrenta a la depresión que esto implica, en términos de pérdida de control sobre su forma corporal y de terror de no poder detenerse.

La tercera y última fase de la terapia, que dura un año, con sesiones mensuales, se desarrolla ya en un contexto mucho más sereno, la paciente está mejor, si bien no quiere renunciar a verme para contrastar conmigo los problemas que van presentando. Cambia de trabajo y en el nuevo trabajo encuentra a un hombre que, aunque con una posición más modesta que la suya y viviendo un poco lejos de su ciudad, se enamora de ella, no es amenazador ni distante, quiere vivir con ella, a quien “*en otra época no habría ni mirado*”. Aunque con miedo al aspecto de “verdad” de esta historia, no se niega y lentamente se abandona a una relación auténtica de confianza y de compartir. Este paso, gradual y no exento de sufrimiento, nos permite hacer un trabajo terapéutico sobre las relaciones afectivas y las dificultades que siempre ha tenido en elegir relaciones con hombres que fueran dignos de confianza, que no actuaran en el ámbito de la excitación porque estaban ausentes o por el sentimiento ligado al sufrimiento. Se da cuenta de que la elección de hombres imposibles o distantes tenía en realidad la función de impedir una proximidad que no se sentía capaz de tolerar, por miedo a correr el riesgo del rechazo y del abandono. Temía que de este dolor, no querido, no controlado por ella, habría muerto. Las emociones, el miedo a dejarse ir, a ligarse a alguien son el último punto importante de nuestro trabajo terapéutico, que implica también la relación conmigo y el miedo que ella siempre ha tenido de que yo “la abandonara en el momento más imprevisto”.

Este último descubrimiento terapéutico la pone de nuevo en contacto con intuiciones e interpretaciones de las terapias precedentes ayudándola a tener una visión más armónica e integrada de su trayectoria existencial y psicológica.

Las fases de la terapia que hemos comentado se remontan a hace cuatro años. Desde hace tres la paciente vive en la ciudad de su compañero, con quien tiene la intención de casarse. Está planeando adoptar un niño porque le parece que “ya no es despreciable y que tiene algo que dar, experiencias por compartir”. Su vida en la nueva ciudad transcurre relativamente serena y la paciente es capaz, en la mayoría de los casos, de afrontar los momentos de distanciamiento emocional y de miedo en la relación con su compañero. Empieza a ver su vida y su transcurrir en el tiempo de manera más realista. Me viene a visitar una vez al año y pone al día de sus cambios y dificultades. Que la vida sea imperfecta y que ella esté dentro de ella ya lo tiene claro, así como tiene claro que el miedo es la emoción dominante que hay que afrontar cuando suceden cosas nuevas o frustrantes.

### **Justificación de la intervención terapéutica**

La justificación de la terapia deriva de la valoración de inutilidad, después de tantos años de tratamientos terapéuticos, de un enfoque tradicional, de tipo interpretativo o cognitivista tradicional. La paciente “ya lo ha intentado todo” y, como sucede a menudo, si por un lado se halla enredada en la repetitividad afectiva y sintomática de años y años, por el otro no quiere empezar de nuevo a partir del análisis de relaciones afectivas y de apego ya lejanas en el tiempo, vistas y revisadas muchas veces. La intervención inicial tuvo en cuenta esta demanda explícita y en su conducción, decidida y aparentemente dura, falsifica implícitamente la posición de impotencia de la paciente y le devuelve una idea de sí como capaz de asumir la responsabilidad de un cambio “solamente” comportamental. El esfuerzo de llevar a cabo cambios de comportamiento, tiene importantes efectos cognitivos, se ve que lo puede conseguir, que puede decidir, las emociones negativas van dejando su lugar a la esperanza y la confianza. Las pequeñas interrupciones de los automatismos comportamentales, la definen indirectamente de manera menos fatalista.

La insistencia en la gravedad empuja a la paciente a un aumento de conciencia, pero al mismo tiempo la deprime. El objetivo de deprimir a la paciente es el de aumentar la conciencia del callejón sin salida en el que se encuentra y representa el empuje a una motivación que vea con más fuerza la necesidad de un cambio.

Otro aspecto que en la intención de la terapeuta va en la dirección de un aumento de motivación es el hecho de no acceder a la terapia sino de definir las sesiones como una “consulta” hasta que la paciente no demuestre un compromiso y una motivación, adecuados a la gravedad de su situación (Orefice, 2002, Sassaroli, 2002). El conjunto de estas intervenciones se lleva a cabo y debe llevarse a cabo absolutamente dentro de una relación extremadamente cálida y, en nuestra opinión, es totalmente desaconsejable si no se da esta precondition porque es solamente en

el seno de una relación aceptante y cálida donde se puede correr el riesgo de una maniobra orientada a incrementar la responsabilidad, oponerse a la terapia y favorecer la depresión con el objetivo de poner en marcha un inicio de cambio.

La intervención sobre la rumiación y sobre la cantidad de recursos invertidos en ella es útil justamente en el sentido de que aumenta la conciencia e interrumpe la urgencia y los recursos dedicados a la organización del síntoma. La conciencia de la actitud de control, del pensamiento catastrófico, del miedo a equivocarse, en suma, de los aspectos típicamente depresivos específicos de los trastornos alimentarios en general estrechamente relacionados con una actitud a tener miedo, probablemente aprendida en la niñez, son el punto central de la intervención (Sassaroli y Ruggiero, 2002). Una vez desatados estos nudos, podemos recuperar el trabajo ya hecho en las intervenciones terapéuticas del pasado, para completar la labor de la psicoterapia reunificando el trabajo sobre el síntoma con los aspectos de miedo y de control en los otros ámbitos de la vida, las relaciones sentimentales, los proyectos laborales, la armonización de las relaciones familiares cuando es posible, etc.

---

*Este artículo recoge el caso de una cliente bulímica que acude a una terapia cognitivo-constructivista tras más de veinte años de sufrimiento, tras una larga historia de tratamientos con escasos resultados. La terapeuta decide excluir cualquier acto interpretativo y trabajar principalmente en hacer consciente a la cliente de su enfermedad para adquirir la responsabilidad sobre ella. El objetivo de este primer paso es deprimir a la cliente a fin de iniciar un cambio psicológico, emocional y conductual. Posteriormente, la terapia empieza con una actitud más activa y motivada y se centra en la rumiación y el control.*

## Referencias bibliográficas

- FAIRBURN, C. G. (1981). A cognitive behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological medicine*, 11, 707-711. (97,161,201)
- FAIRBURN, C.D., ZAFRA COOPER, D.M., SHAFRAN, R. & WILSON, T.G., (2002) «A new transdiagnostic cognitive behavioural treatment for eating disorders» in AED, Academy for Eating Disorders. 2002 International Conference on eating disorders, New aspects of gender in eating disorders. April 25-28, 2002, Boston, MA, USA.
- LORENZINI, R., SASSAROLI, S., (1995) *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- OREFICE, S. (2002)
- SASSAROLI, S., RUGGIERO, G.M., (2002). I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patológico, pensiero catastrofico, autovalorazione negativa e intolleranza dell'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale-2002*, vol.8, n°1.
- SASSAROLI, S: (2002)» La psicoterapia cognitivo-comportamentale e cognitiva del disturbo alimentare» in *Aggiornamenti in nutrizione clinica 10*. Il pensiero scientifico Editore, Roma. Pgg. 3-10.
- WELLS A., (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*» John Wiley & Sons, Ltd.

# “QUIERO SER LIBRE DE MÍ MISMO”: UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO DE LA PERSONALIDAD

Sonia Tapia Melendo

*In this article a case of obsessive compulsive disease is considered from a phenomenological and existential point of view. This perspective allows to analyze the obsessive compulsive disease as a lack of spontaneity and to conceive the therapy as a work aimed at promoting personal freedom.*

*Key words: obsessive compulsive disease; phenomenological and existential therapy; rituals; magic thinking; freedom.*

---

## INTRODUCCIÓN

La posibilidad de seguir una psicoterapia en un caso de trastorno obsesivo desde el principio al final a través de la grabación y transcripción de todas las sesiones, unas treinta, de las que constó la terapia con Ernesto ha sido uno de los motivos para la elección del mismo en orden a ser publicado en esta monografía. Otro ha sido la posibilidad de verificar paso a paso las hipótesis para la comprensión y tratamiento de la obsesión desde la perspectiva fenomenológico-existencial planteada por Villegas (2000), quien en la línea de la descripción de las neurosis como patologías de la libertad entiende la obsesión como el resultado de la constricción de la espontaneidad. La verificación de ambas condiciones nos ha llevado a elegirlo como un caso emblemático, representativo de esta concepción, sumamente esclarecedor de la naturaleza, génesis y tratamiento de la obsesión.

Ernesto, estudiante de la Facultad de Derecho, de 20 años de edad, es el menor de dos hermanos varones, con cinco años de diferencia respecto al mayor. Éste de 25 años de edad, que como se verá más adelante juega un papel muy importante en la dinámica familiar como contrapunto de todo el sistema, ha dejado desde hace pocos meses el domicilio familiar para iniciar una vida independiente. No es éste el caso de Ernesto quien en la actualidad vive con sus padres (Figura 1) y la abuela paterna de 83 años de edad y comparte con ellos en los ratos libres que le dejan sus



llorar, yo creo que claro, se vio en un problema para mí un poco... más grave..., ¿no? (mirando a Ernesto) Yo no sé, hijo, pero tampoco es... y nos dio miedo, a ver si hay otra cosa más..., y **ya empezó a decir que no era su persona así, que nos engañaba, o sea... que quería hablar con estas chicas, no sé qué vamos a hablar nosotros, pero bueno si quieres y has de estar más tranquilo, vamos allá... y fuimos a hablar con ellas... y después le dije “¿Quieres... un psicólogo? Sí, sí, necesito, bueno pues ya llamaré y así surgió todo esto, o sea que...”**

ERNESTO: *Claro, y suena así un poco raro, o sea, yo soy el que me he ofrecido a hacer esto, porque creo que lo necesito; no sé como va a salir, ni nada, pero creo que en principio necesito hacerlo, y bueno...*

## 1.2. Motivo de consulta:

En la misma sesión entrando ya en materia explica el motivo de la consulta:

ERNESTO: *Pues..., lo que iba haciendo era exagerar, y algunas veces mentir, sobre muchas cosas. Lo hacía tan sólo, creo, para sentirme mejor, (...) e incluso me metía objetivos casi imposibles o inalcanzables... Luego otra cosa que es lo que realmente me ha hecho daño, era... que desde siempre he tenido una amiga, desde hace 6 ó 7 años que prácticamente sólo quedaba con ella, para siempre, para cualquier cosa, para... para todo..., y yo... muchas veces exageraba para... o sea como reto, para conseguirla, o sea, como si fuera un reto conseguirla para mí... o sea, me lo tomé como un objetivo, ¿no?, o sea como algo para superarme, conseguir una persona como ella que es mayor que yo, y..., sentirme mejor porque he conseguido eso, como objetivo, o sea, más que porque sintiese algo por esa persona, como una especie de reto a conseguir..., entonces me tomaba todo... como si fuese una competición, o sea, como me tomaba yo mi vida de hacer muchas cosas y todo esto, y... bueno, de entrada de alguna forma si veía a alguien que hacía alguna cosa intentaba competir haciendo otra (...) Con ella... pues más o menos lo mismo, lo tomé como casi como si fuese un objetivo, o sea, como algo que tuviese que conseguir a toda costa. Claro, esto me ha llevado siete años y es lo que me ha hecho pensar... y no solamente por eso sino que, con su amiga, una vez que ella empezó a tener un novio formal, pues hice prácticamente lo mismo... Lo que pasa es que..., ahora, entre que veía de alguna forma cómo era lo que estaba haciendo, el daño que le hacía a estas personas..., me lo tomaba todo como una especie de juego, una estrategia, **había momentos que quería... sentirme mejor el mejor... no voy a decir Dios, ni mucho menos, que tampoco me creía eso, que incluso tengo alguna... superstición en algunas cosas, o sea... tampoco voy a decir...***

Ernesto identifica en esta situación el desencadenante que pone en crisis su

sistema epistemológico, empezando a raíz de este suceso a cuestionar su manera de actuar hasta el momento.

TERAPEUTA: *Ernesto, cuando me dices que le habías hecho mucho daño... ¿a qué te refieres?*

ERNESTO: *Sí, es esto, hacerle daño me refiero a que, al ver que no estaba enamorado de esa persona, pues el año pasado, le hice pasar por malos ratos..., por ejemplo salir con una persona, escribir esas cartas para provocarle reacción... claro al ver yo que había hecho todo eso para provocarle una reacción sabiendo que estaba mal, pues claro, yo me di cuenta que todo eso no estaba bien... yo lo veía... o sea yo sabía que estaba haciendo eso para provocar, pero yo no lo veía como nada grave, o sea no lo veía como ninguna cosa que hiciese daño a otras personas...*

Concretamente parece que son las palabras de una tercera persona (a la que llamaremos Adela) las que le hacen tomar conciencia de que lo que hace no está bien. Esta conversación se produjo dos o tres semanas antes de esta primera visita.

ERNESTO: *Pues, al verme de alguna forma reflejado en las palabras de Adela, porque ella me dijo lo que me estaba pasando, porque ella alguna vez había pasado una cosa, no lo mismo pero algo parecido, y había estado también tratada, entonces me dijo que necesitaba aparentar una cosa que no era, para sentirme bien, y en parte creo que es así... Lo que me hizo ver, era eso de decirme a la cara lo que estaba haciendo y lo que estaba diciendo, y decirme que eso era grave, o sea, el decirme que eso no era una cosa... pasajera, o sea de que no pasa nada, sino que era una cosa grave porque hacía daño a las personas, entonces empecé a reflexionar y me di cuenta que sí podía hacer daño, claro yo... no lo veía. Yo... o sea, es que a mí también me parece raro, ¿no? Que no me haya dado cuenta después de tanto tiempo, me parece que mi modo de actuar siempre había sido éste... Primero me gusta sorprender a la gente, impresionarla y luego pues ya me... ya me... hago como una especie de celda en que tengo que cumplir eso que he dicho..., aunque no lo haya hecho todavía, pero ya tengo la presión de tener que hacer eso, porque me lo he prometido. Sí, yo ahora estoy pues que no sé muy bien cómo... cómo actuar, no... no; y aparte siempre... siempre me han repetido mucho que fuese yo..., que no intentase... no intentase aparentar..., claro, yo eso no lo veía... O sea, si soy yo no lo entiendo, ¿no?, si me dicen que siendo uno, uno mismo, una persona sin aparentar, es la mejor forma de sentirse feliz uno, consigo mismo... [T: Ya] pues mi interés era este, de venir aquí para intentar... sí algo tan tópico como para sentirme feliz conmigo mismo, tranquilo por lo menos..., o por lo menos tener la conciencia de alguna forma tranquila... o no tener que hacerme estas... de alguna forma... estas... como cárceles o prisiones que luego tengo que salir de ellas, o sea, me las creo yo y luego tengo que salir.*

Seguidamente, tras concretar de esta forma su demanda, pasa a relacionar su situación o problema actual con su forma de ver el mundo. En este párrafo podemos intuir ya unas estructuras de personalidad de base obsesiva:

**ERNESTO:** *Para mí sí, me siento pues, ya de siempre me he sentido muy inseguro, o sea, no es una cosa de ahora, ahora me siento inseguro ¿no? Pero es que... desde siempre me he sentido muy inseguro sobre cualquier cosa..., ¿no? Necesitaba leer muchos, muchos libros, muchos manuales para cualquier situación, o sea, para hacer cualquier cosa... o sea, necesitaba controlar la situación en cualquier momento; si no, no tenía seguridad. Para mí por ejemplo salir... no sé, enfrentarme a una persona o cualquier cosa pues... es una barrera, o sea es una dificultad. Yo lo que siempre he querido es quitarme todos los miedos y a base de comprender las cosas, o sea, cuando tenía un miedo lo que quería es informarme sobre eso y hasta que no me quitase el miedo de encima, no quería..., o sea no quería... no podía dejar de pensar sobre eso... [T: ah, ah] o sea le doy muchas vueltas a las cosas... incluso tonterías, o sea, a cualquier tontería le empiezo a dar vueltas... [T: vale] Mi problema pasa porque no sé quién soy... Quiero analizarme yo mismo para saber quién soy. Sí, o... más que eso... intentar... no sé, ser yo sin tener miedo al que hacer, o sea, me refiero a ser libre de mí mismo..., o sea, poder actuar o hacer lo que realmente quiero hacer sin tener esta... no sé, no sé si es convencionalismo o alguna cosa de estas, o sea, quitarme de la mente...*

Aunque inicialmente parece que el motivo de consulta es efectivamente un malestar por una situación acaecida con unas amigas, posteriormente se va concretando en una demanda que hace referencia a algo mucho más profundo. También se observa cómo gradualmente va siendo capaz de concretar más su demanda, pasando de ser inicialmente muy inespecífica a definirla de forma más concreta y específica. En síntesis, podríamos decir que el motivo de la consulta se basa en advertir que su comportamiento está dañando a sus amigas, principalmente a raíz de las palabras de una de ellas (Adela). El miedo a perder la amistad de las dos únicas amigas que tiene, precipita todo un conjunto de planteamientos personales:

- Se cuestiona su necesidad de conseguir el afecto de los demás a través de mentiras y exageraciones.
- Se siente incómodo ante la presión que él mismo se pone para satisfacer las expectativas que suscita en los demás con estas mentiras (lo que él llama crearse las cárceles o prisiones).
- Se plantea su necesidad de competir con los demás, de aparecer siempre como una persona perfecta (principalmente con sus padres y su hermano)
- Su inseguridad y necesidad de control ante cualquier situación.

Desde el inicio Ernesto plantea las hipótesis causales que él cree que le llevan a tal comportamiento, mostrando con ello su capacidad para conectar sus compor-

tamientos con aspectos psicológicos. Estas son principalmente dos

1. La inseguridad que siempre ha sentido
2. La necesidad de sentirse una persona perfecta ante los ojos de los demás.

Estas dos hipótesis nos llevan directamente a los dos focos de malestar que posteriormente analizaremos:

1. La reciente pérdida de las amigas y la necesidad que siente de cambiar su manera de relacionarse con los demás.
2. El perfeccionismo y el rol familiar que ha adoptado desde siempre (este aspecto no aparece en esta primera sesión, pero sí en las posteriores como veremos)

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

En la segunda sesión Ernesto distingue cuatro ámbitos o áreas muy diferenciadas de su vida, y explica cómo varía su comportamiento en cada una de ellas. Estas cuatro áreas que aparecen son:

**1. Ámbito privado (las amistades íntimas):** aquí es donde él sitúa inicialmente su problema y donde muestra el comportamiento egodistónico que motiva la consulta (el mentir y exagerar, creándose así luego la obligación de cumplir lo que ha prometido). Este círculo privado de amistades se reduce a las dos amigas que menciona en su relato, con las cuales ahora está en proceso de separación y ruptura.

**2. Universidad:** en este contexto no se hace presente el principal problema ya que no mantiene vínculos fuertes con nadie, que es donde se manifiesta su comportamiento egodistónico. No obstante, sí aparece su tendencia a sobrecargarse de tareas y responsabilidades para sentirse superior.

*ERNESTO: Sí, sí, o sea..., hay cosas que me afectan, porque si no... el año pasado no hubiese empezado... un periódico... y una asociación... y una web, y más cosas. O sea..., algo sí, algo sí me ha influenciado... o sea, como persona he ido trasladando mi personalidad en los diferentes ámbitos, lo que pasa es que en algunas he involucrado a otras personas y en otras no. Por ejemplo, en la universidad, con el trabajo que hago y... con las actividades que hago soy bastante... serio. Si consigo esas metas pues las consigo, luego, pues... si hago una cosa, a lo mejor, le doy más importancia de la que tiene, como si intentase vender un producto; pero en principio... no me he intentado engañar, creo que en la parte de estudios... no me he intentado engañar, o sea, si he fracasado por algo creo que siempre he sabido por qué lo he hecho mal... o... quizás mi desequilibrio o mi problema está por el ámbito sentimental (...)*

**3. Trabajo:** Ernesto ayuda en sus ratos libres en el negocio familiar (un restaurante), ocupando esta actividad prácticamente todo su tiempo libre, incluidos los fines de semana, lo que reduce al mínimo las oportunidades para las actividades sociales y contactos interpersonales de ocio.

**4. Familia:** en el ámbito familiar lleva al extremo su necesidad de mostrarse responsable, dedicando la mayor parte de su actividad vital a este objetivo. En este sentido, antepone cualquier necesidad familiar a las suyas propias, relegando su vida personal a un segundo plano de renuncia. Comparte con sus padres las tareas de cuidado de la abuela, ayuda en el negocio familiar cuando no estudia, lleva como una obligación su tarea de estudiar, etc.

**ERNESTO:** *O sea..., mis cosas procuro... las procuro no expresar, me las quedo yo y... en este ámbito soy... bueno, en todos he sido responsable, en todos. Lo que pasa es que a lo mejor... en el ámbito de la responsabilidad iba diferente, no era la responsabilidad que debería ser, no sé, por ejemplo la familia siempre he tenido en la cabeza de que cualquier cosa que me dijeran tenía que hacerla o sea, ante cualquier cosa que pasase en casa tenía que abandonarlo todo, o sea, tenía una responsabilidad demasiado... ¿eh?... pues llevada al último extremo, si pasa alguna cosa en la familia, el resto lo apartaba incluso me daba igual lo que pasase en otros ámbitos.....*

Otro mecanismo que utiliza para mostrarse ante sus padres como persona responsable y madura (lo opuesto a su hermano, que no se implica en las obligaciones familiares, anteponiendo sus deseos) es aparentar un gran control de sus emociones. Es decir, intenta mostrarse también maduro emocionalmente, y esto lo hace manipulando las conversaciones familiares hacia ese fin.

**ERNESTO:** *Yo siempre hablo con ellos sobre temas..., o sea, hablo bastante, aunque nos vemos poco, intentamos hablar bastante, aunque... ya sé que... parece un poco... raro, a ver, se habla de lo que yo quiero, digamos... no sé habla de..., digamos, de lo que yo siento, de lo que... pienso... digamos que intento utilizar esas conversaciones para... mostrarme... mejor, ¿no? de lo que soy, o sea, darme... importancia, como si fuese... una persona muy importante. Pero claro, son conversaciones..., digamos..., de competición, de rivalidad, o sea, tú me muestras tus sentimientos y yo te digo cómo puedo dominarlos.*

La inseguridad que siente le lleva a la necesidad de mostrarse ante los demás como diferente y de experimentarse a sí mismo también de otra manera. En el ámbito familiar esto lo compensa mostrándose hiperresponsable (en contraposición a su hermano) y maduro. Y en el ámbito relacional adoptando una actitud y unos comportamientos que le hacen destacar (siendo el que consigue más cosas, prometiendo trabajos a sus amigos, exagerando sus logros y capacidades...)

El cambio de actitudes hacia los demás que planteado inicialmente por Ernesto como motivo de consulta se va transformando en una necesidad de cambio mucho más profundo y personal. Aparecen aspectos tan significativos como la incapacidad para experimentar sentimientos espontáneos y la necesidad de buscar la explicación racional a todas las cosas. En este fragmento, empiezan a apreciarse ya los rasgos

obsesivos que forman la estructura de su personalidad, y que muy coherentemente él relaciona como base de sus problemas actuales:

- Duda constante
- Desconexión emocional
- Racionalización de las emociones
- Perfeccionismo

Explica que siempre ha querido “dominar” sus sentimientos, ya que parte de la idea de que esto permite ser una persona equilibrada y estable, sabiendo en cada momento lo que hay que hacer y cómo actuar. En este sentido, siempre ha intentado utilizar sus sentimientos de forma que le fueran útiles para provocar la emoción deseada en el otro. Igualmente expresa la dificultad que tiene para sentir emociones espontáneas:

**ERNESTO:** *Lo que pasa es que a lo mejor... si pienso en intentarlo ya, estoy..., uf, no sé, buscando un..., un método para, para que esos sentimientos sean sentimientos o no sé, no..., no..., no lo sé.*

**TERAPEUTA:** *Quizás te das cuenta que también es un intento, intencionado de control, de provocar esos sentimientos [ERNESTO: Claro, puede ser], con lo cual al ser algo intencionado deja de ser un sentimiento.*

**ERNESTO:** *Creo... creo que sí... bueno... no sé si tan rebuscado o..., no lo he llegado a pensar tanto, pero... creo que va por ahí, sí... sería como decir: “mira, de 9 a 5 tengo este trabajo y de 5 a 10 tengo otra cosa”... bueno..., como si fuese un programa y supongo que los sentimientos no son así; creo yo son más bien espontáneos, no... no tienen ni tiempo, ni momento (...) claro, si yo ya empiezo a programar mis sentimientos, sería lo mismo que si empezara a programar mis actividades diarias y no sé si tendría mucho sentido eso... He intentado, he intentado... no sé si programarlos, pero sí he intentado dominarlos (...) o sea, siempre... o... cuando lo he pensado alguna vez he creído que... lo bueno sería dominar los sentimientos..., o sea, para que una persona sea estable o equilibrada es... en cada momento saber lo que hacer y cómo actuar, o sea, como si esos sentimientos no pudiesen existir porque sí, o sea..., no fuesen espontáneos. (...) No sé si a eso se le llama inteligencia emocional o cómo, pero bueno. **Pues sí, siempre he intentado utilizar mis sentimientos o mi inteligencia para provocar sentimientos a otras personas, o sea, intentar experimentar conmigo y con otras personas:** Lo que pasa es que son pocas las ocasiones que he tenido [sentimientos espontáneos] (...) incluso creo que mi sonrisa o mi forma de reír es muy forzada (...) Bueno, y... a veces también me muestro inferior, o sea, doy pena o muestro las situaciones peor de lo que son..., no sé, para dar lástima y llamar la atención..., también lo hago o sea, que no sé si es una combinación entre inferioridad y superioridad o... no sé muy bien que es.*

Este control de sus emociones va dirigido a un fin, conseguir la reacción en el otro que él desea. Y es en este aspecto de su vida, el emocional, en el que Ernesto considera que reside su mayor problema, ya que en su intento de dar una imagen a los demás, el que acaba confundido respecto a su verdadera identidad es él mismo.

**ERNESTO:** *Sí, por ejemplo, siempre me lo ha dicho mucha gente, que doy la impresión de buena persona, siempre me lo han dicho. O sea, he dado la impresión muchas veces hasta de tonto, ¿no? o sea, de tan... tan bueno que era... por la forma de actuar. Y al final pues acabas... pues..., pensando... sabes por dentro que... has engañado a esas personas, o sea, has exagerado muchas cosas, pero... ves esas exageraciones como una especie de accesorio, no es lo fundamental, no es la esencia de lo que has contado, o sea que la esencia permanece, y lo accesorio digamos, pues no tiene ninguna importancia, entonces, dices... bueno, sí, más o menos... soy así, entonces te lo acabas creyendo. Por ejemplo, esto que dicen, he sido bueno y todo esto, pues... yo sabía que tenía mis cosas, como cualquier persona, pero al final pues eso, pues te lo acabas... lo acabas asimilando, te lo vas creyendo.*

### 3. LA CONSTELACIÓN FAMILIAR (Figura 2)

#### 3.1. El padre de Ernesto

El padre de Ernesto, de procedencia rural, se crió con su madre y su abuela, pero pronto se convirtió en el sustento de la familia. Su abuela, incapacitada por la edad

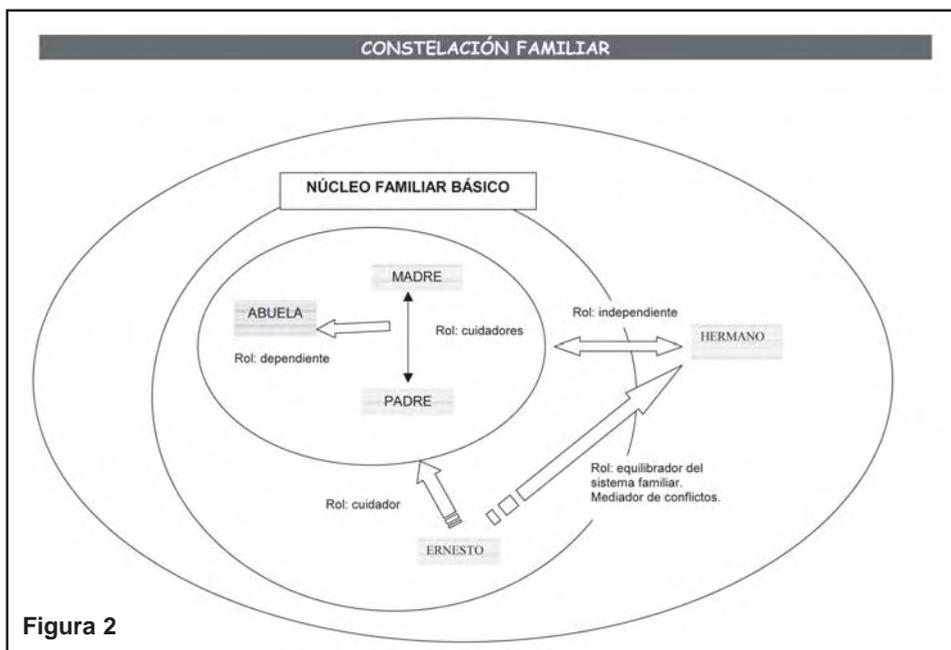


Figura 2

para trabajar el campo, y su madre, incapacitada “mentalmente” para sustentarse a sí misma y a su hijo precipitaron esta situación cuando el padre de Ernesto tenía 11 ó 12 años. Desde muy joven asumió la responsabilidad de cuidar a su madre el resto de su vida, y la limitación que esto le iba a suponer a la hora de establecer su propia familia. Esto le llevó a renunciar a la idea de casarse algún día, dando por supuesto que nadie querría compartir con él la responsabilidad de cuidar a su madre. Sus hermanos, de los cuales no sabemos nada más que su existencia, murieron jóvenes. Esta rama de la familia es totalmente desconocida para Ernesto, constituyendo un tema tabú en su familia.

**TERAPEUTA:** *Porque... ¿tu padre es hijo único?*

**ERNESTO:** *No, bueno ahora sí, se ve que tuvo más, pero... murieron jóvenes, que tampoco lo sé muy seguro pero me parece que sí, esa parte, muchas veces la he querido saber pero no... preferían evitarlo... no lo han negado nunca, no me lo han ocultado, pero tampoco tenían ganas de recordar eso.*

**TERAPEUTA:** *Porque me comentabas que tu padre se ha hecho cargo siempre de su madre, o sea de tu... abuela, desde pequeño, ¿cómo es esto?*

**ERNESTO:** *También, pero llegó un día, por lo que sea, no sé si a los 11 o 12 años que ya, pues..., él trabajaba con mi abuela en el campo, pero, no sé, necesitaron... más dinero para la casa, entonces ya fue a trabajar con más personas, en otros campos, a otros sitios... y claro, imagino que la abuela ya no tenía fuerzas suficientes para hacer todo, estaría con mi abuela, no sé cuánto vivió, me parece que vivió bastante tiempo, o sea, no es que estuviese mi padre solo, sino me parece que estaba con mi bisabuela en casa.*

**TERAPEUTA:** *Entonces, vivían tu padre, tu abuela y tu bisabuela juntos, ¿no?*

**ERNESTO:** *Sí, pero no sé cuanto tiempo estuvo mi bisabuela exactamente pero sé que el que estaba trabajando era mi padre. Era el que llevaba el dinero de alguna manera a casa, para mantenerlo todo, porque supongo que ya mi bisabuela no estaría con fuerzas para trabajar... Por eso antes mi padre no quería casarse con nadie, tenía miedo de presentar a su familia... estaba manteniendo a mi abuela y... que cualquier persona que conociese a mi abuela no querría estar con él. Pues mira, salió mi madre y... fue una excepción, digámoslo así, o sea, mi padre por lo que sé nunca había pensado casarse con nadie ni... podía tener suficiente para mantener a esa persona, no...*

**TERAPEUTA:** *Porque un poco, la decisión de tener a tu abuela en casa... esto... ¿ya desde que se casaron?*

**ERNESTO:** *Sí, no, no, esto fue desde siempre, o sea que... lo primero que hizo mi padre era presentársela para que pudiera decidir y ya tenía*

*asumido que se iba a ir, ya tenía asumido que ella no iba a aguantar y que se iba a ir*

TERAPEUTA: *Pero, de alguna forma ya era una condición si ella quería casarse con él, si quería estar con él antes tenía que estar con ella.*

ERNESTO: *Sí, claro, era, no dejarla... tenía problemas de salud, ahí sí que tenía, me imagino, mi padre que cuidar de ella, no sé **sentiría con fuerzas para abandonarla a su madre aunque no sintiese nada** que a lo mejor yo también hubiese hecho lo mismo. Son situaciones diferentes porque yo sí tengo afecto a mi madre, no es lo mismo, pero me imagino que si por una persona hago alguna cosa, qué no haría por mi madre, aunque no tuviese ningún tipo de afecto.*

### 3.2. La abuela paterna

La figura de la abuela paterna juega un papel central en la familia nuclear de Ernesto. Convive con ellos desde la constitución del matrimonio, y la vida familiar siempre ha girado en torno a ella. Parece ser que nunca ha sido capaz de responsabilizarse de su propia vida, siendo mantenida primero por su madre y luego por su hijo (el padre de Ernesto). Las circunstancias vitales de esta figura son otro misterio y tabú familiar, desconociendo Ernesto gran parte de su historia. Parece que fue abandonada durante el embarazo (no sabemos si en el primer o posteriores embarazos), no llegando a convivir ni a establecer un contrato matrimonial con el padre de sus hijos.

TERAPEUTA: *Porque, la abuela..., ¿siempre ha estado con vosotros?*

ERNESTO: *Sí, siempre ha estado con nosotros, a ver, mi abuela siempre ha estado mantenida por mi padre. **Nunca he sabido muy bien lo que tiene porque... es un problema grave, no sé que diagnóstico** es porque no sé muy bien, pero hay momentos o... que actúa de alguna forma que... como persona normal, o sea, tiene una forma de pensar que para el Alzheimer es normal pero luego hay otros que... que no sé como explicarlo..., o sea, si tu estuvieses con ella, pues... **con las personas de fuera es normal y corriente, incluso agradable** [T: ah, ah], y todo muy bien, incluso cuenta cosas, se comporta de una forma muy diferente que con nosotros, **en cambio cuando está con nosotros necesita llamar siempre la atención, necesita... busca problemas para todo..., lo hace para llamar la atención, es una persona que siempre me han dicho que nunca ha tenido personalidad**, o sea, que me refiero... que nunca ha podido decidir sobre nada, siempre ha estado... nunca ha vivido independiente, antes cuando mi padre no podía mantenerla, la mantenía mi bisabuela, o sea, su madre **porque, esta es la parte de la familia que no conozco muy bien, mi abuelo dejó a mi abuela, cuando estaba embarazada** (T: ah), **no sé si llegaron a casarse o que no sé que pasó, tampoco me han contado no vivieron como pareja,***

*y supongo que le dejaría por esto, no estoy seguro tampoco, pero al ver esto, que ella... no habrá aguantado y se habrá...*

Por otra parte, existe el mito en la familia de que la abuela sufre una “enfermedad mental grave” que está en la base de esta falta de autonomía, y de la necesidad del padre de Ernesto de responsabilizarse de ella.

**ERNESTO:** *Ya desde pequeño, a ver, yo muchas veces no entendía muchas cosas de pequeño, ¿no?, pero poco a poco veía que la situación era muy... un poco rara [la abuela], o sea, no era normal, lo que hacía... y es que no sé definirlo, no sé, a veces tiene momentos de lucidez, pero pocos, muy pocos, y luego de repente te cambia la forma de ser, o sea es una persona como si no tuviera personalidad..., que no sabe, no sabe qué hacer, no... está siempre pendiente de lo que decimos, o de lo que... aunque se rebela, le decimos una cosa que la haga y luego no la hace [T: ah, ah], o sea que también es una contradicción, que por ella misma no sabe hacer nada.*

**TERAPEUTA:** *¿Habla de temas que no tienen sentido, o de cosas muy ilógicas?*

**ERNESTO:** *Sí, alguna vez... de que lo que pasó en la guerra, que... tenemos que guardar este trozo de pan, o... no sé... hay que dejarle siempre la luz... cuando se va la luz no sé puede dejar sola porque la lía, es capaz de... algún día lo ha hecho, que si está sola en la casa pues eso, ya no la dejamos sola, pues... llama a cualquier persona, a los vecinos y... busca a la policía porque piensa que la hemos abandonado, por... que piensa que le va pasar algo, cosas de estas, por eso si no estoy yo, o no está mi hermano o no está mi madre tenemos que dejar una persona para que se quede con ella, porque tampoco podemos dejarla en un centro, son muy caros los centros, tampoco podemos dejarla en un centro cualquiera, no por mí, porque yo la relación que tengo con mi abuela... llevo muchos años... no siento ningún afecto, ninguno hacia ella.*

**TERAPEUTA:** *Ya, no ha sido una persona para ti...*

**ERNESTO:** *No, al revés, ha creado más problemas, yo he visto siempre que ha creado más problemas a mis padres, mucho sentimiento de dolor a mis padres.*

La vida del núcleo familiar de Ernesto se ha estructurado en torno a las necesidades de la abuela ya desde su constitución, con repercusiones importantes en la vida de todos, limitando el desarrollo de una vida familiar normal, como salir juntos el fin de semana, vacaciones, disfrutar y divertirse. Por el contrario, el constructo nuclear que ha regido sus vidas es el de la responsabilidad y la abnegación, limitando enormemente la autonomía y el espacio personal de cada uno de sus miembros.

**TERAPEUTA:** *¿Qué tipo de sensación tienes tú sobre el papel de tu*

### *abuela en la relación de tus padres?*

ERNESTO: *Siempre ha sido el problema de atención en casa, siempre ha sido el problema central, lo que le pasase a ella... siempre hemos hecho todo por ella, siempre nos hemos privado de vacaciones o cualquier cosa por ella; por ella hemos dejado de hacer vida normal, por... o sea, lo que se puede decir una vida normal, salir el fin de semana, o estar nosotros solos para irnos a un restaurante... por ella, siempre la hemos tenido que llevar a todos sitios y aún así siempre teníamos ganas de volver porque no podías estar con ella en ese sitio, se sentía molesta o... siempre ha girado todo alrededor de ella, hasta tal punto que siempre que salgo de casa... siempre estoy pendiente de lo que le pueda pasar a ella, o sea...*

TERAPEUTA: *¿Sientes miedo de que le pudiera pasar algo?*

ERNESTO: *Sí, que hiciese algo, que abriese el gas, se le ocurriese encender una cerilla y explotara todo el edificio, no sé...*

TERAPEUTA: *Y ¿eso desde pequeñitos?*

ERNESTO: *Bueno, esa sensación la tengo desde pequeño, sí, sí, siempre ha sido así*

### **3.3. La madre de Ernesto**

La madre de Ernesto, de procedencia desconocida, se casó con su marido sabiendo que eso suponía cargar con su suegra, y parece que desde el inicio asumió el rol de cuidadora de ésta. Actualmente trabaja como auxiliar de clínica, tarea que compagina con el cuidado de la abuela y con el negocio familiar.

TERAPEUTA: *¿Y qué relación ves tú entre tu madre y tu abuela?*

ERNESTO: *Pues, como si fuese una enfermera [T: ¿una enfermera?] mi madre, a parte de que trabaja en un hospital, estuvo haciendo FP de auxiliar de clínica, y todo eso..., me refiero no solamente enfermera de forma voluntaria sino que sabe, siempre ha sido como la enfermera, ha tenido mi abuela la suerte de tener una enfermera para ella sola toda la vida, siempre se ha ocupado de ella para todo, o sea, medicación, llevarla a los mejores médicos, a los mejores sitios, estaba más pendiente... y yo lo comprendo, o sea, que necesitaba más atenciones, pero siempre ha estado más pendiente mi madre de lo que le pasase a ella, pero sin dejar de alguna forma que estuviésemos nosotros bien, o sea, yo lo que he dicho siempre es que mis padres estaban más preocupados porque no nos afectase demasiado el hecho de no estar más tiempo con nosotros y viese el ambiente que hay en casa.*

### **3.4. Ernesto, el paciente**

Ernesto, con 20 años, es el menor de los hijos. Está cursando 2º de Derecho con buenos resultados académicos, actividad que combina con ayudar en el negocio

familiar. Sus estudios básicos los realizó en un colegio religioso, lo que relaciona con sus dudas existenciales actuales y sus rituales de rezo, como veremos más adelante. Hasta hace poco, salía ocasionalmente con las dos amigas que aparecen en su relato. En el momento de la consulta, tras la pérdida de estas amistades, su actividad se centra en la vida familiar, laboral y estudiantil, así como en la dirección del Club de Deportes de su Facultad. La influencia de la condición creada por la situación de la abuela en la constitución de su personalidad es clara.

**TERAPEUTA:** *Y, ¿cómo crees, Ernesto, que os ha afectado un poco, el tener esta figura de la abuela en casa, como familia, como crees que os ha afectado o condicionado?*

**ERNESTO:** *A mí, me ha vuelto desde siempre una persona demasiado responsable [T: ¿demasiado?] demasiado, y muchas veces mis reacciones con el resto de la gente eran posesivas, me refiero, necesitaba afecto de todo el mundo. Esto no es una cosa que me haya venido de ahora, sino que antes también lo pensaba, lo que pasa es que... la forma... de que estuviese haciendo algo dañino, me refiero, lo sabía, sabía que buscaba a esas personas para sentirme mejor, pero no creía que eso pudiese hacer daño a nadie, o sea, yo buscaba afecto, yo me iba esforzando mucho fuera de casa a buscar afecto, haciendo cualquier cosa, ya sea, con una amiga, ya sea con un algún amigo, cualquiera, o sea eran reacciones que relativamente era normal. (...) En casa siento que soy muy responsable, pero emocionalmente siento como si fuese un niño, ¿no? Como si hubiese carencias de muchas cosas, o sea, puedo parecer una fachada de persona muy madura, que tengo una fachada de persona muy responsable; incluso, los profesores que tenía siempre me han dicho que me tranquilizase, que estuviese tranquilo que no pasa nada, o sea, porque a veces veían que la responsabilidad iba más allá de lo normal, en muchas cosas, y a veces me trataban como si no fuese un alumno, como si fuese una persona adulta.*

**TERAPEUTA:** *¿Y que relación crees que tiene esto con la figura de tu abuela?*

**ERNESTO:** *Yo siempre he tenido el condicionante de mi abuela, cualquier cosa que hiciese tenía que ser pendiente de lo que le pasase a ella, entonces, creo que la responsabilidad me viene de ahí, de saber que tú tienes que hacerte cargo de otra persona, no es una cosa de... una persona normal, que haces lo que te da la gana; mi hermano sí que lo ha llevado mejor, o sea, mi hermano ha sabido combinar esto, ha sabido decir “ahora me apetece hacer esto y lo hago, ahora me apetece hacer lo otro con mis amigos y lo hago, me da igual esto, no quiero estar aquí”, a lo mejor, seguramente no lo ha hecho pensando, no ha racionalizado lo que ha hecho, o sea, lo ha hecho porque lo sentía...*

Parece, por tanto, que Ernesto atribuye el origen de su inmadurez emocional y de la excesiva responsabilidad que rige su vida a la situación creada por su abuela. El ver a su familia abnegada al cuidado de ésta le llevó a asimilar esta posición como algo nuclear, a la vez que le impedía mostrar sus necesidades emocionales, viéndose llevado a buscar afecto y apoyo emocional fuera de la familia. Por otra parte, dentro de la dinámica familiar, adopta el papel de mediador y estabilizador de conflictos, especialmente entre el hermano y los padres.

**TERAPEUTA:** *Ya, y en cambio tú tienes la sensación de que cualquier cosa que tenías que hacer, tenías primero que tener en cuenta si tu abuela...*

**ERNESTO:** *Porque yo veía varias cosas en casa, yo veía que mi hermano era muy responsable en muchas cosas y yo intentaba hacer como una especie de vínculo entre mi hermano, mi padre y mi madre, ¿no?, me sentía responsable de que ese vínculo estuviese bien, ¿no?*

**TERAPEUTA:** *¿De unir a tu familia?*

**ERNESTO:** *Sí, de unirla, sí, y siempre he tenido conversaciones muy duras con mi hermano, que me ha sabido muy mal muchas veces, claro que una persona que, no sé cuantos años podía tener, 14 ó 15 que es muy duro que un hermano pequeño le tenga que decir a un hermano mayor que a lo mejor ya está en la Universidad o está haciendo otras cosas lo que debe hacer, o cómo se tiene que comportar o cómo debe actuar con determinadas personas, o decirlo yo a mi hermano que esa persona no le conviene salir con ella porque hace tal o hace cual, y provocar algunas veces la duda, provocar a un hermano mayor la duda de lo que le he dicho, o..., intentándole tranquilizar en muchas cosas, decirle que no va a pasar nada, o intentándole consolar para que no se preocupe por ciertas cosas que le pasan a mi hermano o que me pasan a mí...*

**TERAPEUTA:** *Parece como si siempre has sentido que tenías que ser...*

**ERNESTO:** *he tenido que ser lo que hace mi madre, o sea, el equilibrio, luego también siempre me hacía cargo de mi abuela, bueno, intentaba hacerme cargo, decirle a mis padres pues hacer esto que yo me quedo en casa, aunque... yo no tuviera ganas de quedarme en casa, pero veía más fuerte la sensación de ser responsable que... y creo que por ello he tenido la sensación de ser superior a mucha gente, porque yo veía que sí, que todo el mundo tenía sus problemas pero yo lo veía que el grado de responsabilidad que tenía yo no lo tenía nadie más. Muchas veces me creía yo con la posesión de la verdad, tu no podías decirme lo que debo hacer si tu no sabes como siento o que estoy haciendo.*

**TERAPEUTA:** *De alguna forma, te has sentido con una responsabilidad muy superior a la de tus compañeros, tus amigos... con lo cual eso te marca una diferencia respecto a ellos, y esa diferencia también te hacía sentir*

*diferente y como con cierta superioridad, ¿no?*

ERNESTO: *Sí, pero a la vez también me sentía inferior, pero no es una cosa que... [T: las dos caras de la moneda, ¿no?] sí, me sentía inferior, porque yo no entendía porqué no podía estar bien conmigo, o sea, no podía relacionarme con la gente y que la gente me aceptase, porque me veía, o creo que me veía la gente como una cosa rara, y de alguna forma me tenía miedo y algunas personas me lo han dicho, “es que te veía tan raro, que me dabas miedo, no sabía por dónde me ibas a salir, no te veía como una persona, te veía como si ocultases algo, oscuro, ¿no?, una persona que no se sabe por dónde va a salir”*

Parece que Ernesto sentía la obligación de mediar entre las “**irresponsabilidades**” del hermano y la “**abnegación**” de los padres, posicionándose como la figura encargada de transmitir los valores familiares a su hermano mayor. Este rol tenía para él el beneficio secundario de sentirse superior a la gente de su edad (y respecto a su hermano), aunque suponía una parte de renuncia personal importante. En este sentido, la inhibición de sus deseos y emociones para mostrarse responsable le hacía ser repudiado por sus iguales, conllevando ello un sentimiento de infelicidad importante.

### **3.5. El hermano de Ernesto**

El hermano de Ernesto, cinco años mayor que él, ha sido el referente y el modelo con el que se ha comparado durante toda su juventud. Con sentimientos muy controvertidos y enfrentados, pasó de ser “el egoísta” de la familia a ser considerado actualmente la persona más sana de la casa. Inicialmente constituyó su contramodelo, ya que era irresponsable, egoísta e irrespetuoso con las creencias familiares. Pero desde hace un tiempo Ernesto evalúa su actitud como la más sana y equilibrada, consagrándose así de nuevo como una figura de admiración e imitación para él.

ERNESTO: *Yo, o sea..., al que veo más normal... es a mi hermano, bueno yo creo que es el más normal. Una persona normal. Digo normal, porque es una persona que hace realmente lo que quiere, y que sabe lo que le sienta bien, y sabe ser cómo realmente es, o sea, me refiero, no finge las cosas, no demuestra nada, solamente es como es, pero eso digo que es natural, y encima le acepta la gente como es, por eso te lo he dicho antes, que no conozco prácticamente a nadie a quien no le caiga bien mi hermano, que no le aguante, es que es imposible. (...) Sí, pero... hacía muchas cosas, pero... aún así me sentía como... que eran pocas, necesitaba tener todo el tiempo ocupado y aún así, teniendo todo el tiempo ocupado me parecía poco, también quería darles esa visión a mis padres, de una responsabilidad, de que... sabía lo que estaba haciendo... y también puede ser que lo hiciese... para compararme con mi hermano, que mi hermano... también está metido en muchas cosas, pero quizás relacionadas más bien con el*

*deporte y... creo que era más bien competencia, intentar competir no con nadie en concreto, sino con todo el mundo; si yo sabía alguna cosa de alguien que lo hacía bien, sentía la necesidad de hacer, de hacerlo mejor, era competencia constante... o sea yo era más bien una actitud muy, muy pesimista, muy serio con las cosas, muy responsable, y mi hermano era más normal, o sea, me refiero, a normal, que era divertirse, hacer cosas, una visión más, más... más natural, me parece más normal a mi, me parece más normal.*

TERAPEUTA: *¿Y como le veías tú a tu hermano de pequeño?*

ERNESTO: *¿De pequeño?... pues (silencio) quizás como una persona que se llevaba bien con todo el mundo que..., era como un... centro de atención y que... podía hacer lo que quisiera y haciendo lo que quisiera, pues... no sé... conseguía todo no sé [T: ¿hacia lo que quería y se llevaba bien con todo el mundo?] a lo mejor no es exacto, “hacía lo que quería”, porque estaba también condicionado como yo, tenía que ir a trabajar como yo y todo eso, pero me refiero, que **no estaba tan pendiente de esas cosas, de esas responsabilidades** sino que, si un día le apetecía, si podía él, me refiero, ir a un sitio, pues se iba, si le apetecía aunque luego tuviese bronca en casa, o alguna cosa, o una discusión, pues la hacía porque le apetecía, pero aun así tenía ese grado de responsabilidad que no sé pasaba, o sea, sabía que no podía hacer estas cosas porque era pasarse.*

TERAPEUTA: *¿Cómo veías tú esto que hacía él?*

ERNESTO: *Pues a veces lo veía mal. A veces le echaba en cara las cosas, le recriminaba que hacía muchas cosas y que no pensaba en nosotros, se olvidaba de que tenía una responsabilidad aquí o sea, me comportaba como si el fuese su hermano mayor yo.*

TERAPEUTA: *¿Cómo repercutía en ti su comportamiento?*

ERNESTO: *Pues, me hacía sentir más responsabilidad, o sea, lo que él hacía me hacía sentir que tenía que corregirle de las cosas que hacía, [T: más responsabilidad de que?] por ejemplo, yo veía que había muchas responsabilidades en casa, y... lo que no entendía muy bien era por qué hacía esas cosas y no estaba haciendo otras que tenía que hacer, o como podía alejarse... o pasar muchas de esas cosas y... no responsabilizarse de eso... claro, en casa quizás, habíamos creado un ambiente de... casi toda responsabilidad y nada es... pensar en nosotros y no tener tiempo para nosotros, tiempo libre, para relajarnos y hacer cosas nosotros entonces la norma en casa era esa... como si no tuviésemos casi derecho a... a divertirnos o... [T: Estas responsabilidades se refieren en gran medida a cuidar a tu abuela ¿o...?] sí, se basaban muchas veces en mi abuela, y... lo que pasa es que lo de casa lo trasladabas a todos sitios, llegabas al colegio y lo tomabas todo como... muy trascendental...,*

TERAPEUTA: *¿Y crees que tu hermano también..., porque cuando hablas que “en casa hemos creado un ambiente en este sentido de responsabilidad” ...*

ERNESTO: *No lo entendía porque yo allí llevaba muchas responsabilidades, y yo estaba metido dentro de ese juego y a lo mejor veía a mi hermano como una persona parásita, con los brazos cruzados, que sólo pensaba en él y que no se preocupaba por nosotros... y... claro, esa es mi visión, a ver, la que tenía yo y a lo mejor...[T: ¿qué sentías hacia él al verlo así como una persona parásita...?] pues a veces..., estaba muy enfadado con él... me hacía sentir..., a lo mejor sería envidia, de que él pudiese hacer esas cosas y yo no, a lo mejor podía ser envidia, sí, pero la verdad es que no me lo tomé como si él estuviese haciendo algo mejor que yo, a lo mejor inconscientemente tenía envidia..., pero conscientemente no; estaba viendo como si fuese eso lo que debería hacer o como si yo, realmente quisiera hacer.*

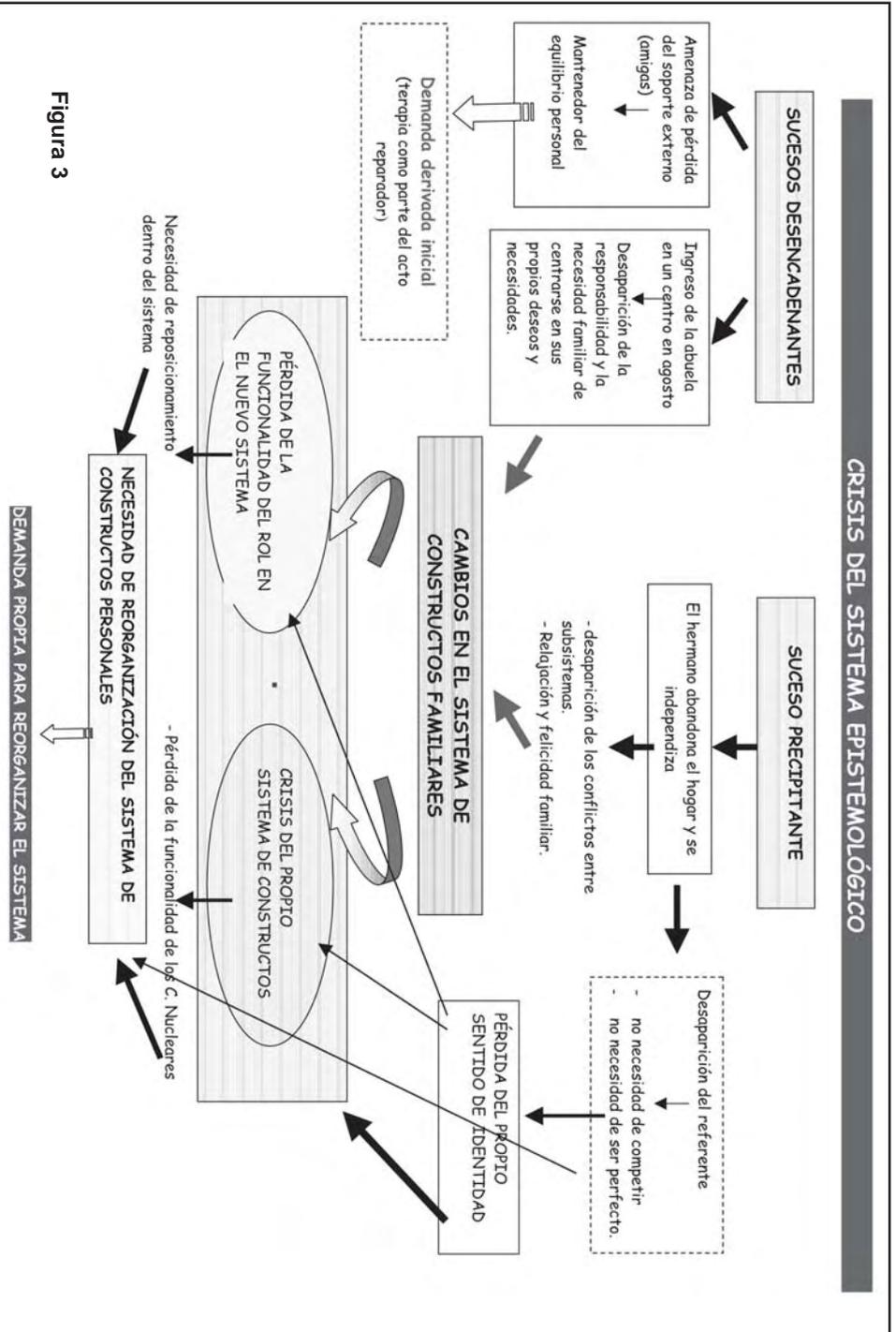
### 3.6. Dinámica familiar (Figura 3)

Como hemos ido comentando, la dinámica familiar se estructura alrededor de conceptos como la abnegación, la responsabilidad y la renuncia personal. Esto es así ya desde su constitución, por la responsabilidad que el padre había adquirido desde la infancia de cuidar a su madre. Este rol actualmente es compartido por toda la familia, especialmente por la madre y por Ernesto, centrándose el padre más en la manutención económica de la familia. El hermano mayor de Ernesto es el que ha sabido distanciarse mejor de este discurso familiar, dando prioridad a sus intereses personales. La supuesta enfermedad mental de la abuela, se concreta a nivel práctico en una conducta manipulativa que mantiene a la familia en constante tensión. Interrumpe cualquier acto en que note que la familia está feliz y ajena a su presencia con llamadas de atención muy fructíferas, que culminan en un distanciamiento mutuo e interrupción del clima de bienestar. Tanto es el malestar que viven por la presencia de esta figura que evitan ir a casa, la cual, parece que está impregnada por su presencia con un halo de oscuridad y malignidad, y buscan puntos de encuentro furtivos lejanos de la presencia de la abuela.

TERAPEUTA: *¿Cómo es ese ambiente?*

ERNESTO: *Pues... digamos negro, oscuro, yo intento, ahora que puedo, intento estar el menor tiempo posible en casa con mi abuela, y mis padres igual, mi padre hace mucho tiempo que al mediodía ya no va por casa. Tampoco se siente con fuerzas para ir y estar ahí y después volverse a trabajar, por eso quedamos muchos días con mi padre en el restaurante y estamos allí, pasamos mucho tiempo allí. O sea mi padre no va allí, pero no se desvincula de nosotros, me refiero, quedamos en otro sitio, estamos en otro sitio y...*

## CRISIS DEL SISTEMA EPISTEMOLÓGICO



**Figura 3**

TERAPEUTA: *¿Y cómo es este negro, este oscuro?*

ERNESTO: *Pues, no sé muy bien definirlo, esta sensación de... de tensión, de estar muy tenso, de que no estás tranquilo, llegas y parece como si... te diese de repente nada más abrir la puerta, abres la puerta y te da como una especie de taquicardia, pero es involuntario, o sea, ya nada más entrar parece que tengamos metido en la cabeza, [T: lo tengamos?] sí, lo tengamos yo, hablo en general, si todos porque la sensación la tenemos todos. Sí, esto ya muchas veces **ha sido digamos el tema central de la conversación de toda la vida, lo que pasa con mi abuela, y es una sensación de agobio hasta tal punto que uno cuando está bien es cuando ella se va a dormir** y aún así no sé está muy bien porque por la noche a veces se levanta y monta sus películas de si... no sé... si ha oído un perro, si ha oído... no sé, que o sea no... o sea que te...*

TERAPEUTA: *Y ¿cómo es esto, esta sensación de tensión, que es lo que pasa en la casa, o que es lo que provoca esta tensión?*

ERNESTO: *Eso ya no sé definirlo yo... eso no sé porque **yo a veces he pensado que a lo mejor somos nosotros mismos los que creamos esta tensión, alguna vez lo he pensado, ¿no?, pero...** ya no sé, no.*

TERAPEUTA: *¿Pero como es, por ejemplo, las conversaciones que ella tiene, cuál es el comportamiento de ella, cómo se comporta?*

ERNESTO: *A ver, es una reacción, parece que... instintiva de ella, si estamos los domingos cenando todos juntos y estamos bien, hacemos tonterías o contamos alguna cosa agradable, pues ella ya saca su... su conversación y intenta hablar sobre un problema, no sé... de que la cafetera no se abre, por ejemplo, o que a le duele mucho la garganta, o que no puede comer más... cosas de estas, en vez de no decir nada, por ejemplo, o sea, si estamos bien, pues... si no quiere comer más pues que no coma, pero no poner públicamente cara de pena llorando, porque a veces para no querer comer llora, es lo que no entiendo, o sea le pones cosas en el plato y le dices "coma y si no puede lo deja en el plato; parece que le moleste lo que haya en el plato y se pone a hacer pues una película, llora o llama por teléfono a mi padre si está con la señora, ya lo ha hecho alguna vez, la señora que va a cuidarla está asustada también estuvo asustada la otra, una chica que estuvo... bueno, estuvo solamente en verano, pero hace dos años, que la estuvo cuidando. Se asustaba porque no sabía qué hacer con ella, porque tenía salidas raras de que se ponía nerviosa de que empezaba a llorar, o que decía que se iba a morir, cosas de estas.*

TERAPEUTA: *¿y qué pasa por ejemplo, si estáis todos en la mesa, un domingo, estáis todos contentos, hablando de cualquier cosa y ella salta que la cafetera no se abre, qué pasa a raíz de que ella dice esto, cómo actuáis...?* ERNESTO: *Pues... pues el que salta es mi hermano, o sea, no*

*aguanta y se pone tenso y... dice pues no sé, que continúe comiendo, que calle, pero que no siga haciendo... se pone digamos pues... nervioso o violento, ¿no? Se pone...fuera de sí, no está en sí mi hermano ahí, y antes de nada pues lo que hace se pone nervioso, se va y muchas veces acaba llorando en la cama, siempre ha tenido estas cosas, le sabe muy mal, o sea...*

TERAPEUTA: *Porque... ¿qué pasa cuando le dice esto?*

ERNESTO: *Pues que ella se olvida, me refiero ella en ese momento le da un disgusto muy grande, se pone a llorar, “¿por qué me ha dicho esto?”, pero al cabo de cinco minutos se le pasa. Lo que intentamos muchas veces es no exaltarnos, o sea, controlarnos y hacer como si no estuviese, lo que pasa es que mi hermano no aguanta, mi hermano salta, se pone nervioso y se va.*

TERAPEUTA: *Porque tú, por ejemplo, ¿qué sientes cuando estáis en la mesa y de golpe salta tu abuela con alguna cosa de este tipo, qué te hace sentir?*

ERNESTO: *Ya lo he dicho muchas veces, lo que me pone tenso no es tanto mi abuela en sí, sino las reacciones que tenemos nosotros con ella.*

TERAPEUTA: *¿Cómo son esas reacciones?*

ERNESTO: *Son muy... muy tensas, no... no sé, exaltadas, o sea, cambia todo totalmente y... se centra todo en ella*

TERAPEUTA: *¿Y qué es lo que os exalta tanto?*

ERNESTO: *Yo creo que... es la reacción por no hacer mal al otro, ¿no?, me refiero, yo estoy tenso y yo lo puedo decir por mi, yo estoy tenso por lo que le pueda producir a los demás, las reacciones yo si estoy en la mesa, eso de los domingos, yo me siento tenso desde el principio, ahora intentamos que ella cene primero y luego cenamos nosotros, ya lo hacemos en alguna medida para que no pasen esas cosas, pero estoy pendiente de que no se alteren en la mesa, yo... siempre que ha pasado algo yo nunca he hecho nada, yo siempre me lo he guardado, yo me lo he quedado yo, y luego por lo que pasa en casa te sientes mal, todo el día, y no tienes ganas de nada, te vas a dormir (...) Lo hacemos para hacer algo, siento... que los demás... al... parece que estemos todos pendientes a ver quien salta, ¿no? Y creo que es eso.*

TERAPEUTA: *Vale, porque normalmente el que salta es tu hermano, ¿no?*

ERNESTO: *Sí, mi hermano es el que... porque igualmente evita venir a cenar.*

TERAPEUTA: *¿Y tus padres que hacen ante esta situación?*

ERNESTO: *Intentan que nuestra abuela no se exalte, que se tranquilice, o sea..., que calle y ya está, que no es problema nuestro, pero mi hermano de alguna forma racional dice: “que es un problema de todos, no digas*

*que es un problema vuestro porque nosotros estamos todo el día conviviendo con ella”.. Intentan que mi abuela se levante lo antes posible, que cene rápido, que se tome la medicación y se vaya al sofá. Pero claro, lo que nos intentamos decir a veces es que a la fuerza es un problema nuestro porque estamos conviviendo con ella todos los días.*

TERAPEUTA: *Y en esa situación, ¿tu padre le dice algo a tu abuela, tu padre le dice algo a tu madre, tu madre le dice algo a alguien, como seguís en la mesa?*

ERNESTO: *Muchas veces salta mi padre..., mi padre muchas veces se siente responsable de haber traído a la abuela, estar tanto tiempo en casa, ¿no?, entonces muchas veces salta, ¿no? También se siente muy mal*

TERAPEUTA: *¿Y que le dice cuando salta, que le dice?*

ERNESTO: *Buena intenta racionalizar pero... intentándole hacer ver las cosas... [T: ¿pero que le dice?, ponme un ejemplo] pues..., ” llevo toda la vida manteniéndote, haciendo eso, no agradeces nada y encima nos traes estos problemas”, ¿no? “¿qué te hemos hecho para esto?” y mi padre también se siente mal en ese momento y se va, pero esas reacciones hace un tiempo que no las hace.*

TERAPEUTA: *y en esta situación así, ¿tu madre no salta nunca, cómo actúa?*

ERNESTO: *Mi madre es más bien... el equilibrio en todo, intenta evitar cualquier cosa, si salta mi padre intenta que se calme y casi siempre lo ha conseguido, mi madre nunca la he visto... quizás un par de veces pero... prácticamente nunca la he visto exaltada..., yo creo que ella se ve un poco como... si fuese la válvula de escape como si fuese la persona que mantiene un poco todo... tranquilo*

De esta explicación se puede entrever claramente la manipulación activa que hace la abuela de la dinámica familiar, y la posición que adopta cada uno de los miembros. El hermano es el que actúa como válvula de escape familiar, dejando salir la tensión contenida por todos y expresando el malestar. La madre y Ernesto son los que “vigilan” para que nadie salte, y si esto pasa, se encargan de suavizar la situación y volverla a neutralizar. El padre parece tomar cierta distancia, permitiendo que sea su mujer la que regule la situación, aunque a veces, también deja aflorar su rabia. No obstante, queda patente cómo todos ellos están “en el mismo juego”, donde la “banca” es la abuela.

TERAPEUTA: *Y tu abuela, ¿cómo ves tú, que trate a tu madre, que opinión ves que tenga sobre tu madre ¿Cómo la trata?*

ERNESTO: *Pues se aprovecha de ella, yo creo que aprovecha, intenta... la coge como una lapa, ahora ya no se atreve a hablar con mi padre porque sabe que ya no va a conseguir nada de él, muchas veces... Cuando ha habido un momento de tranquilidad ella tiene como un radar y va*

*donde hay tranquilidad, intenta evitarla, parece como que esté como... incomoda si nota algo de tranquilidad, alguna vez a dicho “¿qué pasa algo, que vamos a algún sitio?” como si fuese algo malo que estuviésemos tranquilos, como si le fuésemos a hacer algo a ella... muchas veces tiene la idea de que la dejamos, que la abandonamos, de que la llevamos algún sitio... tiene miedo que la llevemos al pueblo, se cree que a lo mejor la vamos a dejar allí ella no se da cuenta que llevamos algún tiempo aguantando para que no le pase nada a ella, para que esté bien, porque ahora problemas de salud no tiene, antes sí tenía muchos problemas de salud, relacionados con la espalda, relacionados con los pies, con todo tipo, y ahora está muy bien; o sea que... **mi padre cree que de alguna forma... cree que ha hecho bien, que ha hecho bien, porque no podía en ese momento abandonarla, aunque no tuviese ningún tipo de estima, tan sólo por ser su madre no podía dejarla. Es una especie de paranoia que nos hemos creado nosotros, que nosotros hemos creado esto como un problema.** Hay muchas reacciones que son cosas nuestras..., yo lo he dicho muchas veces, lo que me hace sentir tenso, lo que me pone tenso no es mi abuela en sí, sino las reacciones que tenemos nosotros con ella.*

### **3.7. Cambio familiar**

En el verano del 2000, un mes antes de que se produzca la demanda de Ernesto, la familia decide por primera vez ingresar durante unas semanas a la abuela en un geriátrico para disfrutar de unas vacaciones, juntos. Esta decisión parece que facilita una apertura y flexibilización de dinámica familiar, y provoca un cambio inexplicable en todos ellos. Los padres, por primera vez, se permiten disfrutar de la vida, y a Ernesto le “legitimiza” para pedir ayuda.

**ERNESTO:** *Las personas que se pasan tantas horas trabajando, pues les pasa lo mismo que... hay un momento que ya no saben cómo divertirse, te acabas obsesionando con el trabajo, y cuando tienen vacaciones... se agobian porque no saben qué hacer. [T: ¿le pasa eso a tu padre?] bueno este año, es el primer año que lo veo diferente. De los otros años sí que puedo decirlo, pero éste año por todo lo que ha pasado... **han pasado muchas cosas y muy rápidas o sea, no solamente por lo mío, sino por todo, parece que... se haya roto un muro y nos hayamos transformado todos, parece como si hubiésemos tenido una transformación, como si hubiésemos dado un giro de 180 grados en la familia.***

**TERAPEUTA:** *¿Y cómo ha sido este giro o en qué sentido?*

**ERNESTO:** *Teníamos nuestra abuela, o sea..., mi abuela siempre ha sido el centro de atención de la familia, siempre, pero desde que este verano decidimos por primera vez llevarla a un centro para que estuviese con otra gente, y eso. Nos dimos cuenta que faltaba algo, como si... ya no tenemos*

a esa persona para acusarla y para enfocar los problemas, ni para olvidarnos de nosotros... y ahora estamos obligados a ser nosotros mismos, y es la primera vez que creo, que siento que actuamos como familia que no nos preocupamos tanto por las cosas que pasan. Y creo que, no sé, que ha sido el mejor verano, este mes de agosto, no, el mejor verano, sino el mejor momento de toda la vida, el mejor, de los mejores. Es lo que me ha provocado coger confianza, quizá el ver a mis padres relajados, ¿no?, felices, disfrutaban de las cosas, de alguna forma, lo que te hacen es..., te lo transmiten, ves que ellos se sienten bien y tu te sientes también como estabas antes, yo claro, digo... "no, yo no quiero estar como antes", ¿no? Yo creo que sí, que si no hubiese cambiado esto no hubiese estado aquí, ahora. No, creo que no, por mucho que esta chica, me hubiese hecho reflexionar y hecho cambiar

TERAPEUTA: Vale, y entonces a raíz un poco de esto es cuando tú has visto un cambio importante en tu familia, ¿no?

ERNESTO: **Sí, un cambio, sí, radical... diferente**

TERAPEUTA: Y ahora que vuelve a estar la abuela en casa ¿sientes que volvéis a estar un poco como antes?

ERNESTO: **Sí, siento... pero no lo veo igual, veo que... mi familia está más tranquila, al ver que... a lo mejor al ver que el problema era ése, se han relajado más, no sé, pero los noto más relajados, como si... se tomasen las cosas con menos profundidad, o sea...**

TERAPEUTA: ¿Y a ti como te ha afectado?

ERNESTO: **Pues yo, esos días que veía bien a mis padres, yo me sentí muy bien, no... no voy a negar eso, lo que pasa es que también..., se juntó esto y es lo que dije el segundo día, que esto es lo que a lo mejor me hizo... (T: ¿tener más fuerzas?) Sí, porque si hubiera visto que la situación en casa hubiese sido la misma, yo seguramente no hubiese dado importancia a lo que me hubiesen dicho y no hubiese dicho nada, para no crear más problemas en casa o sea, para que lo mío no fuese un problema, seguro que acabaría... convenciéndome yo de que lo que había hecho no estaba mal, o sea, que era normal en mí. Ahora noto unos cambios... fuera de lo normal... o sea, noto que mis padres están mucho más relajados, mucho más tranquilos, y son más abiertos en muchas cosas...**

TERAPEUTA: Y... ¿qué es lo que ha provocado este cambio?

ERNESTO: **Yo creo que... ha sido todo en general. Estas vacaciones nos ha dado más... pues... no sé, un tiempo para pensar en cosas, o para hacer cosas que antes no podíamos por estar condicionados a ella, de lo que pudiésemos hacer con ella. Sí, estas vacaciones es lo que ha pasado, que al dejar a nuestra abuela en un centro, parece que nos hemos enfrentado a nosotros mismos, hemos estado obligados casi, a pensar qué queríamos**

*hacer estas vacaciones, sin tener que pensar... y a veces por acto reflejo mi madre puso un plato más, era sin querer, incluso hacia más comida de la normal, pensando en... y la medicación.. y todo, y nos dimos cuenta que estábamos esclavizados a una persona o sea, que ya lo hacíamos todo por acto reflejo y no pensábamos en nosotros, claro, y al ver eso, a mi padre le costó más, a mi madre le costó menos, pero eso, un cambio de perspectivas, que la vida está para vivirla, no para sufrirla, ni para crearse... problemas uno mismo, sino que está para buscar soluciones y para vivirla, pero claro, yo esa cultura de la diversión no la tenía.*

TERAPEUTA: *¿Y que casualidad, ¿no?, que al tiempo que los has visto mirar por sus vidas, tú también hayas... de alguna manera, decidido...*

ERNESTO: *Sí, bueno, quizás al principio no lo había pensado pero... no creo que haya sido una casualidad, sino, creo que siempre he estado observando lo que estaban haciendo, si yo veía que eso que están haciendo era normal, yo también empiezo a dudar, sobre mi forma de hacer las cosas, entonces, si eso es normal, y mi hermano siempre me ha demostrado que eso era normal, entonces es ahí cuando confundes todo, cuando no sabes si tienes que continuar con lo que estabas haciendo, o tienes que pensar de otra manera.*

#### 4. ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA OBSESIVA

Siguiendo el planteamiento que hace Manuel Villegas (2000) en su artículo “*Psicopatologías de la libertad: la obsesión o la constricción de la espontaneidad*”, publicado en esta misma Revista de Psicoterapia en el número 42-43, me gustaría proceder a un análisis detallado de la estructura obsesiva del sistema epistemológico de Ernesto. La transcripción de la sesión número doce nos servirá de guía para la realización de gran parte de este análisis. Esta sesión se inicia con la lectura por parte del paciente de la “tesis sobre obsesiones”, calificativo humorístico aplicado a la tarea de redactar sus rituales de forma precisa:

*«Hoy como cualquier otro día, antes de salir de casa, vigilo que las conexiones eléctricas estén libres y la entrada del gas cerrada. También hago lo mismo cuando salgo del despacho, con las conexiones de allí. Esto podría ser una reacción natural de prudencia y seguridad, pero se convierte en una obsesión cuando los controles de seguridad se realizan con una especie de ritual numérico. (...) Por ejemplo, tengo que mirar la llave del gas cerrada durante nueve segundos o tengo que tocar el interruptor de la luz, una vez apagado, mientras cuento mentalmente cuatro veces 4 de forma ordenada y consecutiva, es decir, contar del 1 hasta el 4, cuatro veces. Todo esto lo hago con la intención de evitar cualquier suceso negativo. Esta manera de actuar proporciona la seguridad que necesito para abandonar mi casa o el despacho sin temor a que*

*pase nada». (...) Otro comportamiento destacable se produce cuando rezo. El rezo se convierte en una fórmula mística para evitar la posibilidad de que se produzcan sucesos desagradables. Considero que el rezo es una expresión residual de las convicciones religiosas que fui interiorizando en mis años como alumno en un colegio religioso. Podría comentar otras situaciones similares en las que repito fórmulas de conducta de carácter místico, pero todas se basarían en lo mismo, en una conducta insegura que no sabe si hay algo más en este mundo que lo que percibimos por los sentidos. Por eso, al no conocer si existe algo ajeno a nosotros que pueda determinar nuestro destino, intento cubrir todas las posibilidades para que no suceda nada que pueda dañar tanto a mi familia como a mí.”*

En este fragmento aparecen condensados la mayoría de los elementos que caracterizan el cuadro obsesivo de Ernesto, como son:

- Las conductas de comprobación (cerrar el gas, comprobar la electricidad, etc.)
- La egodistonia de los rituales (“se convierte en una obsesión cuando...”).
- Los rituales de comprobación y protección basados en fórmulas numéricas.
- La finalidad protectora de la *integridad propia y ajena*, bajo la que se presenta la obsesión: (“evitar cualquier suceso negativo” “que no suceda nada que pueda dañar tanto a mi familia como a mí”)
- El significado de los rituales (proporcionar seguridad y calmar el sentimiento de culpa)
- Los contextos en que aparecen los rituales (en su casa y en el despacho)
- Los rituales preventivos basados en el rezo.
- La necesidad de control de lo no controlable.
- El intento de revestir de racionalidad el pensamiento mágico: (“*Por eso, al no conocer si existe algo ajeno a nosotros que pueda determinar nuestro destino, intento cubrir todas las posibilidades...*”).

#### **4.1. Modalidades fenomenológicas de la obsesión**

De las siete modalidades fenomenológicas que puede tomar la obsesión, de acuerdo con la descripción de Villegas (2000), a saber la preocupación por :

- **La certeza** (*la búsqueda de la verdad y la certeza como criterios epistemológicos*)
- **La pureza** (*la obsesión por la limpieza y la higiene*)
- **La castidad** (*la obsesión por evitar los actos sexualmente inmorales*)
- **La justicia** (*la rectitud moral: la legalidad, la normatividad, la culpa y el pecado*)
- **El orden** (*el orden, la perfección, la exactitud, la puntualidad*)
- **La religiosidad** (*el cumplimiento religioso y de los rituales: dudas de fe,*

*impulsos blasfemos)*

en el caso de Ernesto destaca la preocupación por

- **La integridad propia y ajena:** *(la preocupación por cualquier riesgo físico o moral, o desgracia que le pueda afectar a él y a los suyos o de los que pueda ser causada a terceros por acción u omisión)*. El miedo a que algún mal pueda afectar a su familia o a él mismo constituye la principal fuente de preocupación de Ernesto: *“evitar cualquier suceso negativo”, “que no suceda nada que pueda dañar tanto a mi familia como a mí”*.

La amenaza a la integridad, propia o ajena, sea en forma de enfermedad o de percance físico o psíquico constituye, pues, su máxima preocupación. De ahí que toda su energía vaya dirigida a evitar cualquier forma de daño o accidente a terceros por acción u omisión. Para ello realiza toda una serie de conductas de comprobación y de rituales preventivos que le dan la seguridad de que, por su culpa, no va a sucederles nada malo a los suyos. Se trata de una *obsesión preventiva*, dirigida a someter a control aquellas situaciones donde se pudiera producir el daño temido. Son particularmente proclives a desarrollar esta modalidad obsesiva personas que llevan a cabo ocupaciones sanitarias, o que tienen a su cargo el cuidado de niños, **ancianos o enfermos**. En otras ocasiones el miedo a causar daño a terceros se presenta revestido bajo formas de evitación de accidentes, o de protección contra posibles impulsos asesinos.

#### **4.2. Los componentes estructurales de la obsesión**

Las tres columnas sobre las que se sostiene el trípode de la obsesión son: la duda, la desconfianza y la culpa. La primera hace referencia a la naturaleza cognitiva de la obsesión, la segunda a su índole emocional y la tercera a su condición moral. Todas ellas están íntimamente ligadas.

- **La duda**

La duda es un componente esencial de toda obsesión, y reaparece en todas sus modalidades. Ciertamente, haciendo una lectura de las primeras transcripciones de este caso se puede observar cómo esta duda impregna todo el discurso del paciente, lo cual queda incluso reflejado por las coletillas que utiliza de manera reiterativa (“creo que”, “no sé”, “o sea”, “me refiero”, “digamos”...). Esta modalidad dubitativa se pone de manifiesto ya desde la primera sesión; ante cualquier cuestión planteaba múltiples argumentos, muchas veces contrapuestos, y entrelazados por conectores que expresaban duda, de tal manera que se hacía muy difícil saber con claridad qué era lo que quería expresar o lo que él pensaba o sentía ante una determinada situación. Igualmente en la pasación de algunos tests, particularmente de la rejilla de Kelly, se mostró sumamente escrupuloso, manifestando la necesidad de hacerlo todo correctamente, como forma de evitar el error: *“yo lo hago como usted me diga”* *“quiero ser lo más preciso posible”*

La duda, como componente cognitivo, hace referencia al intento obsesivo de considerar simultáneamente todas las alternativas posibles ante cualquier cuestión, y la tarea consecuente de explorar y descartar cada una de ellas. Este balance interminable, fruto del miedo a ser engañado o a equivocarse, le limita para de forma notable para tomar decisiones. Ernesto describe con claridad cómo se manifiesta esta duda metódica en el siguiente fragmento a la vez que afirma compartir este rasgo con su padre.

*ERNESTO: No, porque él por lo que ha comentado ha tenido reacciones muy parecidas a mí, cuando..., o sea.. mi padre desde muy pequeño, prácticamente ha vivido solo, por problemas con su familia.., bueno también es mi familia, digo su familia porque lo veo un poco más alejado, por las cosas que han pasado, no la veo como tal, ¿no? pero me refiero que ha pasado muchas situaciones y muy temprano, de muy pequeño, entonces creo que al no tener a los padres que le estén apoyando y que le estén diciendo..., ha tardado mucho más en madurar, o sea... ha madurado en otros aspectos, como yo, me refiero a la parte racional, pero **es muy inmaduro en aspectos emocionales**, eso es lo que me ha llamado la atención, la relación que me veo con él, ¿no? que **hay cosas que le afectan mucho, le da muchas vueltas, y... que son tonterías, y a lo mejor problemas más grandes, graves, no le da mucha importancia**, la solución viene sola, prácticamente, no... cosa que a lo mejor pasa al revés en cualquier familia normal, ¿no?, donde los problemas grandes son los que más preocupan y a los pequeños no se les dan vueltas, pero eso pasa porque normalmente cuando hay problemas graves y vemos que hay posible solución, nos volcamos y entonces intentamos solucionarlos..., y **no hay esa angustia, en cambio, como cada día hay problemas pequeñitos lo que haces con los grandes, los trasladas a los pequeñitos o, los enfatizas más, pues acabas agobiándote, acabas mal, porque no puedes dormir, no puedes hacer a lo mejor otras cosas que te favorecen** (...) ahora hay aspectos en que todavía se le ve, esa inmadurez sentimental por ejemplo, **preocuparse de muchas cosas que no tienen importancia.***

*TERAPEUTA: ¿Eso también te pasa a ti?*

*ERNESTO: Es que me pasa ahora, por ejemplo ahora he llegado aquí y ya estaba pensando qué tenía que hacer después con un problema que tengo allí, en la universidad..., que es una tontería... que es hacer unas fotocopias de un papel, pero ya estás pendiente, que a lo mejor cierran las máquinas de hacer fotocopia y todo esto... una tontería que te hace pensar, pues problemas tontos como éste y a lo mejor tienes un problema grave le das la misma importancia que los pequeños, o... menos porque los problemas grandes, los ves tan grandes que a lo mejor... la solución, sí ves solución, no..., no sé, no sé como explicarlo..*

*Lo que, prácticamente, lo que quiero decir es que los problemas grandes no superan a... o no son superiores a los pequeños, eso quiero decir. (...)*

Del final de la primera sesión, cuando Ernesto plantea el deseo de no repetir su forma de actuar al empezar el nuevo curso universitario, me gustaría destacar sus últimas palabras como reflejo de la duda llevada al extremo. Quiere cambiar, llegar a ser como él es realmente, pero no sabe ni cómo es ni cómo debe ser, para acabar diciendo que no tiene ni idea. Finalmente se plantea cambiar en la dirección en que “personas con criterio” le dicen que debe cambiar.

TERAPEUTA: *¿Tú crees que pasaría si no le pones un remedio?, o sea, si no... trabajas un poco todo esto y tal, ¿crees que tu tendencia te llevaría otra vez a...?*

ERNESTO: *Es que... no lo sé, puede ser que sí, seguramente sí... porque hay... supongo que hay gente que no sabe cómo soy, por eso mucha gente que a lo mejor todavía, seguro, tiende... no tiene otra imagen que la que ha tenido siempre, a lo mejor me arrastran también a seguir de alguna forma... como era antes, claro lo que me va a costar va a ser eso, intentar ser como soy, o sea, como debo serlo o... como creo que debo serlo, a lo mejor es que tengo que ser así, no lo sé, no tengo ni idea..., no sé (...)* **No sé cómo debo ser con la gente, de cómo debo comportarme, las reglas éticas de cada persona creo que las conservo, no sé, respeto por las personas o respetar la mínima ética (...)** Si... pero igualmente lo intento enfocar de una forma racional, de la forma más racional que puedo, **pero yo reconozco que en este aspecto no..., no encuentro racionalidad suficiente, porque también se necesitan conceptos como la vida y la muerte y son conceptos que yo no domino, que he apartado de la racionalidad porque hay cosas que no puedo racionalizar que, es, la vida después de la muerte, o...**

En los contextos en que hay unos resultados evidentes y objetivos no aparece esta confusión respecto a sí mismo, ya que ésta evidencia actúa de freno de su necesidad de aparentar ser otra persona y resuelve las dudas.

ERNESTO: *Sí, yo creo que... con... mi carrera no... sabiendo que los resultados eran empíricos, o sea, eran... de hecho, o sea que en eso no me podía engañar, porque sé que al final, al final hay resultados y sé que... si no lo hago bien ahí queda, ¿no? Ahí queda patentado, en un papel escrito, y en el... trabajo igual, si no funciona se nota enseguida porque se empiezan a quejar, o sea, eso se ve, en cambio lo otro, los sentimientos, si lo utilizas..., o sea, no hay un control ahí, no hay un control exterior por terceras personas en que te vayan a evaluar, porque nadie te hace un examen, como ahora, sobre... tu forma de ser. **Sí, a lo mejor si... yo tuviese exámenes de mi forma de ser, pues iban a saber los resultados, o sea, sabiendo yo que iban a saber o saber yo como soy, pues a lo mejor actuaría de diferente forma. Al saber que puedo engañarme, porque al final habrá un resultado***

*y se sabrá cómo soy, pues... lo mejor es eso, no engañarse, porque tarde o temprano te vas dando cuenta que no es así. En cambio, en la parte de sentimientos ellos no pueden saber nunca... si no se meten dentro de mí, nunca podrán saber cuál es mi forma de ser. Entonces, si yo manipulo mi forma de actuar, para conseguir objetivos, y sé que esos objetivos se van a cumplir porque las otras personas no tienen la posibilidad de conocerme, entonces... sé que ahí no hay ningún control, ningún... digamos resultado.*

#### • La desconfianza

El obsesivo desconfía por sistema de sí mismo y de los demás. De sí mismo porque no puede estar seguro de acertar en sus decisiones, y de los demás porque pueden engañarle. Pero sobre todo duda de sí mismo, de sus propias capacidades, no tanto intelectuales, sino personales. No se fía de su criterio porque considera que es falible, no se fía de sus intuiciones que siente borrosas, no se fía de su voluntad que nota inconstante, no se fía de sus emociones que percibe volubles, no se fía ni de sus propias sensaciones y percepciones... Por eso busca la certeza absoluta donde agarrarse. Para sus decisiones cotidianas también necesita la seguridad de algún referente externo: signos mágicos, combinaciones de números, palabras o letras, o alguna figura de autoridad, como el propio terapeuta. Ya en la primera sesión se puede entrever la forma que toma esta desconfianza, llegando a poner en tela de juicio la percepción de la realidad, necesitando buscar seguridad en un criterio ajeno.

ERNESTO: *He estado pensando... pero... ¿eso era así o no era así?* [T: Ya], *empiezas a pensar hacia atrás y empiezas a dudar si... o sea, que me ha costado, he intentado hacer una especie de... de retrospectiva de lo que me ha pasado, intentar analizar un poco las cosas, viendo si eran reales, o no... y aun así, hay cosas que me ha costado, o sea, a ver, o sea, me he tenido que informar o he tenido que ir a la facultad a ver alguna cosa, a ver si era así o no era así.*

TERAPEUTA: *Llega un momento en que no sabes... Hay un momento, que ya no tienes claro si es real o no.*

De ahí el recurso a los libros como fuente de autoridad:

ERNESTO: *para mí sí, me siento pues, ya de siempre me he sentido muy inseguro, o sea, no es una cosa de ahora, ahora me siento inseguro ¿no? Pero es que... desde siempre me he sentido muy inseguro sobre cualquier cosa..., ¿no?. Necesitaba leer muchos... muchos libros, muchos manuales para cualquier situación, o sea, para hacer cualquier cosa... o sea, necesitaba controlar la situación en cualquier momento, si no, no tenía seguridad. Para mí por ejemplo salir... no sé, enfrentarme a una persona o cualquier cosa pues... es una barrera, o sea es una dificultad. (...) Yo lo*

*que siempre he querido es quitarme todos los miedos a base de comprender las cosas, o sea, cuando tenía un miedo lo que quería es informarme sobre eso y hasta que no me quitase el miedo de encima, no quería..., o sea no quería... no podía dejar de pensar sobre eso... o sea le doy muchas vueltas a las cosas... incluso tonterías, o sea, a cualquier tontería le empiezo a dar vueltas*

### • La culpa

El tercer elemento que sustenta el trípode de la obsesión pertenece al dominio moral y constituye la gran amenaza que mantiene en vilo al obsesivo, el sentimiento de culpabilidad. Gran parte de sus esfuerzos van dirigidos a protegerse de alguna culpa. Para sentirse culpable de alguna cosa es preciso tener alguna posibilidad de control sobre ella, aunque sea potencial (aquello que habría podido hacer y no hizo).

ERNESTO: *¿Qué sentía? a ver, pues... no es que sintiese que iba a pasar algo, pero... creía que podía pasar. Era más bien como una prevención, o sea... como con el interruptor, que... siempre tengo miedo nada más salir de casa y... ¿y si prende fuego por alguna cosa? no sé, tonterías de estas que... como lo del gas. Por no haber visto ese día... no haber controlado la llave del gas, pasa algo y te lamentas de no haberlo... no haberlo observado antes. Son cosas, bueno, cosas como estas, ¿no?*

El obsesivo no se siente culpable solamente por lo que ha hecho (comisión) sino por lo que debería haber podido hacer para evitar un daño “Se debería haber pensado que hubiera podido suceder y por tanto prevenir algo” (pecado de omisión)..

TERAPEUTA: *Vale, y por ejemplo en casa, ¿qué miedo es el que tienes antes de salir?... ¿Qué crees que puede pasar si no haces esto?*

ERNESTO: *Pues, que haya una fuga de gas... por no haberlo controlado, por no haber cerrado* [T: *aja, y ¿qué implicaría eso?*] *pues... pues... si hay alguien en casa, que se muera esa persona que tienes en casa..., que pase algo, o sea... el miedo es que pase algo.*

TERAPEUTA: *Vale, ¿y en el despacho?*

ERNESTO: *Pues, es lo mismo, no... no es que proteja a nadie, pero si que haya algún incendio, alguna cosa y... que... pase algo en la facultad... tan sólo por culpa mía, por no haber controlado algo. (...) A ver, uno es por el hecho en sí, que se queme todo lo que... tengamos ahí dentro, todo lo que hemos conseguido, todo lo que hemos ido avanzando..., todo el papeleo que hay ahí metido... pero por otra parte, el miedo que te responsabilicen de lo que has hecho* [T: *vale*], *tan sólo porque... nunca me ha gustado no responsabilizarme de las cosas, sé que si pasa algo voy a tener que responsabilizarme, entonces tengo miedo a que pase, porque en el momento que pase tendrás que responsabilizarte (...)*

El obsesivo evita la culpa con todos los recursos que tiene a su alcance: rituales preventivos, conductas de control y tratando de ser perfecto en todo lo que hace, piensa o siente. Pero, ¿qué pasa cuando, a pesar de todos los esfuerzos, ésta no ha podido evitarse y el paciente se siente responsable de cometer un daño a terceros? ¿Cómo se maneja el obsesivo ante este sentimiento tan invalidante? Analizada ahora desde cierta perspectiva y conocimiento del caso, podría decirse que **la culpa** pudo también estar en juego a la hora de plantearse pedir ayuda. La conciencia de poder dañar a sus amigas, en el caso de Ernesto, desencadenó la puesta en marcha de **un acto reparador** doble.

- Reconocer y pedir perdón a sus amigas por el daño que les pudiera haber infringido.
- Confesó a sus padres que les estaba engañando al hacerles creer que era tan perfecto.

*ERNESTO: O sea, quise que mis padres vieran cómo era la situación, y les junté, o sea junté a la chica y a la amiga y a mis padres, porque **son los que he perjudicado...** Lo hacía concretamente para que vieses que me importaban esas personas, o sea, que al traer a mis padres allí y presentarlos y decir lo que me pasaba delante de ellas, quería representar de alguna forma que vieses que esas personas me importan, por mucho que haya hecho esas cosas...*

En general, para el obsesivo no existe la reparación ni el perdón, porque esto supone comprender los propios sentimientos y motivaciones. No hay posibilidad de perdón, sólo castigo (se aplica la ley sin misericordia). Por eso, el hecho de que él reaccionara ante la culpa con un acto de reparación abre una brecha en esta regla y abre la posibilidad del perdón, cosa que queda reflejada en la subsecuente disminución de su ansiedad tras el acto reparador. De otra manera habría desarrollado más rituales, mientras que en realidad se observa lo contrario, es decir, que después de la confesión se reduce el nivel de ansiedad y no aumentan los rituales.

Ante una situación como ésta, una persona con un nivel de desarrollo moral autónomo hubiera respondido a sus amigas de otra manera, justificando su comportamiento en base a sus propios sentimientos, criterios y motivaciones. Pero el obsesivo no toma estos aspectos como guía de su comportamiento, sino que se rige por unas normas externas (heterónomas), inamovibles y más fiables a sus ojos que su propio criterio. El mismo sentido tienen las cárceles de las que nos habla Ernesto. Una vez promete algo se ve obligado a cumplirlo para evitar sentirse culpable por engañar o dañar a esa persona.

### **5.3. Los mecanismos de control**

Para evitar el sufrimiento que provoca la duda, la desconfianza y la culpabilidad el obsesivo intenta someter a un riguroso control todos sus actos, pensamientos y deseos, de una manera racional o mágica, para “tapar con ello las rendijas por

donde se infiltran en la barca de su existencia” estos tres componentes obsesivos. Los sistemas de control que utiliza el obsesivo tanto de su propio funcionamiento interno como de los acontecimientos externos que dependen del azar son: las rumiaciones, las conductas de comprobación y/o los rituales mágicos.

- **Las rumiaciones:**

El paciente intenta controlar conscientemente cada uno de sus pensamientos, de sus deseos, de sus acciones. Es un debate interno considerando los pros y los contras de su acción, que no tiene resolución porque el miedo a la equivocación paraliza la decisión tal como ha quedado explícitamente referido en la transcripción de los fragmentos, utilizados anteriormente para ejemplificar el componente esencial de la duda.

*ERNESTO: Pues... pienso demasiado las cosas. Esto me lo han dicho muchas veces, antes de decir cualquier cosa... incluso ahora, pienso que antes de responder hay una pausa que hago... y empiezo a darle vueltas para que sea, lo más preciso posible todo, o sea..., intento utilizar las palabras adecuadas en cada momento, y las situaciones... no soy espontáneo. Intento actuar en muchas veces como un robot y quizás... es la parte que me gustaría cambiar. (...) Sí, pienso demasiado las cosas... lo que pasa es que... no sé si eso es bueno o malo, no sé si eso favorece o no, yo creo que en muchos momentos es adecuado pensar antes las cosas, lo que pasa es que yo a lo mejor lo llevo al extremo, lo de pensar antes las cosas y no actuar, o... no tener pasión por las cosas que se dicen... también, creo que soy bastante metódico en los sentimientos..., como si fuese una especie de formula matemática, (...) y no sé..., creo... no... que... lo que tengo que encontrar es eso, de... crearme que los sentimientos son reacciones químicas... o que no son, o no lo sé, a lo mejor lo son, reacciones química..., no lo sé, yo no soy médico, ¿no? pero... lo veo un poco así, eso que me dicen que los sentimientos... el amor... y todo eso, yo siempre lo he visto como una causa-efecto y siempre he intentado buscar la explicación, aunque muchas veces es inconsciente y eso aflora, y no le das vueltas..., no como a mí, ¿no?*

Hemos comentado que la finalidad de la duda es prevenir la comisión de cualquier error. Pero ¿porqué el error puede llegar a tener un peso equivalente al de la culpa? El obsesivo admite que puede equivocarse, pero le asusta fallar en el conocimiento de la verdad. El obsesivo puede mentir, disimular, ocultar la verdad como cualquier persona; puede engañar, pero no tolera ser engañado. Ernesto, en efecto, reconoce en su comportamiento una actitud de engaño intencionado, incluso de manipulación para mostrarse ante los demás de la manera deseada para conseguir un beneficio, a saber, el reconocimiento y aprobación del otro, sin que esto le haya supuesto grandes problemas hasta el momento, incluso dice que lo veía normal.

El problema no es pues mentir, sino caer en el engaño, porque ello supone para el obsesivo un fallo en sus capacidades cognoscitivas o sensitivas que debería evitarse. Por tanto, caer en el engaño supone haber llegado a una conclusión errónea, tomar una decisión o elección equivocada, implica un fallo cognoscitivo propio del que uno es responsable por no haber estado suficientemente atento o no haber sabido distinguir adecuadamente. El fallo lleva a la conciencia de no poder fiarse del propio juicio, por eso, se dedica a “escanear” sus conocimientos antes de hablar de cualquier tema, y a someter a análisis cada una de sus decisiones, con la intención de estar seguro de no equivocarse.

ERNESTO: *una de las cosas es... quizá intentar... evitar engañarme* [T: *ah, ah. intentar evitar engañarte*] *Eso, intentar evitar engañarme. Me refiero, antes era quizá... más irreflexivo de lo que soy ahora... Me refiero... tenía algo... a lo mejor tenía bastante prejuicio o... tenía las cosas bastante predeterminadas ya. (...) Entonces... ahora soy..., bueno quizá nuestro menos... conocimientos, ¿no? Pero a lo mejor es porque intento hablar sobre las cosas que sé, o sea, intento ser más reflexivo, analizar un poco más las cosas. Aunque antes me presentase como alguien reflexivo, y la gente... me lo dice, ¿no?, pero a lo mejor, para convencer metía cosas de las que no tenía seguridad, o sea, hablaba sobre cosas que... sofismas, vaya, cosas que parecen lógicas pero no están probadas*

TERAPEUTA: *Ya, ahora hablas sólo de lo que sabes*

ERNESTO: *Exacto, sí. En vez de hablar sobre sofismas, sobre especulaciones, que no tienen una base real, pues coger esa base real y crear una lógica, a partir de esa base real. O sea, que no caiga en contradicciones, que a veces caía antes, ¿no? y es ahí donde... comienza mi falta de seguridad o... termina (...) Y... es eso. A lo mejor era más lógico... o sea tenía una forma de pensar muy lógica, pero a lo mejor no era la correcta.*

Ante esta amenaza de errar, y por tanto de caer en una invalidación criteriológica, el obsesivo se protege acogiéndose a criterios exteriores que considera más fiables que los suyos: la verdad, la pureza, justicia, perfección, orden, integridad, divinidad. En este sentido, para poder fiarse de su criterio Ernesto necesita sentirse seguro, y esta seguridad sólo la encuentra en el conocimiento. Esta búsqueda de valores absolutos a través de pruebas de evidencia y de sumisión a los criterios de autoridad constituye el proceso de adquisición de conocimiento del obsesivo. No acepta que el conocimiento humano es, por naturaleza incompleto y provisional, sin que eso lleve al cuestionamiento de la validez del propio criterio.

ERNESTO: *Una de las cosas que siempre me ha hecho sentir bien, ha sido leer. Siempre que leo un libro y tengo... conocimientos más que antes, noto que... he evolucionado en algún aspecto, pienso... no sé, que me produce una sensación muy positiva, como sensación de que tengo algo que los demás no tienen (...) Me da seguridad... yo diría... en todo. O sea,*

en todo y en nada. (...) Entonces cuando yo leo el libro, y veo que lo que estoy leyendo es asimilable, me refiero, lo asimilo, y eso se corresponde con la realidad, y que... eso me vale de algo, pues te sientes mejor, te sientes **un poco más seguro**.

TERAPEUTA: *O sea que el criterio que te sirve para darte seguridad es el conocimiento.*

ERNESTO: *Sí, lo que pasa es que eso no sirve para las personas, me refiero, es como si fuese totalmente o... más fácil... enfrentarme a los objetos, o sea al mundo, digámoslo así, que enfrentarme a una persona, porque es intentar a lo mejor conocer... cómo es aquella persona, ¿eh?... o sea, saber lo que quiere decir con eso, saber lo que piensa, lo que siente... entonces eso me ha dado siempre un poco de... no sé... miedo... o...*

TERAPEUTA: *Claro, y eso no está escrito...*

ERNESTO: *Claro, no está escrito, o sea, no hay unas normas para que me digan cómo funciona, y por eso siempre a la hora de enfrentarme a... pues... sobre todo a... un diálogo... a lo mejor la gente es natural hablando y lo que piensa, no sé... lo que piensa lo dice y... tiene más recursos para enfrentarse a otra persona, pero yo siempre estoy pensando en muchas cosas, me refiero, **no tengo una idea muy clara y entonces tengo muchas dudas de muchas cosas** y entonces cuando hablo de alguna cosa digo “pero...” y también hay otras cosas, y ahí quieras o no **el diálogo lo domina la otra persona porque el otro tiene una idea fija**, y yo tengo varias, pero que siempre deja como puntos suspensivos, no define mucho las cosas, o sea no las coge de... no sé cuál es ...el sentimiento, digámoslo así*

TERAPEUTA: *Con las personas te cuesta más porque no tienes unas pautas estables de comportamiento, que todo el mundo se rige por ellas y que tu puedas predecir, ¿no?*

ERNESTO: *Sí, o que..., bueno y que **no tengo yo criterios... estables o ideas fijas para poder... digamos mantenerme ante esa persona (...)** Me refiero que si ellos siempre me argumentan ¿eh?... los hechos, y creo que... su argumentación es lógica, pero es contradictoria a la mía, pues muchas veces..., **pues lo que hago es asimilar la suya, o sea, les doy la razón, me refiero que... que es fácil convencerme....** Si creo que su forma de pensar es lógica.*

TERAPEUTA: *¿Pero la tuya también lo es?*

ERNESTO: *La mía... sí, pero **te hacen dudar**. O sea, me refiero, porque a veces cuando hablas de alguna cosa te sacan cosas que a lo mejor tú no sabías, a lo mejor lo que otra persona no valora tú también lo estás pensando, no sé, es... es quizás algo más complejo que eso, pero, no sé.*

La necesidad de basarse en criterios externos para todo constituye una auténtica alienación psicológica; implica la anulación de cualquier tipo de espon-

taneidad ya que todo debe ser pensado mil veces. El obsesivo utiliza el pensamiento hasta tal punto que se convierte en sinónimo de sentir. El obsesivo utiliza de forma automática el pensamiento para someter a examen cada uno de sus pensamientos, para evaluar si están bien pensados. En consecuencia, **la inhibición de la espontaneidad es total**. De este modo el pensamiento actúa de freno al impulso inicial, anulando totalmente tanto la espontaneidad de las reacciones como de las decisiones. Incluso la elección de la carrera de Derecho por parte de Ernesto parece obedecer a este criterio: la búsqueda de seguridad en las normas externas:

ERNESTO: *Pues... no sé, no tener seguridad... ¿eh?... yo se que eso es lo que... mira, a lo mejor es... que es lo que me motiva, ¿no?, a hacer las cosas. O sea es una motivación también, es como un objetivo, ¿no?, intentar controlar todo. Y lo abarca todo, ¿no?, es mi problema que tenía siempre, no me gusta centrarme en una cosa. Es el problema que tenía yo por ejemplo para escoger una carrera. Podía hacer tanto ciencias como letras, pero no sabía cuál era la mejor. Ojalá hubiera una sola carrera única, y que abarcase todo, pero bueno, tampoco me podría especializar en una cosa porque no tengo años para tanto. Pero... siempre me ha gustado abarcarlo todo, y yo pensé que en Derecho era una... o sea, combina dos cosas el derecho, la parte que no se conoce, o sea la moral y la ética de la persona, que no se puede controlar de alguna forma... física, ¿no?, y la parte... controlable, la física, ¿no? O sea una combinación de las dos. Eso, de alguna forma la que pone el límite, el límite real a lo que es... debe de hacer una sociedad o no debe hacer, combinando las dos cosas, la moral y la física. Así es como yo lo veo. Cosa que a lo mejor la filosofía también lo hace pero no tiene la repercusión que tiene el derecho. O sea, la filosofía es actuar como hace un filósofo, o sea un filósofo actúa sobre esto y no se le toma tanta consideración como un abogado o un jurista. Un jurista sabes que si hablas con él te va a solucionar el problema, un filósofo a lo mejor te puede solucionar moralmente pero... si la ley prohíbe eso por mucho que hagas, vas a estar en la cárcel. A eso es a lo que me refiero, ¿no? Me refiero a que yo creo que escogí derecho porque era una carrera que me daba seguridad a la hora de enfrentarme a la vida. Creo que es uno de los motivos por los que la escogí.*

Ernesto sólo confía en su criterio cuando se basa en la certeza, en el conocimiento, y a fin de cuentas, en un criterio externo más fiable e inamovible que el suyo, por lo cual, para conseguir confianza en sí mismo y ser “independiente” de los demás, necesita “llenar sus huecos” con conocimientos. En contraposición, en el ámbito en que las cosas no están tan claras (no existe la certeza absoluta ni unas reglas universales), como es el ámbito social y emocional, se siente perdido y totalmente limitado. Esta falta de confianza en sí mismo hace que se enfrente a las relaciones sociales con gran inseguridad y sentimiento de estar en “inferioridad de

condiciones”, ya que los otros, aunque más ignorantes, sí confían en sí mismos y denotan seguridad. Por eso Ernesto dice que “siempre le convencen”.

ERNESTO: *Es que intento pensar en todas las situaciones una a una y no sé..., es que hay cosas en que tengo criterio, y hay otras que no..., es que depende. Lo que sí es **que si el tema lo domino tengo un criterio a lo mejor más... fuerte que si no tuviese información sobre eso. Normalmente no tengo criterio por falta de información, normalmente es a causa de eso, e intento basar mi criterio en cosas que tengo asimiladas, poca información sobre el tema, y a lo mejor la otra persona también tiene poca información sobre el tema pero te convence, a lo mejor parece que tiene una seguridad que tú no tienes a la hora de decir eso. La información es lo que da seguridad.***

TERAPEUTA: *Sí, bueno, hay ocasiones en que tener información es algo importante, para poder hablar, ¿no?... Pero a lo mejor en el caso de tu padre y de tu hermano, en el cual son dos puntos de vista de un mismo problema, donde ahí la información tampoco...*

ERNESTO: *Claro ahí es **que ahí es diferente, son personas, o sea hay cosas que no se pueden valorar, hay muchas cosas que no tiene un valor, no es algo físico, no es algo que se pueda analizar, la forma de vivir de una persona no se puede catalogar con números.***

TERAPEUTA: *El problema viene cuando hablas de algo en lo que intervienen sentimientos o... puntos de vista...*

ERNESTO: *Claro, que tienen que ver, sobre todo, con la forma de vivir de cada uno... **Sí, sobre todo porque no hay nada escrito sobre eso, no hay una forma de vida determinada.***

La posibilidad de experimentar está anulada, porque el experimento podría salir mal. La desconfianza lleva al intento de control absoluto, pero produce el efecto paradójico de pérdida de control voluntario sobre las propias decisiones, dando origen a las conductas de comprobación y los rituales compulsivos.

#### • **Conductas de comprobación**

Cuando el control del pensamiento fracasa es posible intentar establecer estrategias de control en el nivel concreto u operativo. A este grupo pertenecen las conductas de comprobación. La finalidad de tales conductas es, en general, la de evitar la ocurrencia casual de alguna desgracia por omisión. En la transcripción de la sesión 12, comentada ya en parte anteriormente, puede leerse con todo detalle la diversidad de conductas de comprobación que realiza Ernesto para evitar “cualquier suceso negativo”. Estas se realizan actualmente en dos contextos: al salir de su casa o del despacho de la facultad. Como hemos comentado anteriormente, la finalidad de estas conductas es evitar la ocurrencia casual de alguna desgracia por omisión, y el sentimiento de culpa consecuente:

ERNESTO: *Antes de salir de casa, me reviso toda la casa, y empiezo a ver que en las conexiones no haya ningún papel, o sea, que no haya papeles, que no haya... alguna cosa que pueda producir algún cortocircuito y pueda quemar la casa [T: ah, ah]..., o que... voy al gas y lo primero que hago es controlar que la llave de acceso al horno esté cerrada, y luego aunque la llave de acceso al horno esté cerrada, cerrar las normales, o sea, la de los fogones; ver que las conexiones de la televisión están correctas, que no estén quemadas..., hablar con mi abuela antes de salir y decirle que no abra a nadie, que todos tenemos llave, o sea hacerle comprender eso, que aunque toquen el timbre no abra a nadie, que tenemos llave, porque... hay un momento que no hay nadie en casa y tiene que venir la señora.(...) Luego es en el despacho de la facultad, cuando llego nada..., pero cuando salgo, lo mismo: desconecto todos los cables, el ordenador, la impresora, el móvil, la luz... todo, hasta que quede todo desconectado. Luego miro... bueno, una vez todo desconectado... luego, miro las conexiones de todo en el suelo, separo los cables, o sea..., que no haya ningún papel al lado de los cables, ni los cables en las conexiones eléctricas..., el interruptor general de la luz... cierro y cuento hasta 9... mentalmente, o sea..., todo esto mentalmente, nunca lo exteriorizo... Salgo... bueno, primero... me pongo al otro lado de la mesa, de frente, o sea..., si... como si estuvieses allí sentado, el interruptor... las conexiones de cables están abajo, en aquella esquina, por ejemplo, ¿no?... entonces me fijo 9 veces que estén, o sea..., parpadeo 9 veces, para que no haya ningún..., para acordarme que no haya ningún cable conectado, [T: para comprobar...] luego hay una luz, una lámpara, como ésta, pero tiene una fijación aquí, pero no tiene clavos, y entonces lo que hago es comprobar 4 veces 4, que esté bien cogida para que no se caiga, o sea... no, no y que más..., luego me voy para la puerta, cojo las llaves, ¡ah! sí... antes de salir, compruebo también los muebles... los archivadores que estén cerrados con llave... hago otra vez lo mismo... 4 veces 4 un archivador... luego salgo, cierro la puerta..., y... bueno tiene dos cerraduras, la de arriba, cuando cierro cuento hasta 28... y la de abajo, normalmente..., doy 9 vueltas al palo para comprobar que esté cerrado, y... de ahí ya está.*

- **Los rituales**

Ante el fracaso de los intentos de control racional (a través del razonamiento) o concreto (a través de la acción) muchos pacientes obsesivos recurren a los rituales mágicos de control. Estos rituales pretenden evitar la duda y la culpabilidad, puesto que depositan la confianza en controles externos: la suerte, la divinidad, etc.:

*«Por ejemplo, tengo que mirar la llave del gas cerrada durante nueve segundos o tengo que tocar el interruptor de la luz, una vez apagado,*

*mientras cuento mentalmente cuatro veces 4 de forma ordenada y consecutiva, es decir, contar del 1 hasta el 4, cuatro veces. **Todo esto lo hago con la intención de evitar cualquier suceso negativo. Esta manera de actuar proporciona la seguridad que necesito para abandonar mi casa o el despacho sin temor a que pase nada.** (...) Podría comentar otras situaciones similares en las que repito fórmulas de conducta de carácter místico, pero todas se basarían en lo mismo, en una conducta insegura que no sabe si hay algo más en este mundo que lo que percibimos por los sentidos. Por eso, al no conocer si existe algo ajeno a nosotros que pueda determinar nuestro destino, intento cubrir todas las posibilidades para que no suceda nada que pueda dañar a mi familia o a mí”.*

Esto se ve entremezclado con la creencia de que estos sucesos puedan estar controlados por seres superiores, lo cual, le lleva a desarrollar rituales de carácter religioso.

*“Podría comentar otras situaciones similares en las que repito fórmulas de conducta de carácter místico, pero todas se basarían en lo mismo, en una conducta insegura que no sabe si hay algo más en este mundo que lo que percibimos por los sentidos. Por eso, al no conocer si existe algo ajeno a nosotros que pueda determinar nuestro destino, intento cubrir todas las posibilidades para que no suceda nada que pueda dañar a mi familia ni a mí»*

El recurso a fuerzas externas superiores, en el caso de Ernesto, sirve **para protegerse fundamentalmente de un mal futuro (probabilístico**, ya que el paciente no puede estar seguro de que vaya a pasar, y sobre el que siente que carece de control).

TERAPEUTA: *Y... cuando hacías esto, por ejemplo lo de las farolas, o lo de pensar en esto... ¿cuál era la fórmula? O sea, era una fórmula que te garantizaba que no pasaba algo, ¿no?*

ERNESTO: *Sí, bueno, más que... garantizarme que no pasaba nada **era la seguridad de que no tendría que estar preocupado por eso.***

TERAPEUTA: *Vale, y ¿qué era eso que te preocupaba y que querías evitar con esa fórmula?*

ERNESTO: *Bueno, pues..., **no era nada determinado, era desde que... enfermásemos**, era algo como esto. O sea... no era otra cosa.*

TERAPEUTA: *Porque... ¿qué sentías que le podía... pasar a tu familia?*

ERNESTO: *¿Qué sentía? a ver, pues... **no es que sintiese que iba a pasar algo, pero... creía que podía pasar** [T: ah, ah]. **Era más bien como una prevención**, o sea... como con el interruptor, que... siempre tengo miedo nada más salir de casa y...¿y si prende fuego por alguna cosa? No sé, tonterías de estas que..... como lo del gas. Por no haber visto ese día... no haber controlado la llave del gas, pasa algo y te lamentas de no haberlo...*

*observado antes, ¿no?*

En un determinado momento de su vida, hacia los 9 ó 10 años se dio cuenta de que podían suceder desgracias por azar, como la muerte de sus abuelos, y es posible que esto le hiciera tomar conciencia de que hay cosas que no se pueden controlar. Dada su formación religiosa, empezó a plantearse si no habría un ser superior que “controlara el destino de las personas”. El caso es que, ante esta duda de fe, porque él se declara agnóstico, pensó que sería más “razonable” hacer toda una serie de rituales para protegerse, como son los rezos, la evitación de números diabólicos, etc.

**ERNESTO:** *Yo ya pensaba... o sea, que las cosas en parte son por suerte, es decir, que algunas cosas suceden por puro azar... Entonces como siempre... nos pasaban... cosas malas, o sea, veía que la situación era mala en casa y pasaban cosas malas y a lo mejor, por seguridad, ¿no? dices... yo no sé si hay algo más o no hay algo más, pero por si acaso hago esto.(...) Otro comportamiento destacable se produce cuando rezo. El rezo se convierte en una fórmula mística para evitar la posibilidad de que se produzcan sucesos desagradables. Considero que el rezo es una expresión residual de las convicciones religiosas que fui interiorizando en mis años como alumno en un colegio religioso. Pero creo que en realidad es una muestra exterior de mi inseguridad ante lo que no conozco y por lo tanto, que no controlo...*

**TERAPEUTA:** *Y ¿cómo eran esos rezos?*

**ERNESTO:** *Pues ahora no me acuerdo exactamente pero... se basaba en rezos. O sea, me refiero hacer ¿eh?... digamos... ¿eh?... al principio cuatro veces el Padre Nuestro, ¿no? y luego, otras fórmulas para pedir cosas, ¿no? y de... desear que no pase esto, pero siempre como una fórmula, sin pensar en lo que estaba diciendo. Entonces, poco a poco a lo mejor... al principio era más simple y luego quería... digamos cubrir... ¿eh?... riesgos de alguna forma como para poner parches, luego pedir esto, pedir lo otro, haré esta fórmula para que no pase esto, haré esto para que no pase lo otro... En caso de que no exista nada, pues da igual, no existe nada; pero claro, si existe algo y con esa persona no sabes si es o no es, o sea me refiero, si realmente existe esa parte negativa de... una vez muerto te vas a un sitio... negativo... o sea, si esa persona realmente controla el destino de las personas... como eso no lo sé, pues digo bueno, en caso de duda... pues lo hago...*

**ERNESTO:** *... Sobre todo.. no poder tener en mente nunca los tres seises seguidos..., eso ya lo comenté una vez... y... igual que el 36 tampoco lo puedo pensar, porque es una multiplicación del 6x6, que serían 36, tampoco lo puedo pensar...*

**TERAPEUTA:** *Parece todo como muy relacionado con Dios, el Diablo... ¿no? ¿El 66 también va un poco por ahí?*

ERNESTO: *Sí, es... sería un poco así, sí, la relación sería esa; pero claro, es algo... que me he creado yo, o sea, eso no es que... lo haya oído en alguna parte es una cosa que me he creado yo, lo del 6 sí..., reconozco que... a lo mejor de las películas, ¿no? y te lo acabas... creyendo, y luego lees libros bíblicos y aparece el número. y... bueno, acabas pensando, bueno, no sé como se mete que... lo acabas creyendo*

El obsesivo suele crearse un código particular de señales que le sirven para advertirle, prevenirle o protegerle de los posibles peligros, desde los gatos negros, las combinaciones de palabras o números, tocar determinados objetos, seguir un orden rígido e invariable en la ejecución de las tareas domésticas o el aseo personal, contar todos los semáforos que se cruzan antes de llegar al trabajo... etc.

ERNESTO: *Pues... pues... lo de la puerta. Vuelves a hacer... más o menos lo que hago con el gas... o sea... lo que te he puesto aquí, [se refiere al escrito de la "tesis"] lo de... **contar cuatro veces 4...**, o sea, contar mentalmente cuatro veces 4 [T: eso con lo del gas, ¿no?] eso con lo del gas pero también con lo de la puerta... **O contar hasta 28***

TERAPEUTA: *Ya, y...¿ la puerta la cierras sólo una vez o...?*

ERNESTO: *La cierro pero doy golpes para dentro para ver que está cerrada*

TERAPEUTA: *¿Cuentas también?*

ERNESTO: *A ver, en principio para lo de la puerta... depende del día, pero **puedo contar hasta... hasta 28***

TERAPEUTA: *Ah, ah, 1, 2, 3, 4?*

ERNESTO: *sí, o hago lo **de cuatro veces 4**.*

TERAPEUTA: *y los golpes para ver si está cerrada... ¿una vez, varias...?*

ERNESTO: *hasta nueve... a ver, es que depende del día.*

TERAPEUTA: *y.. **el 28... ¿por alguna cosa en especial?***

ERNESTO: *Sí. A ver, es... **digamos que pasa la frontera del 6, ¿no? o sea, me refiero, está entre el 6 y el 36, ¿no? Y es... 7 veces 4, o sea es multiplicar el 4 por un número más el 6..., digámoslo que supera al 6, y no llega a 36. Bueno, es un poco rebuscado pero... la idea es ésta.***

TERAPEUTA: *es multiplicar... [ERNESTO: 4 por 7, que serían 28]*

TERAPEUTA: *o sea, **un poco el ritual es... que no pase el 36...***

ERNESTO: *sí, que es 6x6. **Sí, porque esa es la combinación que no puedo usar. Y ya... la que no puedo hacer es... la de... 6x6x6, que no sé cuanto es, y que tampoco quiero saberlo.***

Para los obsesivos existen **objetos o términos “nefandos”**, que son actos u objetos que no pueden realizarse, mirarse, tocarse o adquirirse, o palabras que no pueden pronunciarse a causa de su implicación significativa. En este caso, se trataría de los números relacionados con el 6, como el 666 que según el Apocalipsis (13:18) es el número de la Bestia.

El pensamiento mágico pertenece al patrimonio humano y es una de las primeras formas de simbolización que desarrolló el hombre primitivo. Este tipo de pensamiento mágico se halla en el orden de todos los ritos religiosos. El hombre, ante lo imprevisible recurre al recurso de poderes superiores, lo cual responde a la necesidad de control de lo desconocido. Tales rituales están totalmente integrados en la cultura; entonces, ¿qué hace de los rituales obsesivos, si tienen los mismos criterios que los religiosos, que sean insensatos? Esta observación la utiliza Ernesto para “justificar” sus conductas, y darles un sentido de normalidad.

**ERNESTO:** *La gente a lo mejor... lo de... lo de la escalera, ¿no?, o... a lo mejor la gente que va todos los días por la mañana a misa... la gente mayor que va todos los días a las nueve... pues eso yo creo que eso es prácticamente lo mismo que hago yo.(...) A ver, tampoco quiero poner yo en duda la fe de las personas, a ver, cada uno... supongo que sí, la fe es... es algo que es o no es. O sea, no se puede quitar, o lo tienes, o lo sientes o no lo sientes...*

**TERAPEUTA:** *De alguna forma también ves un ritual, en lo que hace la gente*

**ERNESTO:** *En todo, por eso, lo que pasa que... cada uno... a ver, quizá lo de la fe es más bien.. lo que me han explicado siempre, ¿no?, una forma de vida; o sea, creen que... esa es la adecuada, ¿no?, y también creo que es por lo mismo, ¿no?, o sea el buscar la seguridad, o sea ver que... lo que está haciendo... tiene un fin, y no preocuparse más por lo que está haciendo... a ver, sé lo que quiero decir, pero no me salen bien las palabras...*

#### **5.4. El sentido de los mecanismos de control**

Como cualquier rito, los rituales obsesivos también nacieron en un contexto donde tenían un sentido o cumplían una función, cuestión que analizaremos en el apartado de psicogénesis de la estructura obsesiva, pero con el tiempo se han vuelto autónomos, han escapado al control de la conciencia, han dejado de ser actos intencionales para convertirse en automáticos.

**ERNESTO:** *A ver, lo llevo haciendo desde hace mucho tiempo, o sea, es... ya ni me acuerdo. Pero ahora lo controlo un poco más. O sea, me refiero, ahora lo sigo haciendo pero... el rezo que intento hacer ahora es... de unos... minutos, o un minuto como mucho. Pero antes irme a la cama era un sufrimiento, o sea irme a dormir, porque la fórmula esa..., o sea ya tenía memorizada esa fórmula, pero... a lo mejor tardaba... no sé cuánto pero alrededor a lo mejor de un cuarto de hora o veinte minutos en formularla, y si la hacía mal la volvía a repetir [T: ¿y cómo era la fórmula esa?]. Pues ahora no me acuerdo exactamente pero... se basaba en rezos. O sea, me refiero hacer digamos... ¿eh?... al principio cuatro veces el Padre Nuestro,*

*y luego, otras fórmulas para pedir cosas, y desear que no pasase nada, pero siempre como una fórmula, no pensando en lo que estaba diciendo.*

El obsesivo intenta evitar a todo coste dos fracasos esenciales, el error (mental) y la culpa (moral). Las rumiaciones están orientadas a prevenir el primero, y las conductas de comprobación y rituales, el segundo. La prevención del error es característica de los obsesivos puros, y la evitación de la culpa de los obsesivos compulsivos. A veces ambas modalidades se presentan claramente diferenciadas, otras se mezclan con mayor o menor protagonismo según el peso que error o culpa ocupen en el sistema de validación del sujeto. La invalidación de cualquiera de ellos sumiría al paciente en una profunda depresión, por lo cual los mecanismos de control compulsivos le protegen de un posible fracaso nuclear. Así pues, Ernesto se correspondería con un patrón obsesivo-compulsivo, quizá con un protagonismo superior de la culpa sobre el error, dada la predominancia de rituales frente a las obsesiones. El obsesivo puede distinguir entre diversos ámbitos de responsabilidad, pudiendo aparecer la sintomatología en unos y no en otros. Esto depende de cómo construya la responsabilidad en cada uno de ellos:

- **Perspectiva reversible:** cuando los fallos son considerados como errores que pueden corregirse o repararse, o incluso ser motivo de aprendizaje. En el caso de Ernesto, esto podría aplicarse al ámbito de sus estudios, en el cual no se exige perfección ni se castiga con la culpa.
- **Perspectiva irreversible:** En el ámbito personal o familiar los fallos son considerados como irreversibles, que no admiten perdón ni reparación posible, y que por tanto deben evitarse absolutamente. Además de la familia, vemos que Ernesto también considera el despacho como ámbito de su responsabilidad, dedicándose a evitar a toda costa cualquier acto que pueda implicar un daño “por su culpa”. En ambos contextos el daño temido es a causar un mal a terceros o a causar una desgracia por su negligencia (pecado de omisión). Otra situación donde también aparece el miedo a causar un daño irreversible es conduciendo el coche de su padre.

TERAPEUTA: *vale, o sea que en la facultad el peligro de que alguien pudiera... hacerse daño... por esta acción que a lo mejor no hubieras..., [ERNESTO: o sea, también me preocuparía pero que no porque... no hay gente..., no] vale, vale, entonces es más miedo a que paso algo por tu culpa y... entonces te responsabilicen ¿no?*

ERNESTO: *Y me pasa lo mismo... a hora que me acuerdo, con el coche de mi padre, que no quiero cogerlo... Sí... yo por mi cuenta no se lo quiero pedir porque ya es un riesgo conducir... pero es que no... tengo miedo a provocar algún accidente o... causar algún accidente o... hacer alguna cosa. Es que si dañas el coche... bueno... mira tiene solución, pero si dañas a una persona, no tiene solución, bueno, también es por el coche, ¿no?, o sea, me refiero, no voy a negar que también es por eso, porque yo*

*también pienso ostras... que si le estropeo el coche... [T: ¿y aquí hay algún ritual?] bueno, no es ritual, o sea más que un ritual, es que no quiero cogerlo por miedo a que pase algo.*

El miedo es a causar un daño irreversible, en este caso principalmente a otra persona por una acción propia, ante lo cual, se protege con el mecanismo de la evitación. En otros campos en los que la evitación no es posible, o que el control sobre el resultado no es directo, ha de desarrollar rituales de prevención, mientras que en este caso la evitación sustituye el ritual de prevención.

- **Perspectiva libre de responsabilidad:** en aquellos contextos en que el paciente no se sienta responsable no se manifestarán las obsesiones ni los rituales. A veces basta con que la responsabilidad esté compartida con otros familiares o delegada temporalmente, o resignada en personas de mayor autoridad, para que la sintomatología remita total o parcialmente, que es lo que sucedió en las vacaciones del verano pasado. Como hemos visto, Ernesto sólo se atribuye actualmente la responsabilidad ineludible en estos dos contextos básicos: su casa, y el despacho. No obstante, parece que con anterioridad el ámbito era más extenso.

TERAPEUTA: *vale, ahora mismo, serían estos dos aspectos, bueno estos dos entornos, ¿no?, en los que utilizas estas fórmulas, ¿en alguna otra cosa más utilizas... este tipo de fórmulas?*

ERNESTO: *Antes lo utilizaba en muchas cosas, pero ahora básicamente lo que queda es esto, o sea, digamos... de residuo, [T: vale; pero ¿tú crees que ha ido a menos?] sí, ahora mucho menos, o sea... no sé..., también hace poco y... y no...no... no ha sido anterior, ha sido... más bien cuando... he empezado a... venir aquí, o sea me refiero cuando me ha pasado todo esto y he empezado a venir..., a causa de esto..*

TERAPEUTA: *Vale... y... aparte de esto que es lo que necesitas hacer cada día para salir a la calle, ¿después, cuando sales de casa?*

ERNESTO: *¿Cuando salgo? Pues... normalmente ahora ya no hago nada, ya me lo he ido quitando eso de ir por la derecha pues ya no me fijo. Normalmente en la calle ya no me fijo en nada... Ahora no caigo, me parece que no. Luego es... en el despacho, cuando llego...*

- **Perspectiva justificada o excusada de responsabilidad:** cuando la situación es tal que se hace imposible la asunción de responsabilidad (p.e. un incendio o inundación donde la suciedad desborda la posibilidad de limpieza por medios habituales)

Por tanto, para que aparezcan los mecanismos de control han de darse dos premisas que en el caso de Ernesto se cumplen con creces:

- a) Atribución de responsabilidad ineludible.
- b) Percepción de posibilidad de control, ya sea mental, conductual o mágica.

## 5.5. La restricción de la espontaneidad.

Los estudios de Damasio (1994) con traumatizados neurológicos, entre otros, han subrayado el papel de las emociones como primer motor decisional y han puesto de manifiesto cómo una persona desconectada de sus emociones o que no utiliza la información emocional puede ser capaz de realizar sofisticadas operaciones mentales, a la vez que ser del todo incapaz de tomar una decisión elemental respecto a su propia vida relacional y afectiva. En cierta medida esto es lo que pasa con los pacientes obsesivos, aunque en este caso se podría decir que la mutilación de las vías aferentes del sistema límbico es de naturaleza educacional o evolutiva, más que fisiológica.

En condiciones naturales, los “*marcadores somáticos*” (conjunto de sensaciones que actúan como indicadores emocionales de connotaciones positivas o negativas, fruto de un proceso de aprendizaje sobre la base de un sistema de preferencias innato, intrínsecamente orientado a evitar el dolor y buscar el placer) contribuyen a hacer más rápido, eficiente y preciso el proceso de decisión, facilitando el desbloqueo de la balanza a favor de las opciones que “visceralmente” suponen una mayor ganancia. El placer y el dolor son dos intensos marcadores somáticos que sirven de reguladores o criterios internos de gran potencia, pero el obsesivo los tiene vetados. El obsesivo boicotea sistemáticamente sus marcadores somáticos placenteros con pensamientos obsesivos. Es como si el mensaje dominante fuera “no seas feliz”. El mecanismo psicológico subyacente a este fenómeno parece ser que se debe a que la experiencia de placer se vive como una amenaza de descontrol pulsional y motivo de transgresión de los deberes morales. Ernesto expresa en repetidas ocasiones que no sabe lo que le gusta, y en las últimas sesiones se puede apreciar cómo su intento de cambio va ahora precisamente dirigido a retomar el contacto con sus emociones y saber lo que le gusta.

ERNESTO: *pues..., lo que he dicho antes, los pros y contras. O sea, la seguridad la tengo en... en dejarme llevar por las cosas que me benefician, no ver cómo... o sea, no ver las cosas que me benefician como algo en contra, o algo... no sé, siguiendo la religión cristiana como algo pecaminoso. O sea, porque me digan que algo está mal... umh... no sé, un símil, sino dejarme... guiar por la vida. O sea, que la vida no es... digamos unos dogmas o... digamos... una norma, creada, o sea, no tiene una norma y todo el mundo tiene que seguir, sino que cada uno crea sus normas. Y quizá eso me cuesta más a mí, por eso hago Derecho, ¿no?, pero también me cuesta menos porque entiendo el tipo de gente que crea esas leyes pues te... te reafirma a ti mismo, ¿no?, de que... cualquier persona puede poner normas al resto de la gente.*

TERAPEUTA: *Ya. Y esto de... dejarte guiar por la vida... cómo... [ERNESTO: pues eso es lo que... llevo desde el primer día intentando] cómo... crees que te va saliendo, qué dificultades te encuentras, qué cosas crees... que*

*puedes hacer y pensabas que te iba a costar más...*

**ERNESTO:** *Pues... lo que me cuesta más ahora quizá es saber lo que me gusta. Una de las cosas [T: ah, ah] y otras es... el impedimento económico, ¿no? De que no todas las puedes hacer, de que tienes unas responsabilidades, pero... lo que me gustaría hacer es compatibilizar mis responsabilidades con las cosas que me gustaría hacer. Pero claro, primero tengo que saber qué es lo que me gusta. Y por ahora... ya tengo una, que es volver a... a leer.*

La construcción de un sistema criteriológico emocional se configura a través de un proceso de educación evolutivo, por el que el niño tiene la oportunidad de experimentar los diversos registros emocionales (alegría, tristeza, rabia, miedo...), aprendiendo a integrarlos y modularlos en virtud de sus efectos internos y externos. Pero la prohibición de experimentar los propios estados emocionales, o la inhibición de su expresión, o la anulación de su eficacia a través de la indiferencia o el rechazo pueden llevar a su extinción como patrón de referencia interna sobre el que basar las propias acciones y decisiones. En consecuencia, el sistema motivacional tiende a sustituir los criterios internos espontáneos de acción por normas externas de carácter ideal o de rigorismo moral y a ejercer un estricto control sobre las emociones en detrimento de la espontaneidad:

**TERAPEUTA:** *De alguna forma me das a entender que siempre que hablas de sentimientos es con intención de demostrar que los puedes controlar, o... para mostrarte mejor, ¿no? Y yo te pregunto, ¿qué supondría para ti no hacer eso, o sea, mostrar tus sentimientos simplemente por mostrarlos? ¿cómo te sentirías?*

**ERNESTO:** *Pues... creo que... no lo sé, porque si me estás preguntando cómo me siento sobre los sentimientos... o sea, el problema que tengo es que no sé cómo sentir, o no sé cómo se debe sentir, o no tengo esa espontaneidad para sentir, entonces no sé cómo responder, no...*

**TERAPEUTA:** *No sabes cómo se debe sentir*

**ERNESTO:** *Claro, no... a lo mejor es que ahora..., todavía estoy racionalizando todo, no... no sé... (...)*

**TERAPEUTA:** *Porque ¿crees que hay una manera en que se debe sentir?*

**ERNESTO:** *Sí, no, a ver..., hay momentos que sí, es como debes, sentir de esa forma. A ver, me refiero, yo creo que los sentimientos están, o sea, yo tengo sentimientos, pero otra cosa es que sean espontáneos, o que realmente sean tuyos, o que puedas exteriorizarlos. (T: ah, ah), quizá es más eso, ¿no? Darlos al exterior, o sea, dejarlos que salgan fuera. O sea, quizá los siento, pero en vez de... de expulsarlos, los analizo, y me los quedo para mí, quizá es eso..., no soy espontáneo. Lo que dudo es si realmente esos sentimientos son... porque sí, porque verdaderamente los siento o porque son provocados*

TERAPEUTA: *Ya, dudas de si son realmente sentimientos... como tal, espontáneos y... o te los provocas.*

ERNESTO: ***O, soy yo mismo que los provoco, me hago una idea de cómo deben de ser, y que... o busco la forma de provocarlos o...***

TERAPEUTA: *¿Crees que alguna vez has intentado provocar sentimientos concretos?*

ERNESTO: *Sí, sí, sí, por ejemplo, con la chica que utilicé el año pasado, con Adela, yo..., para salir con esa persona, no me valía utilizar, necesitaba sentir que esa persona me importaba. Sí que me importaba porque era mi amiga, pero... que sintiera algo profundo por ella, lo intentaba provocar, lo intenté, enfocando por ejemplo, sentimientos que tuviera por otras personas; y eso para mi punto de vista, es más bien una técnica, una fórmula matemática, más que otra cosa, o sea..., coger cosas de un sitio y de otro, para provocar producir otra cosa. Por ejemplo con la persona... con Gracia, pues intentaba...*

TERAPEUTA: *¿Y los sentimientos que tienes o tenías hacía Gracia crees que también...?*

ERNESTO: *Creo que sí. Yo creo que no eran pasionales digamos, **no eran espontáneos, era más bien... provocados para conseguir algo, para hacerme sentir bien a mí, como... si todo fuese un... un objetivo, como si todo tuviese un fin... más que... ver todo como medios, lo veo todo como fines.***

TERAPEUTA: *Ya..., ¿piensas, incluso que los sentimientos que tenías hacía ella podían deberse al deseo de conseguirla como una meta? Entonces eso... te despierta sentimientos o te provoca sentimientos, ¿no? Y, podrías pensar ahora mismo en algún sentimiento, o algo parecido a un sentimiento, que tú consideres que tienes o has tenido de forma natural, que no dudes que haya sido provocado... o que...?*

ERNESTO: *No, sí que creo que tengo, hay muchas cosas que me emocionan muy fácilmente, **me controlo a mí mismo, porque no me gusta exteriorizarlo, si lo exteriorizo me hace sentir... como débil;** entonces sentimientos que hayan sido espontáneos, que me hayan provocado alguna emoción... sí, por ejemplo, con la gente que es feliz con menos medios, pues me emociona verlo, sí, por ejemplo, esta mañana, es una tontería, ¿no?... viendo la inauguración de los juegos olímpicos de Sydney, pues..., estaba pensando cuando fueron en Barcelona, la canción y todas esas cosas... y a mí me emocionaban esas cosas, me hace sentir bien, pero no sabes por qué, pero seguramente si empiezas a pensar, sí sabría el porqué, pero ahí me refiero, que me ha salido espontáneo, no ha sido un producto..., digamos... que no ha sido algo provocado por mí, ha sido una cosa espontánea, o... no sé, sí, me emocionan las cosas, muy pocas veces, no es*

*muy frecuente pero sí (...) lo intento enfocar de una forma racional, de la forma más racional que puedo, pero yo reconozco que en este aspecto no..., no encuentro racionalidad suficiente, porque también se necesitan conceptos como la vida y la muerte y son conceptos que yo no domino, **que he apartado de la racionalidad porque hay cosas que no puedo racionalizar ¿qué es la vida después de la muerte? o...***

TERAPEUTA: *Y... decías hace un momento... que para ti exteriorizar... y que a veces sí que tienes esas emociones, aunque muchas veces crees que tú mismo te las provocas, pero lo que no puedes permitirte de alguna manera es exteriorizarlos, ¿no?*

ERNESTO: *Yo, como racionalizo todo, yo creo que hay determinados momentos en que sí, que a lo mejor es conveniente exteriorizarlas, que provocas una sensación de confianza en una persona, que ya la provocas para que la persona confíe en ti; en cambio en otros, intentas ocultarlos para que no dar una visión equivocada de cómo eres, que no descubran cómo eres mejor dicho... Me refiero a eso, ¿no?, a utilizar los sentimientos en el momento adecuado.*

Ante la duda y la confusión que siente respecto a sus sentimientos, se ha volcado en un intento de racionalizarlos para mantenerlos bajo control.

ERNESTO: *He intentado, **he intentado... no sé si programarlos, pero sí he intentado dominarlos...o sea, siempre o... cuando lo he pensado alguna vez he creído que... lo bueno sería dominar los sentimientos..., o sea, para que una persona sea estable o equilibrada es..., en cada momento saber... lo que hacer y cómo actuar, o sea, como si esos sentimientos no pudiesen existir porque sí, o sea..., no fuesen espontáneos...***

Finalmente, reconoce tener sentimientos espontáneos, aunque pocos, llegando a la conclusión de que el problema reside en que exteriorizarlos le hace sentir débil, y que le es más útil utilizarlos en su beneficio para conseguir una serie de beneficios secundarios (imagen de perfección y madurez en casa, y recibir afecto de los amigos).

ERNESTO: *Sí, creo que alguna vez los he tenido. Sí. Yo creo que sí, o sea..., puedo actuar de esta forma pero... también creo que... soy... humano. O sea, si yo recibo un estímulo que me hace sentir bien, y por sorpresa, pues a lo mejor no... seguramente no me paro a pensar y me siento bien. Lo que pasa es que son pocas las ocasiones que he tenido... (...) incluso creo que mi sonrisa o mi forma de reír es muy forzada...*

La voluntad del obsesivo es negativa. No está organizada en función de un deseo positivo, de una proyección activa de la existencia, ya que ha perdido el contacto con sus reguladores internos del deseo y el placer, sino de una actitud evitativa. El proyecto existencial del obsesivo es negativo: “no mancharse, no contaminarse, no equivocarse, no pecar, no fallar, etc.”. Lo que ha guiado el

comportamiento de Ernesto hasta ahora ha sido evitar: renunciaba a salir con amigos por descargar a sus padres de las obligaciones de la abuela o para ayudarles en el restaurante, se ocupaba todo el tiempo en actividades para parecer responsable y no fallarles a sus padres, evitaba que su abuela pudiera causar daños, evitaba los enfrentamientos entre su familia, etc.

**ERNESTO:** *Pero claro, yo sabía que mis padres estaban trabajando, no podía decir me voy de fiesta, venid vosotros a cuidarla”... O sea, ya tenía esa conciencia de perfección, desde pequeño, ¿no? Que divertirme va en contra de lo que quieren mis padres... es algo así. Entonces ya... ya era un poco victimista o sea me refiero no..., no tengo derecho a divertirme, tengo que hacer esto o tengo que hacer lo otro..., yo mismo ya me ponía barreras para hacer cosas. Yo creo que en esa época ya era demasiado precavido y prudente, o sea, sabía que... que si hacía alguna cosa tenía consecuencias... o sea siempre era diplomático a la hora de hablar, si había que hacer una cosa... como he dicho antes comportaba consecuencias, a lo mejor, no sé... veía riesgo por todas partes, a lo mejor era eso. Bueno siempre he tenido... no sé, miedo a no hacer lo correcto: en casa ya en todo, me refiero, yo ya de pequeño cuando me quedaba solo yo ya me sentía como... que tenía que llevar la medicación, a lo mejor...no, no como ahora, pero ya controlaba que mi abuela no hiciese esto, no hiciese lo otro... yo a lo mejor era pequeño, pero ya estaba pendiente de mi abuela (...) ya veía que tenía que cuidarla o evitar que hiciese algunas cosas (...) Y a lo mejor, cuando era más pequeño estaba más tenso que ahora...*

## **5.6. Psicogénesis de la construcción obsesiva**

Las explicaciones sobre el proceso por el cual un sistema epistemológico se vuelve obsesivo son múltiples, aunque todos los autores están de acuerdo en que el período de gestación del trastorno se sitúa en la infancia y que su mayor eclosión se produce en la adolescencia o inicio de la edad adulta. También coincide en este criterio el DSM.

En la sesión número 12 Ernesto explica que recuerda tener “supersticiones” y hacer conductas ritualizadas desde bien pequeño:

**TERAPEUTA:** *Y estas fórmulas o estos rituales ¿cuándo empezaste a hacerlos?*

**ERNESTO:** *pues... hace mucho tiempo. Yo me acuerdo de pequeño, ya lo hacía, si... ya... no sé, era muy pequeño, yo me acuerdo que... por la calle... tenía que ir... siempre que veía una farola, pasar por la derecha, o... las baldosas... por la derecha, o... no me acuerdo ahora, pero era girar a la derecha y... si giraba todo a la izquierda tenía que girar otra vez a la derecha... no me acuerdo muy bien como lo hacía pero... siempre... lo hacía así... Esa es una de las cosas... y hacía muchas más, pero ahora no me*

*acuerdo. Sobre todo.. no poder tener en mente nunca los tres seis seguidos..., eso ya lo comenté una vez... igual que el 36 tampoco lo puedo pensar, porque es una multiplicación del 6 x6, que serían 36, tampoco lo puedo pensar, ¿eh? (silencio)*

TERAPEUTA: *Pero... ¿en qué edades lo situarías? [ERNESTO: no lo sé] porque... esto que me explicas de la farola era más como un juego o era más como es ahora?*

ERNESTO: *No, no, es como es ahora, o sea era todo... **me lo tomaba como ahora. No era como un juego. Que recuerde... a lo mejor tendría... quizá tendría... once años... vale, sobre los once o doce años ¿no?***

Ernesto sitúa el inicio de sus “rituales” en la pre-adolescencia, otorgándoles el mismo significado que tienen ahora, que es la prevención de un mal que pudiera sucederle a él o a su familia y la prevención de la culpa. Este mal que pretende evitar no es algo concreto, sino una cuestión inespecífica que escapa a sus posibilidades de control, ante lo cual, utiliza el pensamiento mágico.

TERAPEUTA: *Vale, y ¿qué era eso que te preocupaba y qué querías evitar con esa fórmula?*

ERNESTO: *Bueno, pues..., **no era nada determinado, era desde que... enfermásemos o como... o sea era algo como esto. O sea... no era otra cosa.***

TERAPEUTA: *O sea... referido a no enfermar... ¿quién?*

ERNESTO: *Nadie, nadie de mi familia o que no le pase nada.*

TERAPEUTA: ***¿Siempre relacionado con tu familia?***

ERNESTO: ***Sí, siempre ha sido así***

La mayoría de estudios del trastorno obsesivo tienden a coincidir en señalar la formación del síntoma en un contexto familiar de falta de empatía, de inexpresividad emocional, de hiperracionalidad o de rigorismo moral. Casi todos estos factores, de una u otra manera, están presentes también en la familia de Ernesto. Ésta, condicionada por el “chantaje emocional” al que están sometidos por la abuela, ha utilizado la inexpresión como mecanismo de afrontamiento del problema. Además, la hiperracionalidad y el rigorismo moral, con su máximo representante en el cabeza de familia (el padre de Ernesto), también ha sido el eje estructurador de la familia ya desde su constitución. Toda la dinámica gira en función de las necesidades de esta figura de la abuela, convirtiéndose en la prioridad el cumplir con el “compromiso moral” adoptado por el padre ya de soltero, que por extensión, ha asimilado perfectamente el resto de la familia.

El asumir como prioridad vital este “compromiso moral” lleva inevitablemente a la renuncia de los propios deseos y necesidades, y a una inmadurez emocional de la que Ernesto es consciente, y que compensaba con sus comportamientos fuera del hogar. El hermano de Ernesto ha sabido alejarse de este rigorismo moral familiar, tomando en consideración para la guía de su vida también las propias

necesidades y deseos, cosa que ha sido siempre una importante fuente de conflictos internos en la familia. Ernesto lo veía como un ser egoísta, que sólo pensaba en él, y que no se sacrificaba por el bienestar de los demás. Villegas (2000) plantea en su artículo que “*el obsesivo siente que si se regulara por sus impulsos estos le llevarían al descontrol emocional. El obsesivo ha aprendido a poner en duda la rectitud y adecuación de sus reacciones emocionales, transfiriendo al pensamiento todo el peso de la decisión. Tiene miedo al descontrol emocional o bien considera las emociones malas consejeras o nada fiables*” Viendo la actitud del hermano, es posible que Ernesto llegara inicialmente a la conclusión de que si él se dejaba llevar por sus emociones caería en la misma falta moral que su hermano, se convertiría en un ser egoísta y desconsiderado. Para evitar esto, se arraigó más aún a los valores de rectitud moral, responsabilidad y abnegación. Durante muchos años persiguió esta conducta “inmoral” del hermano, y volcó sus esfuerzos en corregirlos y compensar los daños que causaba, pero últimamente hace una lectura diferente de su postura, considerándola la más sana y adaptativa de la familia.

**ERNESTO:** *O sea yo era más bien una actitud muy, muy pesimista, muy serio con las cosas, muy responsable, y mi hermano era más normal, o sea, me refiero, a normal, que era divertirse, hacer cosas, una visión más, más... natural me parece más normal a mi, me parece más normal. Pues, **me hacía sentir más responsabilidad** o sea, **lo que él hacía me hacía sentir que tenía que corregirle de las cosas que hacía**, [T: ¿más responsabilidad de que?] *Por ejemplo, yo veía que había muchas responsabilidades en casa, y... lo que no entendía muy bien era por qué hacía esas cosas y no estaba haciendo otras que tenía que hacer, o como podía alejarse... o pasar muchas de esas cosas y... no responsabilizarse de eso... claro, **en casa quizás, habíamos creado un ambiente de... casi todo responsabilidad y nada es... pensar en nosotros y no tener tiempo para nosotros: tiempo libre, para relajarnos y hacer cosas nosotros, entonces la norma en casa era esa... como si no tuviésemos casi derecho a... a divertirnos o...*** [T: estas responsabilidades se refieren en gran medida a cuidar a tu abuela o...?] *sí, se basaban muchas veces en mi abuela, y... **lo que pasa es que lo de casa lo trasladabas a todos sitios, llegabas al colegio y lo tomabas todo como... muy trascendental.****

Algunos autores, como Salkovskis (1985, 1998), han especificado algunas situaciones particularmente proclives a desencadenar la hiperresponsabilidad, característica de la obsesión, como:

- Exceso de responsabilidad en la infancia (o al revés, un descargo sistemático de cualquier tipo de responsabilidad). Este exceso de responsabilidad queda patente en el caso de Ernesto, que de bien pequeño compartió con sus padres la responsabilidad de los cuidados de la abuela.

**ERNESTO:** *En casa ya en todo, me refiero, yo ya de pequeño cuando me quedaba solo yo ya me sentía como... que tenía que llevar la medicación,*

*a lo mejor no como ahora, pero ya controlaba que mi abuela no hiciese esto, no hiciese lo otro... era pequeño, pero ya estaba pendiente de mi abuela (...) ya veía que tenía que cuidarla o evitar que hiciese algunas cosas (...) Y a lo mejor, cuando era más pequeño estaba más tenso que ahora... porque no lo veía claro, de enfermedad no enfermedad, veía a mi abuela, no veía otra cosa...*

- La coincidencia de algún incidente en el que el niño haya contribuido por acción u omisión, o crea que pueda haber influido a través de sus pensamientos o deseos a la producción de un mal grave.

A veces no es necesario que la persona se vea implicada en un accidente directamente para que se desencadene el sentimiento de responsabilidad, sino que puede ser suficiente el hecho de que tome conciencia de que pueden producirse ciertos sucesos desagradables, para que se forme la conciencia de *posibilidad*, más allá de cualquier cálculo razonable de *probabilidades*, contraviniendo con ello cualquier posibilidad de refutación lógica.

De ese modo parece que se produjeron dos hechos que pudieron hacer aparecer en Ernesto la conciencia de esta posibilidad, como fueron la muerte de sus dos abuelos por accidentes domésticos. Es posible que esto le llevara a pensar que ciertos descuidos, como dejarse conectado un enchufe, podría tener consecuencias nefastas para otras personas o para sí mismo. De esta manera se podría haber desencadenado en Ernesto el miedo a causar un daño irreparable a su familia, induciéndole a desarrollar las conductas de comprobación que tan estrictamente llevaba a cabo, con el fin de librarse del sentimiento de culpa.

TERAPEUTA: *Porque... ¿qué sentías que le podía... pasar a tu familia?*

ERNESTO: *¿Qué sentía? a ver, pues... no es que sintiese que iba a pasar algo, pero... creía que podía pasar [T: ah]. Era más bien como una prevención, o sea... como con el interruptor, que... siempre tengo miedo nada más salir de casa y...¿y si prende fuego por alguna cosa? no sé, tonterías de estas que... como lo del gas. Por no haber visto ese día... no haber controlado la llave del gas, pasa algo y lamentas... no haberlo observado antes. Son cosas, bueno, cosas como éstas, ¿no?*

TERAPEUTA: *¿Crees que tenías como miedo de que le pasara algo a tu familia? [ERNESTO: sí] ¿Había incluso alguna situación que te hiciera pensar que... podía pasar algo?*

ERNESTO: *No, pero... veía que... a ver, yo ya pensaba que las cosas ya no eran... o sea, que las cosas en parte son por suerte, es decir, que algunas cosas suceden por puro azar. Por ejemplo yo cuando a lo mejor tenía... en el 89 me parece que era, yo tenía nueve años, fue cuando se murió mi abuela y un año después mi abuelo, o sea maternos, y fue por... fueron por una causa totalmente..., no sé, un accidente, un accidente que se quedaron en... en el baño por culpa del calefactor, o sea de... la mala combustión*

de esas estufas que hay de... (T: ¿de gas?) no de..., es que no sé de qué son. Bueno que... el peligro que... si es un sitio cerrado y no combustiona bien produce demasiado dióxido de carbono. Creo que ha habido más casos de muerte por eso, que... no te das cuenta, te vas durmiendo en la ducha y... te asfixias, sin darte cuenta. Y bueno, sucedió eso. **Entonces como siempre... nos pasaban... cosas malas, o sea, veía que la situación era mala en casa y pasaban cosas malas y a lo mejor no... por seguridad, ¿no? dices... yo no sé si hay algo más o no hay algo más, pero por si acaso hago esto. En esa época a lo mejor era... creyente, a lo mejor era... sí, yo creo que era creyente. Cuando empecé a dudar de cosas, a lo mejor cuando empecé a... reflexionar un poco más sobre la situación que tenía, sobre lo que... debía pensar o... no, que eso sería más bien... vamos a ver, tendría... diecisiete ó dieciocho años... diecisiete años tendría.**

TERAPEUTA: En el 89 fue todo esto, ¿no?

ERNESTO: Sí, me parece que sí, **tenía nueve años**, bueno, lo de mi abuelo fue dos años más tarde, mas o menos, o sea también quedó allí pero le dio una embolia y se salvó, [T: vale] después le dio otra... otra, no sé que paso... no sé que se pasó y se fue, (...) si posiblemente fuese esa época.

TERAPEUTA: Vale, pero de alguna forma me comentas que tomaste consciencia que había cosas que ocurrían por azar ¿no?

ERNESTO: **Sí, bueno, veías...** [T: la muerte de tu abuelo... situaciones...] **situaciones y hacías algo por... bueno es que tampoco... aquí faltan cosas porque yo tampoco sé muy bien por qué, por qué empezó lo de ir por la derecha o hacer... yo no sé, en el fondo en el fondo no sé, creo que sí sabía por qué lo hacías, ¿no?, por seguridad... pero de... ¿cuál fue el primer día que lo pensé? o ¿porque pensé hacer eso y no otra cosa, o sea... no... porque se me ocurría ir por la derecha y no por la izquierda... no...**

TERAPEUTA: Lo hacías por seguridad ¿no? [ERNESTO: sí] porque sientes que... ¿no había seguridad?

ERNESTO: Sí, bueno, **sentía... inseguridad en todo lo que podía pasar, ya no me sentía... no sé protegido**, a lo mejor es que... no sé... tampoco veía esa realidad, tal como era de seguridad... o sea, **que no me sentía como un niño que estaba protegido por sus padres.. que no va a pasar nada si haces esto... yo era..., yo creo que en esa época ya era demasiado precavido y prudente, o sea, sabía que... que si hacía alguna cosa tenía consecuencias... a lo mejor yo me siento un poco creado ¿no? por ese colegio, porque yo era el prototipo de persona ideal en el centro, me refiero... era una persona prudente... ¿eh?...más o menos no era un fuera de serie pero era inteligente..., siempre estaba mostrando interés. Sí, el primero no estaba nunca, pero... el segundo o tercero de clase siempre destacaba, ¿no?, era una persona que se involucraba en todo, que respetaba... o sea siempre era**

*diplomático a la hora de hablar, si había que hacer una cosa... como he dicho antes comportaba consecuencias, a lo mejor, no sé... veía riesgo por todas partes, a lo mejor era eso.*

Otros autores, como Adams (1973) o Beech (1974) han concretado algunas de las actitudes que favorecen la aparición de la estructura obsesiva en conductas como:

- Predominio de la expresión verbal sobre la afectiva o emocional.
- Severas limitaciones a la expresión de felicidad y el placer.
- Bloqueo de las expresiones de agresividad y sexualidad.
- Limitación de las relaciones sociales.
- Formalismo, limpieza, puntualidad, sacrificio y ahorro.

Valeria Ugazio (1998) sitúa la génesis del trastorno obsesivo en una dinámica familiar donde el discurso y conversaciones familiares se centran en el bien y el mal, y obligan a los individuos a polarizarse en uno u otro extremo. En estas familias el bien está asociado a la mortificación y la abstinencia, y el mal a la explosión de vida y el disfrute.

Este aspecto, muy relacionado con el último punto que plantean Adams (1973) y Beech (1974) está claramente presente en el sistema de constructos de la familia de Ernesto, toda ella, con excepción del hermano mayor, dedicada al cuidado de la abuela, en detrimento de su propia felicidad y libertad.

## **8. COMENTARIOS FINALES:**

La obsesión conlleva la falta de libertad sobre la proyectualidad de la existencia humana. La falta de confianza en los propios criterios de decisión determina en el obsesivo una total inhibición de su *espontaneidad*, obligándole a dirigir su mirada hacia sistemas compactos de principios o creencias de naturaleza ideal, condenándole a vivir perpetuamente en la duda y el temor al error y la culpa, de los que sólo podrá redimirse reconciliándose con el mundo interno de emociones y sensaciones. El trabajo terapéutico, orientado a recuperar el contacto con el mundo emocional y su validación como criterio epistemológico de decisión, se plantea como garantía de recuperación de la libertad, entendida como autonomía.

La problemática de Ernesto se hallaba encallada en un dilema moral, de naturaleza heteronómica, donde se vivían como incompatibles sus deseos y necesidades individuales con su rol de cuidador familiar o buen hijo. De esta manera, la psicoterapia se centró en explicitar tal dilema, las alternativas de solución y las implicaciones de cada opción, para desbloquearlo. La entrevista evolutiva (Villegas, 1993) fue el instrumento para promover la autoorganización del sistema epistemológico en la dirección de una mayor complejidad estructural.

En el caso de Ernesto la experiencia de las vacaciones familiares en las que todo el mundo, por decisión de los padres (criterio heteronómico), abdicó de la responsabilidad (criterio anómico) respecto a la abuela, ingresándola en un centro,

constituyó el experimento crucial, que permitió abrir una brecha por la que introducir el caballo de Troya (Villegas 2001) en el interior del sistema obsesivo, dando origen a una crisis epistemológica que, en un primer momento, facilitó la demanda de terapia por parte de Ernesto y, en el proceso posterior, la comprensión y reorganización del sistema hacia estructuras más complejas, funcionales y autónomas.

En este sentido, siguiendo las directrices sugeridas por Villegas (2000) las líneas de nuestra intervención han ido dirigidas a:

- **Ayudar al paciente a lograr su propia certeza, la confianza en sus propios criterios:**

Sustituyendo los referentes externos como criterios de evaluación de su propia acción por el reconocimiento de sus propias emociones, aprende el obsesivo a identificar los motivos de sus acciones y analizar las discrepancias internas. La consecución de una concordancia interna, basada en la integración emocional y la coherencia existencial es lo que permite al obsesivo crear las bases de su “certeza subjetiva”. Sobre la base del reconocimiento de la propias necesidades y motivaciones será posible construir una nueva criteriología moral, capaz de integrar los deseos anómicos con las normas hetero- y socio-nómicas en una neoestructura autonómica.

- **Desarrollar la función metacognitiva:**

Ayudar al paciente a establecer una conexión entre los contextos, las reacciones emocionales y la experiencia subjetiva, ya que una mayor conciencia de los propios procesos psicológicos, unida a un mayor dominio cognitivo de las propias problemáticas determina una mejor adaptación. En las obsesiones, este trabajo se inicia con el reconocimiento de las propias emociones, como fuentes de decisión, así como el desvelamiento de la semántica de los rituales. Es importante conocer el sentido de los rituales (por ejemplo: finalidad preventiva, protectora o aseguradora). Hay que conectar igualmente el ritual con el sentimiento de culpabilidad del que el paciente se protege. Para resolver la problemática obsesiva conviene abordar directamente el sentido de la utilización del pensamiento mágico para prevenir acontecimientos sobre los que no tiene ningún control, renunciando humildemente a ese control y aceptando el azar o la imprevisibilidad. Tal vez uno de los logros más significativos del proceso terapéutico de Ernesto pueda resumirse en esta frase, recogida hacia el término de su terapia:

*“Tengo que aceptar que la vida es un devenir, y que yo no lo puedo controlar”.*

*Este artículo recoge un caso de patología obsesivo-compulsiva, contemplada desde una óptica fenomenológico-existencial. Esta perspectiva permite comprender el trastorno obsesivo-compulsivo como el resultado de una pérdida de la espontaneidad y plantear la terapia como un trabajo orientado a una recuperación de la libertad personal*

Palabras clave: *trastorno obsesivo compulsivo; terapia fenomenológico-existencial; rituales; pensamiento mágico; libertad.*

## Referencias Bibliográficas:

- ADAMS, P. L. (1973). *Obsessive children: a sociopsychiatric study*. New York: Brunner: Mazel
- BEECH, H. R. (1974). *Obsessional states*. London: Methuen
- BECK, A & FREEMAN, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- DAMASIO, A.R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.
- DSM-IV: *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1995). Barcelona: Masson.
- DSM-IV: *Manual de diagnóstico diferencial*. (1996). Barcelona: Masson.
- MANCINI, F. (2000) Un modelo cognitivo de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Psicoterapia*, 42-43, 5-30.
- SALKOVSKIS, P. M. (1985), "Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis", *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- SALKOVSKIS, P. M., FORRESTER, E. & RICHARDS, C. (1998), "Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking", *British Journal of Psychiatry*, 173, supl. 35, 53-63.
- UGAZIO, V. (1998). *Storie proibite, storie permesse*. Torino: Bollati Boringhieri
- VILLEGAS, M (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*. 14-15, 39-37.
- VILLEGAS, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 22-23, 5-20.
- VILLEGAS, M (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 25-78.
- VILLEGAS, M. (2000) Psicopatologías de la libertad: la obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 42-43, 49-131.
- VILLEGAS, M. (2001) El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: el proceso del cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 46-47, 73-118

# EL CAMBIO POSIBLE, UN CASO CLÍNICO: EL HOMBRE DE LA BARCA

Maurizio Dodet

Asociación de Psicología Clínica, Roma.

Laboratorio de Psicología Cognitiva Postracionalista Roma

mdodet@iol.it

*The author offers an analysis of a psychotherapeutic work with a patient with panic disorder. Starting from first reformulation on dynamic of desballancing, he shows how to reorganize the development of the narrative identity along all the life span. According to the cognitive-constructivistic approach, every process of changing, as the reorganization of the personal meaning is stressed.*

*Key words: Self, Personal meaning, Constructivism, Change, Organization of Emotional Domains*

---

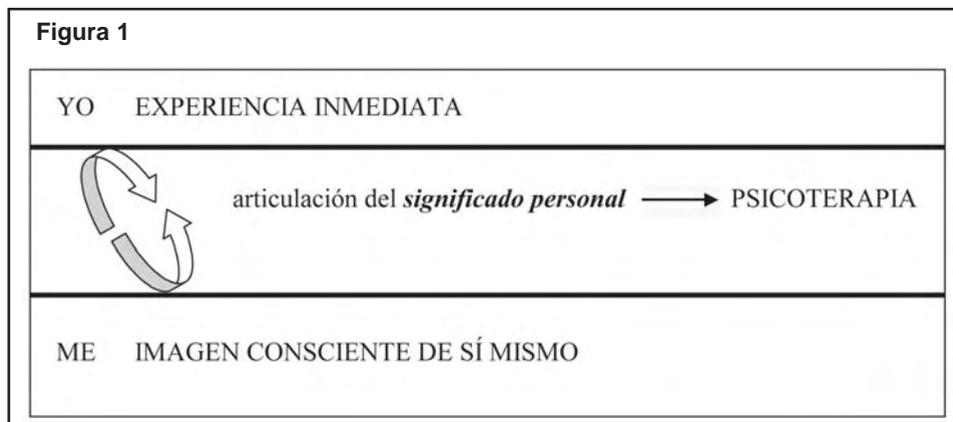
## INTRODUCCIÓN

Presento un caso clínico que considero interesante porque ejemplifica algunos aspectos que considero fundamentales en el trabajo de la psicoterapia. Estimo que los terapeutas nos introducimos en la vida de nuestros pacientes en un momento de crisis que al asumir una modalidad de descompensación clínica les lleva a pedir ayuda. El acontecimiento crítico representa un momento de gran creatividad individual que puede llevar el sujeto a una articulación más compleja del propio modo de ser en el ámbito el “significado personal”, núcleo central de la “organización del dominio emocional”

Desde la perspectiva del Modelo Cognitivo Constructivista el objetivo de la intervención terapéutica es el de conseguir, dentro del respeto a la coherencia emocional y a los temas narrativos que sostienen el sentimiento de continuidad y permanencia en el tiempo, propio de la identidad humana, no sólo la desaparición de los síntomas, indicadores del momento crítico actual, sino la construcción de instrumentos de conciencia que permitan poder hacer frente los momentos críticos futuros.

El cambio posible puede producirse solamente dentro de los límites de la

organización individual y en el respeto al significado que otorga coherencia al sistema; el aumento de conciencia de la experiencia emocional, cómo se experimenta y cómo se reconoce, explica y hace sus propias autoatribuciones, representa el momento culminante de la intervención terapéutica.



La conciencia de sí mismo, de acuerdo con el modelo cognitivista constructivista tendría un origen en un proceso circular entre el “Yo” que experimenta y actúa y el “Sí mismo” que observa y valora en la articulación coherente de un significado que garantiza un sentido de continuidad y unicidad sistémica individual (significado personal). La psicoterapia lleva a un mayor nivel de conciencia este proceso pudiendo actuar sobre niveles de articulación pero nunca crear cambios de tipo sustancial respecto al significado.

No me detendré en los aspectos técnicos o teóricos. Lo que me lleva a centrarme en este caso es que me parece ejemplificador precisamente de los límites que nos impone la naturaleza humana sobre el tipo de cambio posible. Como repetía con frecuencia Vittorio Guidano, en sus clases: “los terapeutas no podremos nunca reescribir la historia de vida de nuestros pacientes”.

### **EL CASO DE CARLO:**

Carlo llegó a mi consulta, derivado por un colega psiquiatra que lo seguía desde hacía ocho meses con una terapia farmacológica por un trastorno de ataque de pánico con la indicación de iniciar una psicoterapia, dada la casi total ausencia de mejoría.

Llegó a la primera sesión, acompañado por su mujer, una mujer joven de 32 años, que expresa grandes expectativas en relación a la terapia y pide insistentemente sobre el tiempo de curación mostrándose muy preocupada por las limitaciones del marido al que tiene que acompañar incluso en los compromisos laborales. Se muestra desde el primer momento muy decidida a buscar un papel de control en la relación terapéutica.

Carlo tiene 35 años, hijo único, lleva a cabo una actividad comercial que forma parte de la actividad paterna con la que colabora; se muestra satisfecho de los resultados conseguidos en este trabajo, si bien manifiesta que progresivamente se va alejando del modo de llevar la administración característico de su padre. Describe el trastorno actual como una dificultad en alejarse solo de casa o del trabajo, puesto que le asalta la idea de poder llegar a encontrarse mal y no poder ser ayudado por nadie, especialmente poder sufrir un ataque de corazón sufriendo durante la jornada frecuentes taquicardias, extrasístoles y sudores imprevistos. Varias veces al día y en las situaciones más diversas se le presentan estos síntomas que según él tienen origen orgánico, pero que los médicos no llegan a localizar.

Recuerda la primera crisis de pánico de manera muy concreta, diez meses atrás, el ocho de mayo, en el descanso para ir a comer, antes de cerrar al mediodía estaba delante del ordenador cuando de repente sintió que se le cortaba la respiración y que el corazón empezaba a desbocarse, siendo invadido por un intenso miedo a morir que no le ha abandonado desde aquel entonces.

Reflexionando sobre el contexto en el que se produce este primer episodio se acuerda que estaba delante del ordenador, que acababa de volver del banco donde había ido a controlar las cuentas del negocio y que estaba esperando al padre con quien debía hablar de la marcha de los negocios. Describe al padre como un hombre de 64 años, empresario de éxito, o al menos eso creía él hasta que hace cosa de un año se puso de manifiesto en una inspección de hacienda que a lo largo de los años no había pagado nunca los impuestos ni la seguridad social de los trabajadores, habiendo tenido que intervenir tanto la madre como el paciente para salvar el negocio. Además algunos meses antes había sufrido un accidente de coche y habiendo quedado inmovilizado había vuelto a vivir con la mujer a pesar de estar separados desde hacía más de veinte años. Extraña separación que nunca había llegado al divorcio, manteniendo los negocios en común y pasando las vacaciones juntos en una localidad próxima a Roma en dos casas una al lado de la otra. Se agolpan en su memoria los recuerdos como cuando habla de que con diez años la madre le enviaba a vigilar la conducta del padre con las secretarías y empleadas.

El contexto vital en el que se produce la primera crisis se caracteriza por un mayor empeño laboral con el proyecto de abrir otro negocio, diversificando los artículos; esta idea era duramente criticada por el padre que hubiera preferido una mayor implicación en su negocio, a la vista de su estado de salud.

Sobre su matrimonio y la relación con su mujer deja muy claro su estado de dependencia de la misma, respondiendo a la cuestión de una manera decidida y tajante: “Es la única cosa que funciona en mi vida, ¿cómo me las arreglaría yo sin ella? Piense que nos gustaría tener un hijo si no fuera por que me hallo en este estado; cada vez me tiene que acompañar a más sitios; no consigo ir ni estar solo en ninguna parte”.

Al final de la primera sesión en una primera reformulación le presento como

hipótesis inicial, relativa a la dinámica del trastorno, en la que se pone de manifiesto que las crisis de ansiedad se han desatado en un momento en que, después de una clara reconsideración de la imagen del padre, figura protectora pero, a la vez, opresora, Carlo se estaba orientando hacia una mayor autonomía que lo exponía a los temores del fracaso además del temor de perder al padre. En las crisis se desencadenarían emociones relativas a la dificultad para poder gestionar una autonomía que representaría tener que redefinir las relaciones con las figuras significativas. El trabajo que le propongo es el de verificar esta hipótesis para comprender el significado de los síntomas que se le manifiestan. Como primer paso le sugiero observar las situaciones en las que se le producen las crisis de angustia para poder captar los contextos. Le especifico que no nos interesan las causas de cada uno de los episodios, puesto que en psicología sería reductivo pensar en términos de una linealidad causa efecto. Lo que conviene observar es cómo se produce (que modalidad adopta) y no sólo por qué sucede (la explicación) un síntoma y conseguir, por tanto, hacerlo encajar en un contexto relacional de modo que sea posible atribuirle un significado respecto a la activación emocional que lo sustenta.

Llega a la segunda sesión notablemente afectado: las crisis se han producido todavía con mayor frecuencia e intensidad que antes, diciendo que se siente desmotivado y que no cree que nuestro trabajo sirva para nada. Reconstruimos conjuntamente, utilizando la técnica de la **moviola**, en la que empiezo a entrenarle, tres acontecimientos: dos de ellos se caracterizan por una sintomatología de opresión torácica y taquicardia, que tiene su inicio en momentos en los que la mujer en sus intentos de ayudarlo lo exhorta a escoger entre el ámbito del trabajo y el familiar, respecto al cual Carlo dice sentirse confuso; el tercer episodio, en cambio presenta una sintomatología distinta caracterizada por un sentido de vacío en la cabeza e indicios de vértigo y se produce en el lugar del trabajo en un momento de soledad después de haberse discutido con la mujer por teléfono, lo que le lleva a hablar de la dificultad que siempre ha tenido en discutir con las personas queridas así como sobre la angustia que le producen los conflictos si no se resuelven rápidamente.

Carlo se muestra sorprendido al darse cuenta que todos los episodios están relacionados con la presencia de la esposa y empieza a hablar sobre la relación con Giulia que dio inicio cinco años atrás, habiéndose casado hace tres. Reconoce la importancia que han tenido recíprocamente en ayudarse a separarse de dos familias muy posesivas. Describe además a su mujer como una persona segura que le ha servido de sostén en las elecciones laborales aunque a veces se toma como una ofensa personal el hecho que no le haga caso de alguno de sus consejos.

Hacia el final de la segunda sesión le explico que el agravamiento de sus síntomas es señal que el trabajo de redefinición ha ido a dar certeramente en el centro de temas importantes; le confirmo, además, que soy consciente que le he pedido centrar su atención sobre las activaciones emocionales y las vivencias que se

producen en el inicio de las crisis cuya lectura ha evitado precisamente, gracias al síntoma. Le pido que ponga la confianza en mí, cosa a la que accede Carlo, aun pidiéndome que esté especialmente atento a las posibles causas orgánicas de su trastorno, con lo que decidimos continuar nuestra terapia.

En las sesiones posteriores empezamos a analizar los acontecimientos que sucedían durante la semana y llegamos a distinguir dos síntomas que se originaban en en relación a distintos contextos y a activaciones emocionales diversas: una con sintomatología de constricción torácica que se produce en los momentos en que una relación con una persona significativa se percibe como demasiado estrecha produciendo un sentimiento de constricción; una sintomatología consistente en mareos o vértigos que se desencadena en momentos en los que la relación con una persona significativa se siente como demasiado relajada y poco protectora, dando lugar a un sentimiento de soledad. En ambas situaciones se dispara siempre una profunda ansiedad que lleva a Carlo a buscar la proximidad de la persona significativa con modalidades que le confirmen el mantenimiento del control de la relación.

Continuando el análisis de la primera crisis de Carlo, le viene a la memoria que en realidad aquel día, al volver del banco y antes de ponerse ante el ordenador se había sentido tentado de ir a ver a una chica que trabajaba en una tienda cerca de su oficina por la que sentía una fuerte atracción. No le sucedía nada parecido desde hacía tiempo, tanto más que creyendo que podría estar infectado o infectarse del virus del Sida, siempre había tenido miedo a relacionarse con otras chicas que no fueran su mujer. Su mujer, Giulia, conoce este miedo y lo acepta como un miedo infundado. Parece claro que este miedo cumple una función protectora en relación al impulso de ir con otras mujeres, a la vez que constituye un medio para poner a prueba la fiabilidad de la mujer.

Le propongo una hipótesis nueva y más exhaustiva respecto a la dinámica de la descompensación subyacente al trastorno: parece que la crisis se dispara cuando se siente más seguro y autónomo en la dimensión laboral en la obtención de una mayor autonomía respecto a la figura paterna y empieza percibir a Giulia, la mujer, como opresora.

Empezamos a trabajar sobre la crisis de la relación sentimental que considero pueda relacionarse con el cambio que se está produciendo en la manera de percibirse a sí mismo. Después de dos meses de terapia aumenta la conflictividad en la relación matrimonial hasta el punto que Giulia se pone en contacto telefónico conmigo para convocar de común acuerdo con Carlo una entrevista conjunta. Se produce un encuentro con caracteres dramáticos: Giulia no entiende el comportamiento del marido que parece estar mejor, pero que hace cosas que antes no hacía como pasarse días enteros en barca alejado de ella. Le propongo una lectura del significado de los síntomas y de los comportamientos de Carlo invitándole a considerar los mensajes que le está enviando que pueden constituir las bases para una mediación dirigida a alcanzar una redefinición de la relación simbiótica a otra

más adulta y paritaria. Giulia se rebota y me dice gritando que todo esto son cuentos chinos, que Carlo está enfermo y que cuando se haya curado entonces volverán a ser las cosas como antes, dado que ella no conseguiría imaginarse de otro modo la relación.

Siguen dos meses en que se producen continuas discusiones entre la pareja y en terapia nos centramos en focalizar las emociones que les acompañan y los cambios que se van dando en la imagen de Giulia. Carlo se muestra altamente ambivalente: hace aproximaciones a la mujer por miedo a quedarse solo y vulnerable y a continuación se aleja por la sensación de opresión que le producen sus atenciones y demandas. Llegan incluso a separarse el día en que Giulia le comunica que está embarazada. No resulta fácil en terapia analizar las razones de esta elección y de lo que se deriva de ella: nos centramos en la imposibilidad que siente Carlo de regir la sensación de sentirse vinculado a una mujer que ahora percibe como poco fiable y que nunca le concedería los márgenes de autonomía que para él resultan ahora indispensables.

La sintomatología de Carlo, después de casi tres meses de estos acontecimientos se halla prácticamente ausente, ya no hablamos de ansiedad sino de sentimientos de constricción, de soledad, de mayor o menor vulnerabilidad. Empieza a llevar bien su manera de ser que le induce a buscar una distancia de las figuras significativas que le permita sentirse protegido y sostenido, pero no oprimido y constreñido y, al mismo tiempo, le dé garantías de autonomía, pero sin sentirse abandonado o solo. Este modo de ser se origina en el interior de las relaciones familiares, tal como se deduce de la reconstrucción de su historia de desarrollo: la relación con sus padres, siempre huidizos y fuertemente inestables, presos en demasía de la propia inestabilidad de su relación, la madre en crisis continua personal en la búsqueda incesante de un hombre huidizo y ambivalente, necesitado de otras relaciones con otras mujeres, pero al mismo tiempo necesitado de su presencia. Ambos padres han ejercido siempre un control sobre el hijo en base a una presunta vulnerabilidad física (asma, alergia, escoliosis) pero que sólo raramente se han manifestado realmente protectores en los momentos críticos de la vida.

La única forma de ser en familia era la de parecerse al protagonista de “la vuelta al mundo en ochenta días” controlando constantemente, no dejándose llevar por las emociones. El descubrimiento del mundo emocional y de cómo su expresión sea un instrumento importante en las relaciones resulta un acontecimiento muy importante para Carlo en terapia.

Reconstruyendo su carrera sentimental observamos que además de la de Giulia ha habido dos relaciones significativas más. La primera entre los diecisiete y veintitrés años con Marina, una compañera del colegio, la segunda, con Silvia dos años mayor que él, entre los veinticuatro y los veintiocho. Al referirse a estas relaciones Carlo recuerda que el ataque de ansiedad frente al ordenador no había sido en realidad el primero, sino que le habían sucedido ya en el periodo en que las

relaciones con Silvia y Marina entraban en crisis y amenazaban de terminarse: sentía con frecuencia una aguda ansiedad con el temor de poder morir al alejarse físicamente de ellas en coche cuando volvía a casa donde vivía ya solo.

Se produce el nacimiento del hijo, al que Carlo asiste, reivindicando de inmediato un rol activo en la crianza del niño. La terapia se interrumpe cuando el niño está a punto de cumplir los dos meses; Carlo abre un negocio nuevo sin la ayuda del padre. En este periodo me cuenta un episodio: “El domingo pasado he acompañado a dos amigos a hacer inmersión. Hemos ido ido al mar, nos hemos subido una barca y nos hemos adentrado hasta un lugar donde hemos lanzado el ancla y mis amigos se han puesto el equipo de buceador y se han sumergido en el agua. Me he quedado allí y de repente he empezado a notar ansiedad, he empezado a auscultarme, tenía el corazón acelerado y si... después he entendido: *estaba solo y sin posibilidad de escapar* y cuando me he dado cuenta de la situación la ansiedad se ha ido esfumando. No es que me haya gustado quedarme allí, pero me he quedado soportando la soledad y el sentimiento de constricción.

Dos años mas tarde me llama Carlo y me pide una entrevista; lo había oído por teléfono en otras dos ocasiones durante estos años cuando me había llamado para enviarme dos amigos suyos, como para confirmar que yo continuaba en mi sitio. Me dice: “En estos dos años no he vuelto a tener crisis de ansiedad, tengo una buena relación con mi hijo Federico, con Giulia va bien, aunque continuamente me está diciendo lo que está bien y lo que está mal, lo que tengo o no tengo que hacer, pero ya no me enfado con ella: el problema es que, desde hace un año y medio, estoy con una chica, Manuela, y que en los últimos meses me estoy volviendo extremadamente celoso y posesivo, cosa que antes no me había pasado nunca o al menos no en este grado. ¿Por qué me está pasando? Tengo miedo de estropear también esta relación ¿me puede ayudar?”

Le pregunto desde cuándo se ha empezado a sentir celoso y cómo se manifiestan estos celos. Me explica que desde hace casi dos meses siente la necesidad de conectar continuamente por teléfono, que lleva siempre el móvil conectado y que siempre se enfada cuando ella quiere salir con alguna amiga. Su relación la enfocaron desde el principio dejando claro que no querían convivir y que se dejarían un amplio margen de libertad en nombre de la confianza mutua. También Manuela venía de una relación donde se sentía demasiado ligada. Todo empezó un día en que Carlo tuvo que viajar a Bolonia para asistir a una feria, y no había podido conectar con ella durante todo el día y por la noche había salido con unos amigos. Preso de celos y de continuos pensamientos en los que se la imaginaba con otros hombres no había podido resistir había dejado los compromisos y había vuelto a Roma presentándose en el local donde estaba, encontrándola en una situación que no le causó ninguna sospecha .

Durante seis sesiones estuvimos trabajando y se hizo manifiesto que en aquel periodo había captado en Manuela momentos de aburrimiento y desinterés que le

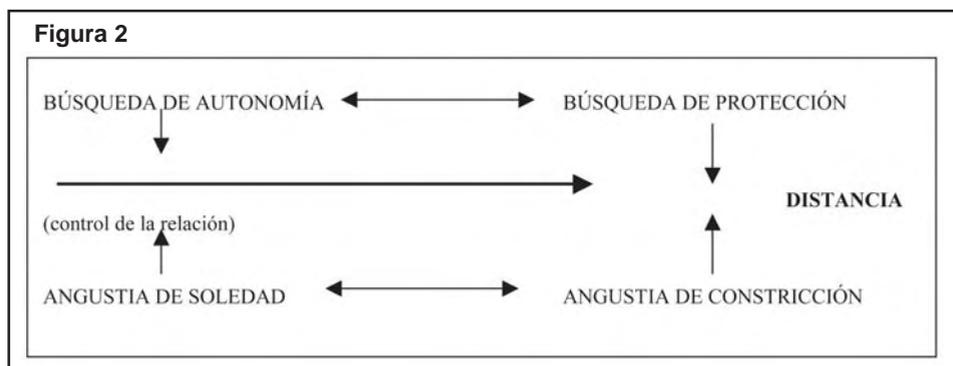
había puesto en alerta. Había empezado a experimentar la necesidad más presente, más próxima y había aumentado los controles sobre ella. **Ni demasiado próxima, ni demasiado lejana.**

Los sentimientos de vulnerabilidad que estaba experimentando eran semejantes a las generadas por la opresión de Giulia no habían dado origen a un síntoma como tres años antes sino que habían dado lugar a un sentimiento de celos que en complejidad lo había llevado a modular la distancia en las relaciones con Manuela. Reconocer la coherencia de la activación emocional y la conciencia de los motivos que la habían generado llevó a Carlo a tomar conciencia y afrontar nuevas necesidades respecto a su compañera y a buscar cambios en el estar juntos.

He vuelto a ver a Carlo casualmente hace pocos meses, convive con Manuela con quien sin embargo están de acuerdo en no casarse nunca; tiene una relación con el hijo que ha cumplido ya los siete años que muchos hombres que no viven con los propios hijos no tienen en cuanto a presencia y continuidad; su actividad con altos y bajos continúa desarrollándose, cuando se descubre auscultándose el corazón hoy se pregunta qué le está sucediendo en el mundo siempre un poco fuera de control de las emociones.

## CONCLUSIONES

A través de los síntomas y todavía más con su estilo de vida Carlo expresa la búsqueda continua de un control en las relaciones significativas que le permitan sentirse **autónomo** pero al mismo tiempo **protegido** buscando evitar cualquier activación emocional relativa a las angustias de **soledad** y angustia de **constricción**



Con Giulia experimenta un profundo sentimiento de constricción en el momento en que empieza a sentirse capaz de poder vivir una mayor autonomía sentida respecto al padre sobre el trabajo que se reviste de sintomatología ansiosa con ataques de pánico. Con Manuela experimenta en cambio un fuerte sentimiento de soledad y de ausencia de protección en el momento en que se da cuenta que se está alejando emocionalmente que toma forma bajo el sentimiento de celos. Carlo

ha crecido en un ambiente familiar extremadamente inestable que lo ha llevado a estructurar estrategias significativas. Los caracteres brevemente discretos pertenecen a *una organización del dominio emocional de tipo Fóbico*, articulada de forma neurótica que parece también caracterizado por una búsqueda de control sobre las activaciones emocionales que frecuentemente se perciben como extrañas.

A través del proceso terapéutico Carlo ha conseguido una mayor conciencia del propio mundo emocional, adquiriendo un mayor nivel de abstracción y flexibilidad en reconocer y a explicarse su sensibilidad respecto a situaciones que lo llevan a sentimientos de soledad y constricción; cambia la articulación pero los temas de fondo se muestran estables, puesto que constituyen los núcleos emocionales y cognitivos sobre los que se fundamenta el sentimiento de identidad. Considero que la imagen de Carlo sobre la barca, mientras espera a los amigos que están haciendo inmersión, puede resultar demostrativa de un tema personal que aumenta en complejidad y articulación, pero que no puede ser objeto de cambio.

---

*El autor describe el proceso psicoterapéutico de un paciente con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad con ataques de pánico, a partir de las primeras redefiniciones respecto a la dinámica de descompensación has la reconstrucción de la historia evolutiva. Se coloca el énfasis sobre los procesos de cambio entendidos de acuerdo con el modelo cognitivo-constructivista, como articulaciones de significado personal que representa el núcleo invariante de una Organización del Dominio Emocional*

Palabras clave: *Sí mismo; Significado personal; Constructivismo; Cambio; Organización del dominio emocional*

## Referencias bibliográficas:

- BARA B. (a cura di) (1996). *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Torino, Bollati Boringhieri.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss*, vol 1. New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss*, vol 2, New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss*, vol 3, London: Hogarth Press New York
- BRUNER, J.(1980). *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge: Harward University Press.
- BRUNER, J. (1992). *Acts of Meaning*, Cambridge: Harward University Press.
- CRITTENDEN, P.M (1999). *L'Attaccamento in Età Adulta*. Milano: Raffaello Cortina
- CRITTENDEN, P.M (1994). *Nuove prospettive sull'Attaccamento*: Guerini.
- CRITTENDEN, P.M (1997). *Pericolo Sviluppo e Adattamento*. Milano: Masson.
- DODET, M.(1999). *Coherence Individuelle, Reciprocite Emotionelle et Intimite: pour une Approche Post-Rationaliste des Relations de Couple*, Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, IV, 3, 1999.

- DODET, M., *La moviola*, Psicoterapia, anno 4, N.13, (89 - 93).
- GUIDANO, V.F.(1987), *Complexity of the Self*, New York, The Guilford Press. GUIDANO, V.F.(1991). *The Self in Process*, New York, The Guilford Press. GUIDANO, V.F.(1984). *A Constructivistic Outline of Cognitive Processes*, in M.A. Reda, M.J. Mahoney, *Cognitive Psychotherapies*, Ballinger, Cambridge, Mass.
- GUIDANO, V.F.(1988). *A Systems Process - Oriented Approach to Cognitive Therapy*, in K.S. Dobson, *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. (1985). *A Constructivistic Foundation for Cognitive Therapy*, in M.J. Mahoney e A. Freeman, *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- GUIDANO, V.F. & DODET M., *Terapia Cognitiva Sistemico-Processuale della Coppia*, Psicobiettivo, I, 29–41, 1993.
- LAMBRUSCHI, F. & CIOTTI F.(1995). *Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia*, Età Evolutiva, Giunti Firenze, N.52, Ottobre.
- MAHONEY, M.J., (1988) *Personal Change Processes: Notes on the Facilitation of Human Development*. New York: Basic Books
- MAHONEY, M.J.(1980). *Psychotherapy Process.*, New York: Plenum Press
- MAHONEY, M.J., (1991) *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York: Basic Books
- MAHONEY, M.J.(1995). *Cognitive and Constructive Psychotherapies*. New York: Springer Publishing Co.,
- MATURANA, H.R., VARELA F.J.(1985). *Autopoiesi e cognizione*, Venezia, Marsilio Editori.
- MORIN, E.(1993). *Introduzione al Pensiero Complesso*, Piacenza, Sperling & Kupfer.
- POPPER, K.R.(1975). *Conoscenza oggettiva*, Roma: Armando.
- POPPER, K.R. & ECCLES J.C.(1981). *L'io e il suo cervello*, 3 voll. Roma: Armando.
- PRIGOGINE, I.(1976). *Order through Fluctuation. Self Organization and Social System*, in E. Jantsch e C.H. Waddington, *Evolution and Consciousness: Human Systems in Transition*, Addison Wesley, Reading.
- REDA M.A.(1986) , *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.

# ¿DÓNDE VAS CON MANTÓN DE MANILA?. “EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA...” AUTÓNOMA

Manuel Villegas Besora y Ana, paciente de un grupo de terapia  
Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona  
mvillegas@psi.ub.es

*According to Carl Rogers, therapy is conceived as a “process of becoming a person”. This process is redefined in this article as a process of becoming an “autonomous” person. In this context a long term therapy case is reviewed from beginning to end, mixing both the voices of the client and of the therapist.*

*Key words: becoming a person, autonomy, individuation, self-realization, existential psychotherapy.*

---

## 0. INTRODUCCIÓN

Siguiendo a Henri Ey (1976), hemos desarrollado, a través de numerosos artículos y trabajos anteriores, la concepción de las neurosis como “*patologías de la libertad*” en relación a algunos de los síndromes más clásicos como la agorafobia (Villegas, 1995), la anorexia (Villegas, 1997) y las obsesiones (Villegas, 2000). Ante la tesitura de tener que escoger un caso emblemático para esta monografía, hubiéramos podido inclinarnos por seguir este criterio y centrándonos en otra de las grandes patologías, como la depresión, a la que todavía no hemos dedicado una atención específica; pero hemos preferido seguir un criterio distinto, el del proceso de cambio terapéutico (Villegas, 2001), entendido como un pasaje de la constricción psicológica a la liberación personal. Para ello hemos escogido el relato, hecho en primera persona, de una existencia, la de la paciente a la que convencionalmente hemos llamado Ana, caracterizada, como tantas otras, por la ilusión y la frustración, la lucha y el dolor, experiencias inseparables de una existencia entendida como un “proceso de llegar a ser persona”... autónoma. El título en cursiva “*¿Dónde vas con mantón de Manila?*”, que antecede y acompaña al subtítulo que acabamos de referir,

remite a la tonadilla de la popular zarzuela, “La verbena de la Paloma” de Tomás Bretón, y alude metafóricamente al proceso terapéutico de Ana, por las razones que, como diría Cervantes al titular alguno de sus capítulos del Quijote, “el lector que leyere atentamente” podrá colegir.

## 1. CONTEXTO DE PRODUCCIÓN:

Ana, paciente de 54 años de edad en el momento de iniciar las sesiones, aunque por su modo de vestir y de comportarse aparenta mayor edad, acude a un grupo de terapia en un Centro público de Salud Mental. Tiene un hermano nueve años menor que ella. Su padre, de profesión ferroviario, murió cuando eran ambos todavía pequeños, con diez años ella y uno, su hermano. Está casada en segundas nupcias, habiéndose separado del primer marido de quien tuvo una hija, de 25 años al inicio de la terapia, que creció bajo su custodia. En la actualidad vive con su segundo esposo en una mediana ciudad de la provincia de Barcelona, a la que ella llama “su *pueblo*”. Su madre vive independiente, cerca de su domicilio, aunque todas las mañanas se las pasa en su casa ayudándola en las faenas domésticas, hasta el punto que se puede decir que es ella quien lleva la casa. Desde hace un tiempo Ana trabaja en un hospital geriátrico, como auxiliar de clínica. En el pasado había sufrido trastornos de ansiedad diagnosticables de agorafóbicos, que desaparecieron espontáneamente tras la separación del primer matrimonio. Acude a terapia con una demanda difusa de insatisfacción vital, ansiedad indiferenciada y aislamiento social; está siendo tratada con antidepresivos. A lo largo de las sesiones se irá perfilando con toda claridad una estructura de personalidad dependiente e inmadura, pero de una gran riqueza afectiva y espiritual.

El grupo al que asiste Ana está formado habitualmente por cuatro mujeres y un hombre que se presentan después de ella en el fragmento que transcribimos a continuación, correspondiente a la sesión del 16 de noviembre de 1999, fecha de su incorporación. El grupo se reúne semanalmente, durante los meses del curso escolar (de octubre a junio), siendo las sesiones de hora y media. Es un grupo abierto que reinicia cada curso con pacientes de años anteriores y nuevas incorporaciones. Éstas se producen en la medida en que los pacientes dados de alta dejan una plaza vacante. El periodo de terapia que consideramos en este trabajo y que prácticamente abarca el curso completo de su proceso comprende un total de tres años, de mediados de noviembre de 1999 a finales de 2002. Las sesiones son grabadas en vídeo con el consentimiento escrito de los participantes, los cuales han dado su autorización para el uso didáctico, científico y terapéutico de las mismas. A pesar de ello hemos cambiado todo los nombres e incluso las referencias geográficas y toponímicas para proteger mejor la identidad de los participantes. En la medida de lo posible utilizamos el material literalmente transcrito para la confección del trabajo. Evidentemente la transcripción escrita no puede reproducir todos los matices expresivos del directo o de la grabación audiovisual; pero permite un trabajo de análisis y

síntesis mucho más detallado y profundo, tal como hemos expuesto en otros trabajos anteriores (Villegas, 1992, 1993a, 2002). Hemos intentado suplir esta deficiencia con la ayuda de algunos recursos gráficos. Hay que tener en cuenta, además, que Ana es una paciente particularmente expresiva, no tanto a nivel gestual, sino sobre todo prosódico, con grandes cambios en la entonación, el timbre de voz, el ritmo, los alargamientos vocálicos, etc. Utiliza igualmente frecuentes recursos retóricos, sobre todo las repeticiones, que muchas veces hemos señalado como (bis) o (tres). Naturalmente hemos tenido que proceder a una selección de entre las más de 90 cintas de vídeo grabadas durante esos tres años, realizada con criterio temático, aunque con indicativos cronológicos, de las numerosas intervenciones de Ana en el grupo. Se ha hecho necesario, igualmente, sintetizar algunas de ellas por motivo de espacio y para no fatigar al lector. A veces se reproducen interacciones con otros miembros del grupo, así como con el terapeuta, para contextualizar sus preguntas, comentarios o respuestas. Creemos con ello haber conseguido describir en primera persona el proceso de cambio seguido por Ana durante este tiempo de terapia, cediéndole la voz protagonista. Para subrayar la voz narrativa como voz autora hemos procedido en el nivel tipográfico inversamente de lo que es habitual. Las intervenciones en directo de la autora están en letra normal, constituyendo ellas el texto, indicando en cursiva y negrita aquellos fragmentos que se han querido subrayar y en cursiva únicamente aquellas voces de personas ajenas al grupo como el marido, la madre, el hermano u otras, que se introducen en su discurso, mientras que las anotaciones del articulista y las observaciones relativas a los aspectos paralingüísticos de la transcripción, a partir de este momento, están entre corchetes o entre paréntesis<sup>1</sup>.

## 2. AUTOPRESENTACIÓN Y DEMANDA

Primera sesión: 16.11.99 “Fantasías y mentiras”

TERAPEUTA: Hola, buenos días... Tú eres nueva, ¿no?. ¿Cómo te llamas?

ANA: Me llamo Ana [54]: y es el primer día que vengo.

TERAPEUTA: Bueno, entonces como tenemos una compañera nueva nos vamos a presentar un poco (hace un gesto indicando al primer miembro)

LOLA: Yo soy Lola. [36]

CECI: Yo soy Ceci [33]

YAZMIRA: Yo Yazmira [40]

LUCY: Yo, Lucy [41]

PACO: Yo, Paco [36]

ANA: Yo ya os he dicho que soy Ana: y es el primer día que vengo. *Tengo problemillas* y bueno a ver si puedo mejorar.

TERAPEUTA: Si son problemillas.....

ANA: Bueno *para mí son problemazos* (riendo)

TERAPEUTA: ¡Ah ¡ Si son problemazos a veces se pueden eliminar de un plumazo.

ANA: Sí, esperemos

TERAPEUTA: Seguramente lo has intentado en tu vida

ANA: Sí; lo que pasa es que no sé, no, no, no sé quitarlos, no sé: Muchas veces cuando he tenido alguna preocupación he pensado, bueno no le des tanta importancia (bis), pero la importancia estaba aquí (se toca la cabeza) machacando

TERAPEUTA: Lo que justo suele pasar es que la importancia está aquí (se señala la cabeza), sabemos que está aquí

ANA: Ja, ja. Supongo que es ahí donde todo se... [T: se cuece] se cuece

TERAPEUTA: ...lo bueno y lo malo. Está bien. Y esos problemillas o problemazos ¿hace tiempo...?

ANA: Sí, sí. Siempre he tenido, siempre he tenido, porque en cada época de mi vida he tenido uno. O sea que me han acompañado siempre, menos *en la niñez*, en la niñez no. La niñez la he vivido muy bien, sí muy bien (...) La recuerdo bien... ***Por eso a veces quisiera volver a ser pequeña, pero bueno eso no puede ser***

TERAPEUTA: Entonces si no empezaron en la niñez, empezaron ¿cuándo?

ANA: En la *adolescencia* enseguida, enseguida empecé. Tendría yo unos quince años... Lo que más recuerdo cuando ***empecé a tener mis problemas*** fue cuando trabajaba en la guardería infantil con unas compañeras de la escuela, en concreto con Adela mi íntima amiga, que la quería muchísimo, y ella a mi también me quería mucho. Ella era la animadora y yo era la que le seguía, y siempre estábamos de juergas, y empezaron ellas dos a la hora del recreo. Ellas estaban allí y jugaban, y yo me iba sola a una habitación -me da un poco de vergüenza decirlo- y yo soñaba, me iba allí sola a soñar, y me hacía *mis fantasías* y mis cosas. Y luego les contaba mis experiencias que yo había soñado, se las contaba a ellas, como una película que yo había visto. Unas fantasías tremendas y ellas estaban encantadas con mis cosas. ***Empecé a notar que para mí era satisfactorio hacerlo, porque yo disfrutaba***, pero ahora recordándolo pienso ¿Y por qué no me ponía a jugar con ellas?

TERAPEUTA: Pero, algo te llevaría a buscar estas fantasías.

ANA: No sé... Romanticismo, ja, ja, romanticismo...

TERAPEUTA: ¿Eran películas románticas?

ANA: Sí. Por eso mis amigas todas querían que les contara las películas y yo para no decirles que era algo que yo me había inventado les decía que era una película, y todo terminaba siempre bien. Debía de saber contar muy bien las cosas porque me acuerdo que en la clase la maestra siempre me sacaba para que yo hiciese las redacciones, y las narraciones y las cosas así y yo las contaba en clase. Y claro pues yo a mis fantasías aún les ponía más entusiasmo a la cosa, y claro salían unas películas bordadas ¡oh! (se ríe)

TERAPEUTA: ¿Y llegó algún tiempo en que te desencantaste de las películas,

o qué pasó?

ANA: *Hasta hace poco*, aún por las noches antes de dormirme yo me hacía mi película y hace cuestión de seis años o por ahí que ya no. A veces me gustaría, porque para mí *me ayudaban a vivir* [T: Claro] pero no, ya no tengo imaginación, me quedo atascada.

PACO: Quizás es una forma de desconectar del mundo real ¿no?

ANA: Pues quizá sí.... La realidad, o sea, yo podría un poco quizá vivir si no exactamente mi fantasía, porque claro es mucha fantasía, todo demasiado romanticismo, pero si quizá un poco ese romanticismo podría vivirlo dentro de la realidad, de mi vida, de mi entorno, y sin embargo en mi entorno no lo he vivido nunca, nunca!

PACO: No se ha dado la circunstancia tal vez

ANA: no, no se ha dado nunca (llora...) Bueno no sé.... Quizá por culpa mía eh! (llora), por culpa mía también mucho, porque quizá era mejor lo que yo soñaba que lo que tenía, y entonces *no me he querido amoldar a lo que tenía*, y también podía hacer de allí y sacar el máximo provecho de lo que tengo, no sé...

TERAPEUTA: Ya. Pero *te resultaba más gratificante la vida de los sueños*.

ANA: ¡Ah sí!, porque es cómo quizá mi interior, cómo ¡lo necesitaba!!!..., cómo yo lo hubiese querido! Yo soy una persona muy emotiva, muy sensible y quizá yo lo hubiese vivido con esa fuerza ¿no?. Pero claro lo que había no era lo que quizá yo necesitaba, o no se asemejaba a lo que yo necesitaba, no lo sé. Quizá *por eso era más gratificante*, pues yo mira, pues yo me lo hago a mi manera y yo por lo menos lo vivo.

TERAPEUTA: Yo me lo guiso, yo me lo como

ANA: Sí

TERAPEUTA: ¿Y querías dar amor?

ANA: Sí, claro

TERAPEUTA: Dar y recibir amor

ANA: Sí, sí, sí, yo dar también sí en mis sueños sí, por lo menos sí, sí, sí. *No sólo recibir, no; yo también dar*, claro, claro que sí. En todas las cosas de mi vida, no sólo en el amor, en todo, yo, no sé, quizá *he sido una gran soñadora*, se puede decir así ¿no? (...) *¿Qué por qué soy así? Pues eso no lo sé... En casa somos un hermano y yo, somos dos*. Pero sin embargo *mi hermano*, no creo que esté pasando un mal bache, ni nada... Pero su naturaleza la veo más parecida a la mía... *Mi madre* era una mujer muy *sana*: mentalmente, muy sana y muy fuerte. Es fuerte ella, aunque con nosotros ha sido muy madre, o sea no ha sido dura con nosotros, al contrario, muy blanda ha sido. Ella es fuerte, no es como yo; se quedó viuda, y ella nos ha tirado adelante, y con una pasión para con los hijos tremenda. No he visto una madre más ejemplar. Ella ha vivido su viudedad sola y con mucha entereza, ha luchado mucho, ha trabajado mucho, y sin embargo mi madre no se ha hundido nunca. *Yo no soy así*. No lo soy, no sé... (....) No, no sé, mi madre ha sido muy buena, siempre conmigo, lo que no sé, es si ha sido demasiado cariñosa. Pero es, es buena,

buenas, buenas... Mi madre es una mujer que lo ha dejado todo; que lo ha dado todo por sus hijos; sólo ha vivido por sus hijos, no se ha ocupado de tener una comodidad en su casa, de tener una ilusión, de vestirse, de salir, su única ilusión son los hijos y su ocupación es mi casa. Mi madre es encantadora; pero se cree que yo la necesito como antes. Y porqué la necesitaba, pues porque no estaba preparada para la vida y pasé una vida muy dura. Me ha protegido demasiado. Y ahora continúa protegiéndome como si el tiempo no hubiera pasado...

Y *mi hermano* es maravilloso, mi hermano es como yo, *es maravilloso (bis), mi hermano*, pero tiene una mujer que no, pero con mi hermano *tenemos un lazo tan tremendo. Y mi hija, con mi hermano, también lo adora, nos queremos mucho...*(...) Mi madre, por ejemplo, cuando yo vivía con *mi primer marido...*, *yo estoy casada en segundas nupcias*, ella compró un terrenito. Y entonces como yo estaba en mejor situación que mi hermano mi madre se lo puso a su nombre, pero cuando yo estuve más necesitada lo destinó para los dos. Y mi hermano estuvo de acuerdo..., y bueno es que en mi casa somos..., no sé. *Quiero mucho a mi familia porque son muy especiales*, me estoy dando cuenta ahora mismo al hablar, porque yo ya lo sabía, pero ahora al hablarlo me estoy dando más cuenta, sí. Y mi hermano accedió y cuando tuvo que venderlo se empeñaba en darme la mitad, aunque no iba a mi nombre, pero yo no lo acepté de ninguna manera. Pero en mi situación difícil pues, mi madre me ayudó mucho económicamente, a mi hermano no le tuvo que ayudar, y entonces mi madre me mantenía a mi hija y a mí, y yo pues trabajaba alguna cosa, y mi madre decía: “*Ese dinero, tú guárdatelo, y no sé, pues, mira a ver si luego puedes poner algún negocio, si no encuentras trabajo puedes hacer alguna cosa*”... Y entonces, bueno pues pasó esa situación. Luego *encontré, trabajo en el hospital geriátrico* y mi vida fue ya más diferente, ¿no?... O sea, que pienso que somos gente, no sé..., que *me gusta como somos*. Porque creo que lo mismo que antes he hablado del amor *no sólo es en el amor, es en la entrega que nosotros tenemos, que somos gente que lo damos todo, lo damos y lo recibimos. No somos egoístas...* Yo haría cualquier cosa por defender algo que yo crea que tengo que defender, y mi hermano supongo que también, y mi madre también. *Somos quizá muy apasionados, o, muy, muy entregados* a lo que pensamos... *Por eso quizá lo de mis fantasías pues forma parte también de otras formas de mi existencia, sí, sí*. Hay gente, por ejemplo, que se cambian de casa continuamente porque quieren prosperar, pero yo no es por no prosperar, es porque mi casa no la cambio, *porque es mi casa* (se toca el pecho con las manos), y yo le he tomado cariño a esa casa. Cuando he puesto los pies en aquella casa, es mi casa, y allí he puesto yo mi cariño y mis cosas, y *eso me dolería de abandonar (...)*

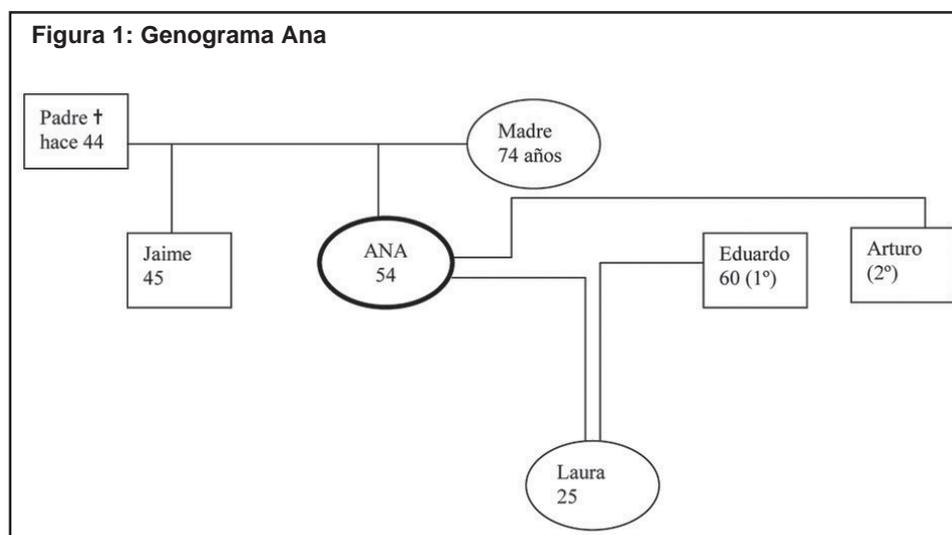
19.01.01 “De rebajas”

*Mi hija* está mucho por mí. Tengo una gran suerte de tenerla. Hasta ella también se merece de que esté yo a tope; porque padece conmigo. Y eso que yo

muchas cosas no se las cuento, pero sí que quizá se da cuenta. Ella me lo daría todo. Es algo... Es maravillosa. Tengo mucha suerte, es verdad, es sensata y responsable. Yo quiero que todas las cosas le vayan bien. *Mi hija tiene 27 años; pero ella ha sido mayor siempre*; si volviese a tener una hija no me gustaría que fuese tan mayor; tengo miedo que tenga algún día problemas también de *depresión*; porque *creo que ella ya nació sabiendo que le tocaba desempeñar un papel; porque de siempre ha sido muy responsable; y quizá no me gustaría que hubiese sido tan responsable desde pequeña*. Pero bueno las cosas han ido así y me adora. Me adora es una pasión lo que tiene por mí. Tengo mucha suerte de tenerla... (...) Todo eso está ahí: *tengo a mi madre, a mi marido y me tengo yo a mí misma y a ver cómo lo voy arreglando*.

### 3. CONTEXTO FAMILIAR E HISTORIA DE VIDA

#### El ambiente familiar (Figura 1)



30.11.99 (La momia)

ANA: Cuando era pequeña..., había una cocina muy grande de mis *abuelos*, era grandiosa y tenían una estufa con carbón y leña, yo siempre la recuerdo (...) Si aún la recuerdo eh, y había una radio en la pared y mi abuelo siempre con la radio, con el oído pegado a la radio, y *todas mis tías y mis tíos y mis primos, y todos estábamos allí los domingos y a mí me encantaba aquel ambiente*. Había una mesa camilla, con unas sayas y yo me ponía dentro (sigue sollozando), y abría la saya porque tenían una raja y me asomaba y los veía a todos y yo me sentía más a gusto, qué a gusto me sentía (solloza, casi inaudible)

## La muerte del padre

25.04.00, "El precio del silencio"

ANA: *Mi padre todavía no se había muerto. Se murió que éramos pequeños, yo tenía 10 años y mi hermano tenía un año nada más.* Yo viví la muerte de mi padre. Recuerdo cuando entró mi tía diciendo que mi padre había muerto y yo lloré mucho, incluso quise verlo muerto, pero... yo eso lo superé. Lo que me dolió más es que nos tuvimos que ir a casa de una tía con mi madre. Bueno, *mi madre trabajaba, mi hermano tenía un año y como era tan pequeño pues mi tía venía a buscarlo y ya nos íbamos a su casa hasta que venía mi madre del trabajo.* Y entonces mi tía hacía la comida para todos, comíamos allí. Mi madre tenía que ayudar a mi tía y nos pasábamos todo el día allí; sólo íbamos a casa para dormir. Yo lo asimilé bien, pero también lo viví con tristeza, porque cuando vivía mi padre teníamos una vida sin preocupaciones. En cambio a mi madre las cosas no le iban bien en el trabajo y yo sufría y pensaba ¿qué será de nosotros? Pero como jugaba mucho en la calle pues bueno, tenía mis momentos de preocupación, pero luego me expansionaba. No creo que mis problemas vengan de la niñez, pero lo que sí recuerdo que de pequeña era muy feliz con mis amigos en la escuela... Otra cosa que recuerdo de mi infancia es que siempre iba a cuestras de mi padre, pero aún de muy grande...

TERAPEUTA: ¿A cuestras?.

ANA: Sí, a cuestras. Esto sí que me parece raro. ¿por qué yo no quería andar?. Es que no quería andar. No sé siempre me decían mis tías y todos..., *¿no te da vergüenza ya tan grande?* Yo decía: ¡caray! ¿por qué me tienen que estar mirando que yo voy a caballo de mi padre? Pero yo quería ir a caballo siempre, yo no sé por qué, y ¡ala! a caballo siempre. Yo ya era muy grandota... y a mí me daba vergüenza de que me viesen, lo que no quería es que me viesen. Pero bueno, pues no sé esas son las cosas así de pequeña que recuerdo que no sé si algo me habrá marcado... Desde luego yo estaba muy contenta con mi padre, eso también lo recuerdo. Yo cuando iba a pasear con mi padre, más que con mi madre, yo cogía a mi padre del brazo y yo iba muy contenta con mi padre. (...) Y es una lástima que mi padre lo perdiera tan joven, porque mi padre era...; el otro día me dijeron una cosa que me gustó tanto. Iba yo con mi esposo paseando y vi a unas señoras...que conocemos... y me dijo una de ellas: *«Me acuerdo de tu padre, lo buena persona que era, qué bueno..., y dice: es que cuando iba a ver a tu madre, de soltero, dice: pasaba por la calle, ¿no? y todos los vecinos, todo el mundo, estaba con él, todo el mundo...»* ...;me llenó de satisfacción!, aunque mi padre sorprendentemente era una persona que hablaba poco, o sea, no era una persona...pero era mi padre...y me da mucha lástima, mucha lástima de haberme perdido yo todas esas cosas... Pero de todas formas, aunque me da mucha lástima, yo a mi padre...lo he tenido siempre presente..., ese hueco..., de alguna manera, lo tengo lleno, no lo tengo vacío, lo tengo

lleno porque...yo tenía 10 años, ¿no? cuando se murió y...sorprendentemente conozco a una persona que se murió su padre y no...ni se acuerda de su padre, y yo mi padre...está muerto pero en mi mente, en mi mente está vivo, no sé como explicar, y cuando voy al cementerio, y voy a ver a mi padre o cuando hablo con mi madre de mi padre, siempre lo hago de una manera muy bien, una manera...que no ha dejado ninguna herida, ¿eh?...al contrario, ha dejado un respeto y un cariño y una aceptación de que las cosas fueron así; pero...me hubiese gustado poder vivir más con él, pero, bueno... Nosotros cuando se murió mi padre, la ropa y eso no la tiramos, la teníamos, la tuvimos durante mucho tiempo y yo recuerdo que siempre de pequeña me gustaba mucho registrar los armarios y lo veía todo

### **El primer matrimonio**

30.11.1999 «La momia»

TERAPEUTA: Pero no nos has hablado de la persona con quien tuviste a tu hija.

ANA: ¡Oh! para qué voy a hablar de él, *me casé con 20 años*. [T.: Ajá] *Cuando empecé a trabajar con 15 años* o así... pues estábamos *trabajando* en la guardería infantil y mis amigas se iban al patio, a la hora del patio y allí ellas jugaban más que los críos porque éramos jóvenes y yo me iba a un cuarto y me hacía mis películas. Todo era tan bonito y (...) luego se lo explicaba... Pues en esas intermedias cuando tuve *17 años o así, conocí a un hombre que estaba casado (...) y no pasó nada...*, no hicimos el coito, ni nada de eso. Pero sí que teníamos una atracción. Y yo pues eso, *para mí era una aventura de mis sueños*. [T.: Exacto]... Y se lo dije a mi amiga, la más íntima... Y esa chica se lo contó a mi familia. Y en mi familia me armaron la marimorena. Y los padres de ella ya no la dejaban salir conmigo. Y entonces es cuando me empecé a encontrar sola. Me quedé sin amigas. y en esos tiempos pues estuve unos años sin salir. Un año o así sin salir de casa, porque no tenía amigas. Luego una amiga de la escuela pues se acercó a mí. Y era una chica muy diferente a mis otras amigas que eran muy alegres, buenas pero muy alegres. Aquella chica era muy sosita, muy, muy recogida y yo me amoldé a ella... En mi casa, mucho malestar, le di mucho disgusto a mi madre. Y todo, y una tía me decía, “*y ahora qué, con lo que has hecho no te saldrá nunca un novio, ni nada*”. Yo no sé, yo no quería quedarme sin novio. Yo quería casarme, yo quería formar una familia y no sé, y *cuando conocí a mi marido* pues enseguida (llora)... Yo no le dije lo que había pasado, yo creo que él eso nunca me lo perdonó del todo, pero no lo sé, no lo sé. La cuestión es que *me casé con él* (llora) *y tenía 20 años*.

TERAPEUTA: Eras muy joven.

ANA: Sí; no sé. Entonces con mi *marido* pues no sé, *no estaba enamorada* ni nada, después *me fui amoldando a él*; pero *la cosa no funcionó*, porque *era muy diferente a mí*. Después él trabajaba en la fábrica, lo dejó porque quería ponerse por

su cuenta, quería ser empresario, tener algo, trabajar por su cuenta y nos fuimos a **Bilbao**, y en Bilbao, yo allí lo pasé muy mal, porque no conocía a nadie, estaba siempre sola, él se iba a trabajar, y **yo lloraba mucho, lloraba mucho, me sentía muy sola, sin mi familia, sin mi pueblo, me acordaba mucho de mi pueblo, del colegio, del mercado, me acordaba de todo...** Luego no sé qué pasó que se quedó sin trabajo en Bilbao y nos fuimos a **Zaragoza**. Allí en Zaragoza empezamos un negocio, con muchas penas, con muchas penas. Empezamos un negocio tremendo. Él se puso a distribuir género, comprábamos bebida, y la vendíamos: él era el que la vendía por las tiendas y todo eso, porque él dijo que él fracasado al pueblo no volvía. Y entonces allí, pues alquilamos un piso amueblado y con un teléfono, un piso viejo, todo destartado y él se iba con el coche y yo estaba al lado del teléfono que no llamaba nadie pero bueno por si había alguna llamada para cogerla. Luego las letras... Yo me iba al banco, preguntaba, me informaba, las hacía. Allí, en mi casa yo le cosía los calcetines, le hacía las cosas, me administraba con nada (...) Pero sabía hacerlo, lo que pasa es que todo eso eran penas para mí que en casa no había sentido necesidad de nada, porque aunque hemos sido obreros, siempre hemos guardado un duro... Y entonces, él se sacó el carnet de conducir porque empezó a repartir licores y en la primera salida que tuvo atropelló a una persona pero sin hacerle daño, y ya no quería conducir más. Él pues con un disgusto... y llorando, yo llorando, él llorando, los dos llorando. Ya no quería volver a coger el coche, “*yo no, yo no hago daño a nadie, porque yo no hago daño a nadie*”. Y se iba con las cajas de bebidas al hombro y me venía por las noches con los pies chorreando de sangre. Y esto yo, lo admiraba de mi marido, lo admiraba porque a pesar de todo él tiraba la casa adelante y a pesar de todo **él luchaba por lo que quería, esto era lo que yo de mi marido me enamoró**. No es que me enamorase físicamente, porque físicamente él no hizo nada, no era cariñoso conmigo no, ni sabía hacer el amor, como muchos; no voy a ponerlo a él como un ejemplo aislado no, no, no. Como la mayoría de hombres no sabía hacer el amor, ni sabía llegar a mí. **Pero yo tenía una unión con él, que eran estos ideales, esta cosa, pero reñíamos mucho, discutíamos mucho, porque él era fuerte en unas cosas y yo era fuerte en otras**. Lo que él quería lo defendía a capa y espada y lo que yo quería también lo defendía a capa y espada. Y luchábamos mucho, teníamos muchos altercados. Bueno, pues **entonces yo me encontraba muy mal**. Ya, fuimos subiendo, fuimos saliendo del atasco pero siempre con deudas. Y con cosas, pero fuimos montando una tienda, dos, tres, hasta cuatro tiendas, un almacén de mayoristas. Con gente a nuestro cargo, una mujer que me llevaba la casa y yo estaba allí abajo, **pero yo no era feliz** (bis), porque yo quería estar en mi casa, yo quería llevar mi casa o por lo menos no sé, o quería tener un marido, no sé qué es lo que quería. Yo me sentía mal, no me sentía bien. Y entonces, pues bueno (...) qué voy a decir, pues nada, **que tuve una relación amorosa con un señor**. Y cuando vi la cosa complicada pues, se lo conté a mi marido, porque yo veía que me había enganchado y que quería salir de allí. Sí me sacó de ahí, me sacó de ahí; pero mi marido ya no

se acostó nunca más conmigo. Y estuvimos viviendo así, separados, en la misma casa. Pero él hacía su vida. **Hasta que al final él empezó a decir que quería separarse (bis), porque él era un hombre para estar solo**, que él veía que (...) pues que no estaba preparado para vivir con una mujer, que él quería estar solo para dedicarse más de lleno a su negocio y a sus cosas; y así un día y otro y otro y otro y como la cosa pues no tenía ni pies ni cabeza ni nada pues ya a última hora fui yo quien le dije bueno pues vale nos separamos y ya está... (...)

## La separación del primer marido

30.11.1999"La momia»

**Y nos separamos. Y estuve una temporada allí, esperando que él volviese porque a pesar de todo, pues eran 12 años de matrimonio, (yo ya tenía 32)** y yo lo quería a él, lo quería yo a mi marido, lo quería. Lo que pasa es que no nos entendíamos... quizá por eso, porque no me daba un poco de amor, quizá por eso. El sí (...) quizá me quería, y mucho, pero a su manera, pero eso lo reconozco ahora, entonces no y bueno **nos separamos**, y tengo el dilema también de mi hija, porque mi hija ha echado a faltar el roce de su padre, **mi hija ha tenido también algún problema, ya ha tenido que ir al psicólogo también** (...) porque él nunca la acarició, nunca (...) y no sé si a veces he pensado Dios mío porqué este hombre no es de otra manera, nos convendría a los tres hacer una terapia, porque qué nos pasó, porqué ocurrieron esas cosas... Y sí que yo desde luego **yo pagué, yo pagué por lo que hice, lo pagué, lo pagué porque yo soy así**. A la hora de separarnos él se quedó con todo, teníamos bienes entonces y él se quedó con todo y yo lo acepté, porque supe el daño que le había hecho. Y me dijo **“has hecho muy mal Ana, has hecho muy mal porque si tú querías a otro hombre o te querías ir con otro hombre o tener una aventura con otro hombre o algo, antes me tenías que haber dejado a mí”** y sí pensé que tenía razón, hay que ser nobles, pero yo **eso lo pagué, lo pagué**. Estuvimos dos o tres o cuatro años sin dormir juntos, no durmió conmigo para nada. Estuvimos muy abandonadas mi hija y yo, todavía más porque después cuando dijo que se quedaba con todos los bienes yo lo acepté. **Lo acepté para pagar de algún modo mi falta, luego me quedaba el consuelo de que tenía a mi hija** y pensaba bueno, algún día quizá ella coja algo de lo que yo he trabajado también y he luchado también y he sudado pero luego con el tiempo me he enterado que **él me dejó y se puso con una dependienta que teníamos**. Yo se lo dije una vez por teléfono: **“yo por lo menos fui noble y te lo dije lo que me pasaba con todas las consecuencias, pero tú no fuiste noble conmigo, tú me engañaste, tú me dijiste que querías estar solo y lo que querías era irte con otra. Esa es la diferencia entre tú y yo”**. (...) **Siempre evito equivocarme, siempre. Siempre he buscado cariño. Nunca más he vuelto a ser infiel, nunca jamás, me moriría, me dejaría matar antes de ser infiel**. Porque cuando él me dijo aquello, lo reconocí tanto, [23 segundos de silencio]. **Yo quería ser como soy, por**

*eso fui infiel porque necesitaba tener esa alegría, esa ilusión, ese no sé, dar lo que tenía dentro*, lo que, porqué él nunca, nunca me hizo nada, él era muy materialista, él sólo era negocio, siempre que estábamos juntos negocio, negocio, negocio y negocio (llora).

19.01.2001 «De rebajas»

ANA: *Lo primero que haría si volviera a nacer sería no casarme si no estuviera muy enamorada. Ahí fue mi primer fallo*. Porque si hubiese estado muy enamorada quizá la vida dura al lado de la persona que quieres no hubiese sido tan dura, pero claro la persona que tenía a mi lado, tampoco me llenaba, como tampoco me llena ahora mi actual marido... *Mi primer marido* tenía unas cualidades que me atrajeron un poco, pero no podía estar con él... Yo tenía entonces 20 años y estaba acostumbrada a una vida muy fácil. Él tenía 26 pero siempre lo admiraré por el coraje; tenía una fuerza de voluntad, él tiró la casa adelante. Y se iba a repartir por esos mundos de Dios a pie o en autobús y volvía con los pies llenos de sangre y yo le ponía agua caliente y le lavaba los pies; yo no comía todo lo que tenía que comer; le zurcía los calcetines. Se negaba a volver a coger el coche, pero después de mucho insistirle volvió a cogerlo y gracias a eso volvimos a tirar... *Y esas cosas nos unían mucho y, a pesar que no estaba enamorada, estábamos muy unidos*. Yo sé que hay algo que no se borrará nunca, que en la vida no se borrará. Y lo pasado, pasado está...

02.02.2001. «Bonjour tristesse»

ANA: [En referencia a la problemática de separación expuesta por un compañero, que implica la tendencia a autoinculparse y a atribuirse el fracaso de la relación]. Eso es doblemente doloroso. Y después otra cosa, que cuando se produce una ruptura y se queda ahí sin explicación, eso también es muy doloroso. Porque yo creo que si las cosas llegan a un punto donde se tienen que terminar, depende del diálogo, puede haber una comprensión, pero si eso se corta es como *algo inacabado*, que no se ha terminado, y siempre... habrá ese punto... y después, en tercer lugar, la vida trae situaciones que no se pueden resolver por uno mismo.

TERAPEUTA: ¿Para ti tu ruptura fue terminada?

ANA: No, mi ruptura no fue terminada tampoco, por parte mía yo estaba dispuesta a dialogar, pero claro, la otra persona, no estaba dispuesta. Yo tengo un diálogo pendiente, pero sé que ese diálogo no se va a producir nunca... la falta de ese diálogo muchas veces me ha hecho daño.... Es como la vida que pasa, falso tapado, pero yo sé que dentro de mí, dentro de mi alma existe, lo que pasa es que no puedo sacarlo, pero bueno pasa como una cosa más de la vida.

## El segundo matrimonio: Constitución y fortalecimiento de la nueva pareja

19.01.2001. “De rebajas”

ANA: Y luego me casé con Arturo, [el segundo marido]; *me casé para tener un marido, pero no sé porqué quería tener un marido.*

TERAPEUTA: Será porque necesitas [en alusión a una sesión anterior] un muñeco de peluche (carcajadas generales)

ANA: (riendo) Sí, eso será. Ahora, él no me da mala vida. El otro me daba muchos chillidos, me desahogaba más. *Mi [2º] marido* se me sienta y se duerme en el sofá y siempre está durmiendo. Esa parte se la perdono, porque trabaja; pero después él se va al billar y allí no se duerme y conmigo se duerme; yo me aburro más con él que él conmigo. Y la tele siempre va al gusto suyo y siempre ve lo mismo. Yo ya me pongo al lado de él a ver la tele y al rato me doy cuenta que estoy viendo una cosa que no me gusta y él está durmiendo. Apago la tele y entonces dice: “¿porqué has apagado la tele?”... Llegó el sábado y nos fuimos al baile, pero allí se me apoltronó, y me senté a su lado y no me veía capaz de bailar sola. Pero le dije el domingo que viene no te escaparas, nos vamos al baile. Está mal, está incómodo... Yo preferiría que me dijera vete tú y yo mientras tanto me voy al billar que me gusta... No iría siempre al baile; iría de vez en cuando, no es lo que me mata, yo no estoy para hacer siempre lo mismo; soy muy cambiante; ir al baile, al cine, al teatro; ir a casa de alguien, o que vengan a casa, hablar; mi marido nada, de todo lo que acabo de decir nada. Y con todo eso estoy hecha una muerma... Yo me acuerdo que, antes de casarme con él, me ponía la música a tope y me ponía a bailar como una loca. Luego apagaba la radio y ya está. Pero ahora ni eso: porque a mi madre le molesta la música, a él le molesta la tele... En verano dormimos separados y estoy encantada de la vida, puedo escuchar música. En invierno dormimos juntos, porque yo soy muy friolera; pero en verano dormimos separados porque él es muy caluroso; abre todas las ventanas... y yo estoy en la cama de matrimonio sola, ¡qué a gusto! y luego me pongo la radio o leo y no le molesto ni él a mi. Pero ahora en invierno no puedo poner la radio porque estoy acostada allí con él, pero bueno me calienta (carcajadas generales). Estoy deseando que llegue el verano para escuchar la radio. Porque es que no me entero de nada (bis). Yo en casa estaría siempre escuchando la radio. (...) Nos tratamos sin profundizar. Hay mucho respeto entre mi esposo y yo. Llevamos una vida muy «normalita» desde casados, nos llevamos bien, a veces tengo un poco de mal carácter, supongo que es cuando ya no puedo y tengo que explotar por algún sitio. Pero vamos, dentro de un límite que se puede soportar. Normalmente, los días normales, pues bien, tranquilos, yo hago la comida, hablamos un poco, otras veces no hablamos, yo friego los platos, yo por aquí, él por allí... y ya está.

21.12.1999. «Prohibido asomarse al exterior»

ANA: ...Pero al final ya pensé, vamos a ver qué hago: **“me separo de mi marido, mi madre que... se quede en su casa y voy a empezar a vivir por mí misma, que quizá esto no lo he hecho...”** Esa era una opción que tenía. Pero...luego tenía otra opción, pensé...que **mi madre era una parte importante en mi vida**. Fuese como fuese... y **mi marido también era una parte importante en mi vida**, porque a mis años... sentimentalmente tenía que tener un equilibrio emocional que con él no tengo. Entonces, **los dos eran importantes en mi vida**. Cuando vino mi esposo le hablé. En vez de callar, como hasta ahora había callado le hablé. Le dije que tenían que cambiar las cosas (...) y él dijo: **“Es que yo... no te he dado mala vida, yo creo que me he portado muy bien”** digo **“sí, te has portado muy bien”**, porque mi marido es muy bueno, es..., vaya... que no puedo tener ninguna queja. Digo **“Si tú fueses mi huésped y yo tuviese un hostel y tú vinieses aquí de huésped, serías igual de bueno, conmigo y yo igual de buena contigo. Pero es que resulta que no tenemos ni huéspedes, ni aquí hay un hostel. Aquí hay una casa, aquí hay una mujer y aquí hay un marido. Y entre un matrimonio tiene que haber algo más que portarse bien, tanto tú conmigo como yo contigo. Tiene que haber algo más, y esto hay que cambiarlo”**. Porque primero, incluso le dije si él quería separarse. Y él dijo que no, que no se quería separar. Digo bueno: **“pues entonces vamos a poner los puntos claros y es que aquí, tiene que haber algo más. Yo no tengo suficiente con ir a trabajar, estar en casa y dar un paseo por la rambla y volver a casa, no tengo suficiente... Hasta ahora he tenido suficiente porque como siempre he estado metida en una depresión, todo me daba lo mismo... Pero ahora ya creo que tengo que pedir algo más... y pido más. Pido que salgamos, pido que vayamos al cine. Y si vamos al cine pido que no te duermas.”** Porque alguna vez ya habíamos ido y él se dormía, a mi lado. Dice **“hombre, es que si no me gusta la película..”**, **“Prefiero que me digas: “Ana: esta película no me gusta” [T. y no vamos] y no vamos, eh? Porque entonces yo me siento tan sola, como estoy. Si vamos al cine tiene que ser a gusto de los dos, y vamos a ir contentos. Y cuando salgamos vamos a hacernos un aperitivo, vamos a hacernos un vermut o vamos a hacernos lo que sea. Y otra de las cosas que no estoy dispuesta a tolerar es que tú me digas que yo puedo ir a casa de mi hija todas las veces que quiera y que tú vendrás dos o tres días señalados al año. Tampoco estoy conforme. Porque mi hija, cuando yo me casé contigo no te la oculté, yo la llevaba, y ahí está... dice “es que... yo... quiero a Laura, pero no es mi hija”. No, ya lo sé que no. Pero es parte de tu familia. Lo quieras o no ya es parte de tu familia. ¿Verdad que si vamos a ver a tus hermanos, o a quien sea, yo nunca te he puesto limitaciones. Si un día no me ha venido de gusto te he dicho “Oh, hoy no vamos”. Y no vamos y no pasa nada y tú me puedes decir a mí también “hoy no quiero ir a casa de tu hija porque no me apetece”. Pues no vamos. Pero si un día no tenemos nada que hacer, para ir a dar una vuelta y nos aburrimos pues vamos a hacer una visita, igual que vamos a la vecina, o vamos a casa de mi madre o vamos a casa de tus hermanos. Pero a**

*mí no me pongas limitaciones. E ir yo sola, tampoco me vas a decir que vaya yo sola. Porque yo tengo que ir con mi marido, que para eso estoy casada. Que un día no te apetece, pues de acuerdo, pues no vamos. Pero cuando no tengamos nada que hacer, pues si un día se nos ocurre, pues nos vamos a ir. Y, pues bueno, mi marido me dijo que sí, mi marido me dijo que sí” (...)*

#### **4. PERFIL PSICOLÓGICO Y DIAGNÓSTICO**

La sintomatología que presenta Ana constituye un cuadro complejo y variable, que configura un síndrome ansioso-depresivo con episodios de agorafobia, mareos y todo tipo de somatizaciones, obsesión por la limpieza, tics nerviosos, etc. dependiendo de los momentos de su proceso personal y de los sucesos o circunstancias de la vida. Su infancia y adolescencia son alegres y despreocupadas, a pesar de la muerte del padre a los 10 años de edad, gracias a la sobreprotección de la madre. Este ambiente sobreprotector le permite vivir un mundo irreal o fantástico, idealizado, en el que románticamente se entrega a sus fantasías y a aventuras amorosas que finalmente le llevan a un matrimonio desgraciado, donde aparecen los síntomas agorafóbicos. Como resultado de esta decepción se deprime y se refugia en la protección de la madre, lo que aumenta la dependencia emocional, material y económica de ella. Dependencia que, precisamente en el momento de iniciar la terapia, es causa de nuevo sufrimiento y de obstáculo a su propia realización y felicidad. La consideración de toda esa compleja sintomatología como la manifestación de una existencia que atraviesa diversos momentos experienciales particularmente dolorosos o frustrantes, nos permite entender el sufrimiento psicológico, no como una enfermedad, sino como la expresión de un difícil y tortuoso proceso de individuación, y nos lleva a concebir el trabajo terapéutico, en consecuencia, como un laborioso camino de búsqueda y conquista de la autonomía.

#### **Depresión**

21.12. 1999. “Prohibido asomarse al exterior”

TERAPEUTA: ¿Qué tal?

ANA: Bien... bueno, he tenido de todo, en casa, he tenido de todo, pero... he podido salir, de todo lo que se ha ido presentando (bis). Estoy muy contenta, muy contenta porque... todavía falta ver los resultados, pero bueno, he podido salir

TERAPEUTA: muy bien, muy bien, los resultados...: ¿pero podrías concretar de todo eso..., te importaría concretar alguna cosa? Porque a mí me ha quedado muy vago...

ANA: ¡Ay! ¡Es que me cuesta tanto decirlo!... lo he pasado tan mal, lo he pasado tan mal [T: si no quieres decirlo no lo digas, pero...] sí, quizás preferiría... otra semana: lo diré, claro que sí, [T: ajá..] porque yo lo quiero decir todo, pero... tengo miedo de...caer otra vez en un poco de *depresión*, y prefiero... sí, porque está

muy reciente y... [T: entonces mejor...] lo he pasado muy mal [T: mejor no “menearlo”]. No, no (cambia el tono a un tono confidencial) mejor no menearlo, pero luego lo contaré, sí que lo contaré (...) [hacia el final de la sesión] ...Hasta ahora he tenido suficiente porque como siempre he estado metida en una *depresión* y todo me daba lo mismo..., pues... vale. Pero ahora ya creo que tengo que pedir algo más... y pido más.

## Obsesión por la limpieza, el orden y el perfeccionismo

24.10.2000. “Mr. Proper”

ANA: [Interviniendo en un diálogo sobre la esclavitud que supone el trabajo de casa]. A veces llega a ser *obsesión*, ¿eh?

LUCY: ¿Sabes que soñó mi hijo el otro día, que eso lo resume todo? que había un incendio en casa y él tenía que llamar por teléfono a los bomberos, pero para llamarlos tenía que pasar por el comedor, y yo lo acababa de fregar... (risas del grupo). Y yo le decía «¡por favor espera..., que está mojado!» (risas del grupo)

ANA: A mí eso de limpiar también me ha pasado, que... no me ha gustado que nadie me haya ayudado. Cuando yo me he puesto a limpiar he querido hacerlo yo también como a mí me gusta hacerlo y no me ha gustado que nadie me echara una mano porque no me lo hacían como a mí me gustaba. Nadie te lo puede hacer como tú quieres, es imposible. Yo en la casa de los demás no me importaba nada. Me encontraba a gusto en casa de otros, ni veía suciedad, ni me fijaba en nada de nada... Y limpiar..., lo que pasa es que a mí *me gusta limpiar... disfruto limpiando..., soy muy pulida yo*, y cuando limpio... lo que ella dice, también brillante, digo «*esto, ahora me voy a meter...*» y lo dejo impecable... Ahora, yo de pequeña no ¿eh?, yo de joven no, no ...de limpiar nada, nada de cuentos chinos... *ha sido de mayor..., sí, de mayor (bis), sí, de casada...*

CECI: A mí me pasa igual o peor... ¡Qué absurdo Dios mío! ¿Y cómo has hecho para quitarte esos...?

ANA: No sé..., paulatinamente. En el trabajo también me pasaba....

CECI: Claro, lo dejabas todo perfecto ¿no?

ANA: Perfecto, lo tenía que dejar...pues nada... Con los abuelos igual [se refiere a su trabajo en el geriátrico]. Los desnudaba, la ropa, impecable, aunque fuese con la faena hasta aquí (se señala la frente) porque tienes que acostar a tantos...y teniendo el tiempo justo yo dejaba todo impecable... impecable ¿eh?... Yo de mi trabajo, hago un arte. En el trabajo me han considerado los jefes porque he trabajado poniendo mis ganas de hacer... Pero poco a poco voy transigiéndome algo (bis), porque total, oye...¡tanta perfección! ¡tanta perfección! algo me voy permitiendo, sí, sí, sí...voy, voy...mirándolo bien, voy para atrás como los cangrejos, en el sentido del orden..., pero bueno..., yo vivo mejor... permitiéndome algunas cosas, vivo mejor... (...)

## Somatizaciones, sincinesias y tics nerviosos

21.12.1999. “Prohibido asomarse al exterior”

ANA: [en relación a lo que contaba Lucy]. Yo esta noche también he estado nerviosa. Desde que tomo la medicación..., antes cuando estaba nerviosa me levantaba con la cabeza ¡buff..! (Se pone la mano en la frente con gesto de dolor) era la cabeza, la cabeza. Ahora no, ahora la cabeza no; me levanto bien, muy bien, pero... (levantando el tono de voz) **la pierna... de los nervios** ¡buff... **la pierna no se puede estar quieta**; me da como unos latigazos..., por la noche hago ¡pum! (imitando el gesto)... se ve que estoy nerviosa y me ha costado dormirme..., antes no me pasaba eso, era de la cabeza de lo que me quejaba; pero ahora es la pierna, digo, buenoooo...

TERAPEUTA: Al menos te ha bajado de la cabeza a los pies.

ANA: Sí, a los pies (ríe) lo prefiero en los pies, lo prefiero en los pies.

## Trastornos del sueño: hipersomnia e insomnio

21.12.1999. “Prohibido asomarse al exterior”

LUCY: ...Bueno, también ahora estoy tan nerviosa que **me quedo dormida... profundamente**. Me duermo en cualquier parte, eh? Sí (...) o sea no sé si los nervios también dan por dormirse, pero...

ANA: Sí, sí, yo pienso que... que dan por... por evadirse, porque a mí me ha pasado también eso. Me ha dado, como, o sea... [LUCY- tu única protección es dormir] ahora mismo, esta semana, **¡he dormidooooo!... he dormido**, y claro, mucho, **y después cuando he medio resuelto las cosas entonces es cuando ya no he dormido**, o sea, como una especie de evasión, quiero pasar de todo. Quizás el cuerpo reaccione de esa manera. En vez de... no dormir, entonces a dormir. Me ha pasado de todo, otras veces muy nerviosa y muy mal ¿no?. Y otras veces, dormir, dormir y dormir, y... he pensado que (...) claro, el cuerpo es... es sabio, y quizás se bloquea o... porque... porque te conviene pasar de ahí y entonces pues... pasas de esa manera... como puedes...

## Agorafobia: mareos

09.02.01. “Nubes en el firmamento”

ANA: Hubo una etapa de mi vida, cuando estaba casada con mi primer marido, que teníamos tanto trabajo (bis), que metidos en la tienda desde las 9 de la mañana: hasta las 10 de la noche sin salir, porque allí comíamos y todo, y no había domingos, no había nada, y, **a mí no me gustaba aquella vida**, yo ya lo sabía que no me gustaba pero me pasaba algo, parecido a ella [refiriéndose a Ceci] que tampoco sabía asociar qué era, que yo cada vez que entraba por las mañanas... me daban **mareos**, tenía en

la cabeza, *en la cabeza un mareo, una pesadez en la cabeza, un mareo*, una pesadez. Incluso ya lo expliqué, llegué a soñar, soñaba muy seguido (bis), que yo volaba, y yo no supe nunca qué era pero ahora sí que lo sé, porque resulta que después de separarme de mi marido, no volví a soñar en volar, ni volvió la cabeza a darme por aquello, era cada día, era continuamente, *como un mareo, como un mareo, como un mareo...* Ahora si sé lo que era, *como que aquella situación para mí, era superior a mis fuerzas, y una vez rompí con aquello, a mi no se me ha vuelto a dar esa sensación*. Mhmm, quizás porque yo no sabía aquello, mhmm... *no podía romper con aquello*, era algo que si me hubiese dado cuenta tampoco en aquel momento lo hubiera podido romper, no sabía romper. Ahora tengo mis cosas, por ejemplo cosas en las que no estoy satisfecha... Pero, sin embargo yo, ahora mhmm..., no me vuelvo a marear, ni vuelvo a tener ansias de volar, y de alguna manera o de otra yo voy saliendo y ya esos síntomas no me han vuelto a ocurrir y yo pienso que son síntomas parecidos a lo que ella dice, [señalando a Ceci] o sea yo tenía unos síntomas, que yo no sabía qué eran aquellos síntomas, pero ahora sí estoy segura que eran [T: sí, sí] *eran que yo, aquella situación, aquel encierro, aquella opresión, aquella cosa, no la soportaba, me ahogaba...*

## **Inhibición social**

28.11.2000 «R.I.P.»:

ANA: Yo... Uhm... Algunas cosas, me había pasado como a él [en referencia a las dificultades de relacionarse socialmente de Paco] ... Cuando me separé de mi marido y vine para aquí, pues... *estaba tan desconectada de todo; tanto, tanto, tanto, que... el salir me era violento también*. Incluso una vez, me invitó a una cafetería, una amiga mía, y, llegué a la puerta y vi la puerta tan (tres) moderna... Yo que no estaba acostumbrada a nada, pero es que a nada..., es que, me quedo parada de cómo he vivido. Y me agobió el no saber si tenía que abrirla para dentro o para fuera... y digo: “ahora *voy a hacer el ridículo porque no sé por dónde se abre esta puerta...*” A base de salir y de encontrarme yo a mí misma, he ido perdiendo esa cosa que tenía como tú [refiriéndose a Paco]... Salía a la calle y me encontraba sola y daba una vuelta y no encontraba nada y me volvía para casa. También, sí... Pero a base de salir y a base de..., de conectar ya con las cosas pues... Todo esto me ha pasado completamente.

## **Personalidad dependiente e inmadura**

30.11.1999. «La momia»

T – No entiendo cómo ligas esto, con lo que has dicho antes que era idealista [refiriéndose al marido].

ANA: – Bueno, *él quizá siempre más maduro que yo*, esto ya me llamó la

atención. *Yo no era madura*. Y es que, era *muy maduro mi marido* (bis) (...) Tenía 6 años más que yo, pero lo admiré. Porque tenía *algo común conmigo* y era (...) era una persona de ideales (...), y eso me llenó de él. Era luchador, luchaba por lo que creía, y luchaba hasta el tope, y yo era igual. Lo que pasa es que *él luchaba en una forma materialista*, y yo era en otra clase de sentimiento, *yo más sentimentalista*.

TERAPEUTA: ¿Qué significa para ti que fuera maduro?

ANA: –Él ha sabido siempre lo que ha querido [T: ajá] él estaba informado siempre de todo, le interesaba leer el diario, informarse de las noticias. A mí todo esto no me importaba nunca un rábano. Él supo tirar la casa adelante en los momentos más difíciles y yo me hubiese hundido... Él quería trabajar por su cuenta y nos fuimos a Bilbao, y yo allí lo pasé muy mal, *porque no conocía a nadie, estaba siempre sola*, él se iba a trabajar, luego en el trabajo no sé qué pasó que lo que le prometieron no se lo cumplieron. Se quedó sin trabajo en Bilbao; *yo lloraba mucho, lloraba mucho, me sentía muy sola, sin mi familia, sin mi pueblo, me acordaba mucho de mi pueblo, del colegio, del mercado, me acordaba de todo*. Yo lloraba porque *echaba a faltar a mi familia, faltaba todo, mi entorno, yo no era nada, no era nada* (bis), *sin mi vida de aquí*. Por eso cuando volví aquí, que es mi tierra, creo que ahora sabría vivir más lejos de ella ¿no?. Pero, quizá porque *he madurado un poco más, pero sin embargo mis sentimientos siempre están aquí*. O sea, yo mi escuela, cuando paso, siempre la veo, siempre me acuerdo. Mira por ahí iba, por ahí me pasaba yo jugando, y esto. El mercado, la gente que conozco, *mis raíces, los quiero, quiero todo lo mío, lo quiero de verdad, quiero a mi madre, quiero a mi hermano, quiero a mi hija, quiero yo que sé, quiero mi casa*, ya digo, no quiero, incluso no me llama la atención, una casa hermosa ni nada, no la quiero, *lo que tengo lo quiero* (...)

21.12.1999. “Prohibido asomarse al exterior”

ANA: Yo también he tenido sueños, y repetitivos, pienso que quieren decir algo. Yo... soñaba mucho con una niña. *Una niña, que creía que era mi hija, y después llegué a la conclusión que quizá no era mhm... mi hija, sino era yo misma*... y siempre arrastrando de la niña. ... Ahora hace mucho tiempo que no tengo esos sueños de la niña. ¡No, no! Quizás me estoy aposentando más en mi misma [LUCY- yo también he soñado esto mismo] pues mira, una vez... unas fatigas con la niña porque nos perseguían... y yo tirando de la niña, y la niña una perra que me estaba dando la niña, y yo venga, venga, y al final nos salvamos, la niña y yo. Sí, sí, pero ya hace mucho tiempo que no tengo sueños con la niña. Yo al principio me pensaba que era mi hija la niña. *Mi hija, mi hija, pero luego... ya no sé; porqué pensé que era que yo no era suficiente madura* (...) y entonces claro, por eso me daba tanta guerra la niña. Y yo tenía que tirar, una adulta tenía que tirar de la niña.. Que bueno, la niña me daba guerra, pero claro, yo, era mi... (se señala a sí misma y eleva el tono de voz) y no la podía abandonar, venga..., vamos corriendo; venga, venga, vamos,

vamos y... y... pegadas y... [T. interesante] y no sé... pensé eso... así reflexionando, reflexionando...

TERAPEUTA: Para ti, eso le daba un sentido al sueño.

ANA: Le di el sentido de que... era... mi otro yo (con un gesto se señala con ambas manos a sí misma) yo... *mayor, madura y... la niña que ya era, pues eso, que no era una adulta todavía*. Digo, pues será mi parte que no esté todavía... definida como persona mayor, yo qué sé... (...) Estos sueños son especiales, son diferentes a los otros. Sabes que te dicen algo, porque yo he tenido sueños de todas clases y sin embargo, los que me decían algo, yo lo sabía. O sea... otros, los recordaba y todo, pero no me dejaban una... una señal [T. ajá]. Sin embargo, había otros que me dejaban una señal de... de que me estaban comunicando algo, que me estaban diciendo algo. Que yo la entendiese o no la entendiese ya era otra cosa. Ahora hace ya mucho tiempo no tengo sueños ¿eh?. Pero cuando tenía esos sueños, incluso me gustaba tenerlos, me... hacía bien tenerlos. Algunos no los entendía... porque hay muchos que no se entienden. Pero... siempre me... veía yo que me habían dicho algo..., era algo que... que quería salir, que quería salir y... que quería... [T. quería manifestarse] pues eso, si, quería manifestarse. Y yo me sentía muy bien. Ojalá los siguiese teniendo... ahora no los tengo, eso es claro, no los tengo (esto último bajando el tono de voz)... Y luego también he tenido otro tipo de sueños pero éstos mmmm... más pronto éstos los he tenido a mi manera, no sé si son ciertos o no, pero... ha sido también como... como lo de dormir. Sueños maravillosos. No hay nada concreto; por ejemplo una vez recuerdo que soñé un tren, que pasaba un tren, era de noche, con todas las ventanillas... encendidas. Y yo estaba detrás de un árbol, yo estaba viéndolo y era ¡boniiiito! era...¡ay! Me gustaba verlo pasar. Entonces esto... lo he interpretado yo que era una forma de... relajarme, de hacerme la vida un poco feliz. Ya que yo quizás no la estaba encontrando, llegaba a un cierto punto de que mi cuerpo me daba eso que yo necesitaba. Otra vez era uno... columpiándome. También era... mmmm, era un paraíso, porque era todo flores, todo flores, todo, todo, todo flores... y. todo jóvenes, así muy guapas y muy bonitas y yo también las veía desde lejos y unas columpiándose. Y también me daba una sensación de relajamiento, de bienestar, de... como si estuviera alucinando.

## Identidad de género

30.11.1999. “La momia”

Yo siempre he tenido ansias de ser ama de casa, siempre, no sé, porque yo eso de que las mujeres se emancipan, se, se, se, no me sale la palabra [CECI – que se realicen fuera de casa], sí; para mí, mi ideal, es que la mujer, cada vez, esté más al día de las cosas, más al día de todo, pero eso de que prefieran estar fuera de sus casas, a estar en sus casas no, no lo entiendo (bis) porque yo pienso que una mujer puede ser igual de mujer estando en su casa, más, yo que sé, llevando ella a su hijo, criando

a su hijo, no dejándolo en una guardería y por eso no tiene que estar menos instruida y menos al día, y menos moderna, y menos activa, y menos de todo, ¡qué va! [Ceci – no, todavía más] más, es verdad, más y yo de las mujeres que reniegan de ser amas de casa me da hasta pena... *No sé; me gusta mucho llevar mi casa, organizar mis cosas, llevar a mi marido, llevarlo bien todo. Creo que estoy capacitada para llevarlo todo bien y eso me hace sentir que estoy asumiendo mi papel. Lo que me corresponde hacer y lo que por justicia me toca hacer: una mujer que esté casada que lleve bien sus cosas que lo pueda hacer.*

## 5. EL PROCESO DE CAMBIO

### La crisis del sistema

21.12.1999. «Prohibido asomarse al exterior»

ANA: Esto..., mhmm, lo que ha pasado esta semana: también tiene algo que ver *con mi madre (...), y con mi esposo y... todo el jaleo de mi casa.* Ha habido un jaleo grande en mi casa (...). Y... es que a mi madre la atropelló el otro día un coche y no le hizo daño, no le hizo daño, pero .... la llevé a casa. Digo “pues vente a mi casa” y.... por lo menos aquí podré estar un poco más por ti... y así ¿no?. Y yo pues le coloqué las cosas y todo para que durmiese donde ella quisiera y todo. Pero ... al poco tiempo, bueno al poco tiempo, es que *mi madre es así, es..., mi madre me ha querido ayudar, tanto..., que al final pues llegaba un momento en que me anulaba, y yo también me dejaba anular.* Y entonces..., pues bueno ya empezó, cuando estaba en casa acomodada pues... a sacar faltas a mi marido, que si esto, que si te hace esto, que si te hace lo otro, porque mira cómo es, porque mira cómo no es.... Al principio aún lo podía ir aguantando, pero al final le dije: “*mira, no me hables de mi marido, no me hables más de mi marido y cuídate de tu vida...*”. Y aunque... sobre todo mi madre me había hecho daño [T. ajá] pues...mhmm me porté dura con ella porque me estaba haciendo daño. Y... después..., mhmm, se marchó para su casa y le dije “*si te marchas no vuelvas más*” y se marchó. Y.... ¡me sentí tan derrumbada, me sentí tan mal! Es que me ha hecho dos veces daño mi madre. Y después, cuando se marchó a su casa y le dije que no volviera más pues yo me sentí muy mal... y .... Entonces mi madre ha dicho que “*ya no vuelve a mi casa*”. Y yo pues “*haz lo que quieras... Si algún día me necesitas... pues, iremos a tu casa, hablaré con mi marido e iremos a cuidar de tu casa*”. Y después, mi madre se puso a llorar. Creo que mi madre nunca más me va a volver a hacer eso, aunque es muy difícil... que cambie, porque creo que esto lo comprendió, porque cuando le hablé del psiquiatra, le dije “*te acuerdas mama... que el psiquiatra del servicio psiquiátrico del hospital al que yo iba antes de venir aquí me dijo: si no vienes con algo cambiado, aquí no vengas más*”. Por eso ya me decidí a venir aquí, porque allí no podía ir con nada. Y entonces le dije a mi madre: “*¿Te acuerdas que te decía que mi vida tenía que cambiar? “pues no se*

*refería sólo a que tenía que buscar amigas, salir y todo, también tenía que cambiar respecto a ti. Y tú tienes que hacer tu vida y cuidarte de tu vida y a mí dejar que haga la mía, porque a los hijos hay que darles alas y que vuelen. Y si tropiezan tienen derecho a tropezar y si se caen pues tienen derecho a caer... a caerse, levantarse y a hacer todo lo que tenga que ser".* Creo que mi madre lo ha entendido también. Y... a pesar de todo, al día siguiente, en la cama me acordaba de mi madre, y no me acordaba con rencor, al contrario. Es una madre excelente, no la cambiaría por nadie ni nada en el mundo. Y entonces pues he pensado que mi madre es mi madre, y que yo la quiero igual, y que no le tengo ningún rencor. Bueno. Y ahora pues veremos si cambio, si verdaderamente he puesto los puntos sobre las íes. Ahora soy yo quien también tengo que lanzarme un poco, y salir y... y tener ilusión por las cosas.

## **Elaboración del sistema**

28.11.2000. «RIP»

ANA: ¡Ah! Y otra cosa quería decir... Pues que hago un poco de actividad, salgo cada día a andar un poco... No, cada día no, tres días a la semana, esa es la verdad. Y los otros días los dejo de margen para estar un poco con mi madre. Mi madre también es una persona un poco absorbente, sin darse cuenta. El otro día también, no sé dónde fui y cuando vine,... «¡Uy! *Cuánto tiempo has tardado, dónde has estado...*». Y digo, «*no me preguntes, no me digas nada (ríe), no me digas nada, ni si he tardado, ni si no he tardado... Yo no puedo salir con el agobio de que voy a tardar, de que dónde voy..., yo con este agobio no puedo salir*». [T: Aha.] Y la vi luego seria, muy seria. Y digo, mi madre está..., yo ya lo noto, que está resentida. La miré y me dio mucha lástima porque se está haciendo pequeñita, mi madre. Ya era bajita, pero se está encogiendo. Y se está quedando tan poquita cosa... Y me la miré con mucha... Porque es mi madre, claro. Y entonces me senté a su lado, y le dije: «*¿Estás molesta verdad?*» Y mi madre sin contestar, porque mi madre es de mucho temperamento (ríe). Y digo yo: «*Ya sé porque estás molesta. No estás molesta porque he tardado, porque he ido a andar... porque si voy a otro sitio, también; vaya donde vaya, tú siempre me has estado diciendo que si dónde voy, que si... Ahora comprendo que no es por lo que haga sino por el tiempo que estoy fuera de ti*». Digo, «*es eso, ¿verdad? por lo que estás... Te encuentras sola; porque claro, yo por las tardes voy a trabajar y tú te vas a tu casa, y por las mañanas con la faena, si yo salgo, casi no tenemos tiempo de estar juntas*». Y se calló. Digo, «*pues mira, ¿sabes qué? Que desde este momento me hago un propósito, ¡pero libremente!, no voy a salir a andar*». Y el andar me hace ilusión, pero también me hace ilusión que mi madre esté bien. Y lo hago libremente, no lo hago con ningún... Que es lo que decíamos, que cuando una cosa la aceptas, eh... Lo he aceptado tan bien, tan bien. He pensado, el salir me hace mucha ilusión y es un acto para mí, pero el estar con mi madre viendo esta situación que se presenta con mi madre, también veo que a mi

madre quizá no la tenga muchos años. Y, bueno, si me tengo que sacrificar, pues me sacrifico a gusto, a gusto. De verdad, no es un acto de debilidad ¡no! Lo hago porque... mi madre me necesita y yo también la necesito... ¡Que puedo dejar el andar! Para andar hay mucho tiempo, hay muchos momentos, pues voy a estar con mi madre. Quizá me lo plantee, y a lo mejor después de comer, como ella se va para su casa, quizá después de comer cojo y me voy a andar. Pero voy a estar por mi madre. ***No me está controlando a mí, sino que me está diciendo que está sola. Y como yo ahora mismo lo comprendo pues «no vas a estar sola (bis)», yo ya sacaré otro momento para mí.....***

## Oscilaciones en el proceso

12.01.2001. «La vida es sueño»

ANA: Pues que yo no me lo he pasado tan bien esta semana, pero no quisiera hablar hoy de ese tema, porque todavía me quedan secuelas. Lo diré; claro que lo diré; porque quiero aprender de lo que me ha pasado, pero ahora de momento...

TERAPEUTA: Necesitas encontrar el momento

ANA: Necesito serenarme porque después de pasarme me han quedado unas secuelas como si estuviese convaleciente. Me estoy recuperando y claro, cuando le conté algo a mi hija y vi que lo vivió con tanta intensidad... No estoy para vivir las cosas con tanta intensidad, no... No ha sido nada de gravedad, nada que me haya pasado un suceso especial ni tampoco sé exactamente lo que me ha pasado, es que no lo sé. Yo barajo tres motivos y dos de ellos... Hay uno que es el que menos me asusta: que es el de aprender de mi conducta; porque éste puedo superarlo; estoy segura que puedo superarlo, aprendiendo. Luego hay otros dos que ya no están a mi alcance... Claro, veo la fragilidad que tenemos y eso pues me hace sentir muy triste. Pero no sé exactamente qué hacer con ello... En el trabajo he seguido trabajando hubo un día que pensaba que tendría que volverme a casa, porque me entró un dolor de cabeza, porque yo nunca he tenido dolor de cabeza, embotamiento sí, pero dolor de cabeza no; lo aguanté y seguí. ***En el trabajo me encuentro muy a gusto. Que trabajo muy bien y en mi casa, después de todo, pues, he llevado un poco yo el timón y eso me hace sentir muy feliz. Me siento más realizada...***

TERAPEUTA: Cuando te sientas cómoda ya nos contarás.

ANA: Es una cosa tan insignificante.. es que no sé qué ha sido, si ha sido algo físico, pues es lo que digo que no puedo... Es que no lo sé. Yo creo que hay tres motivos que ya he dicho antes y creo que uno de estos debe ser, lo que pasa que los tres se dieron en las mismas circunstancias, y como no puedo separarlos pues no sé cuál ha sido. Si me hubiera pasado en diferentes momentos yo habría podido saber si ha sido uno o han sido los otros. De todas formas no sé si es un afán de agarrarme a una salida, pues lo que me ha quedado en la mente más es esto: un descontento con lo que me estaba ocurriendo, pero no se si me aferro porque tengo muchas ganas de

vivir y tengo ganas de vivir bien. (...) Estoy contenta porque ahora me encuentro mejor, que estoy hablando que no pensaba hablar nada; pero veo que estoy hablando más de lo que esperaba. En general hablo poco; aquí es donde más hablo. En el trabajo cosas superficiales, que no sé mucho qué decir; la verdad es que todo el mundo me tiene por sosa; yo misma me tengo por sosa (ríe y eleva mucho el tono de voz); me pongo sosa, es que me pongo de sosaaaaa... , tremendamente sosa. Esa parte también quizá la tenga que llenar un poco, no tengo mucha conversación con mis compañeras, no sé mucho de qué hablar, si es que no lo vivo, me pongo tan sosa; me da una rabia cuando me pongo así. Pero bueno... No pude ir a ver aquí al teatro "La vida es sueño" estaba mala; *un resfriado me puso mal; me encontraba mal y estuve muy inquieta; luego tuve que hacer baja del trabajo y no quería hacer la baja; a los cuatro días ya me fui corriendo a trabajar ahí estuve mal conmigo misma y de ahí empezaron otras cosas y desde ahí me trastorné, lo he pasado muy mal. Con una ansiedad, irritable por todo, muy mal, luego una cosa en la cabeza, unas ganas de llorar, no podía llorar.... Y luego ya pues como un poco de depresión; decaída, pero estoy mejor y hoy me ha venido muy bien hablar, muy bien, muy bien. Me daba pena porque pensaba que había hecho mucho progreso, y estaba yo muy contenta; aunque pensaba que la vivencia de toda una vida..., que algún día podría tener algún problema; que me pasaría factura. Lo que pensaba y pienso es que voy por muy buen camino; lo que pasa es que si lo que me ha pasado ahora es debido a cómo enfoco la vida quizá otro día me puede volver a pasar; pero a pesar de todo voy avanzando (bis); pero me sabía mal venir por vosotros, porque pensaba y ahora os lo quiero decir aunque yo haya dado un bajón, que voy avanzando, que sigáis viniendo. Yo, a pesar de todo estoy muy contenta. Tenía miedo de ser una mala referencia para vosotros. Pero yo no puedo ser una mala referencia porque estoy contenta y sé que voy avanzando. Ahora mismo estoy muy contenta de estar aquí.*

TERAPEUTA: Y nosotros de que estés aquí.

ANA: Lo que pasa es que estos bajones me hacen mucho daño; me hacen sentir tan débil, tan débil...

## Decisiones terapéuticas

31.05.2002. «Los trastos de la cocina»

ANA: Muy cansada, ayer fue un día que me agotó... no sé (llorando) es que me he dando cuenta que mi madre no se encuentra bien pero como ella siempre tiene cosas tampoco le doy demasiada importancia.. No ha sido de golpe; que ayer me di yo cuenta de golpe... Que veo mi madre, yo que sé...

TERAPEUTA: Que va perdiendo

ANA: Mucho (hace conatos de llorar)

TERAPEUTA: No te contengas llora

ANA: No sé qué es, pero la acompañé al médico porque tenía dolor de riñón. Le habían hecho unos análisis y el médico le dijo que le habían salido bien, pero ella estaba temblando, muy nerviosa, y le así por los hombros y no abulta, no abulta. Mi madre se está yendo... Y no se queja (grandes sollozos). Cuando la vi tan nerviosa, vi que se encuentra sola; claro yo tengo mis cosas mi marido, mi hija, el trabajo. Tengo que hacer algo... Como trabajo en el geriátrico con los abuelos había pensado que yo a mi madre no la llevaría nunca. Que cuando me necesitase yo tenía que estar ahí con ella; porque ella ha estado siempre ayudándome (bis), dando su vida por mí y que yo debo hacer algo por ella también, ¿no?. Y ayer me di cuenta que tal vez es el momento. He estado en vela toda la noche y me he levantado muy mal. Me he levantado muy cansada (bis) ... Quería hacer cosas y estaba dando vueltas y me salía un quejido continuo. He estado mucho rato ay, ay (suspiros; larga pausa) Está muy sola mi madre (pausa; silencio). Estoy muy cansada (bis), mucho (tres). ¡Ay! Quiero dedicarle tiempo; quiero acompañarla, darle seguridad (bis) (larga pausa; se apoya con un codo en el brazo de la silla mientras solloza largamente) ***Sé que si mi madre se va que lo voy a superar; lo sé; lo sé; ya no tengo dependencia como antes; antes me volvía loca de pensar que se me podía ir, pero he llorado mucho, mucho, mucho.*** Me va a doler en el alma.

TERAPEUTA: Decías que te costaba llorar y estás llorando.

ANA: Sí, pero ayer no lloré

TERAPEUTA: Por eso estás tal vez tan cansada porque no lloraste; permítete esta pena; permítete llorar.

ANA: (llora largamente, reorganiza sus cosas, el bolso, se reacomoda en la silla)

YAZMIRA (llora con ella) [Silencio general seguido de algunas intervenciones de los compañeros]

ANA: [mucho más serena y en respuesta a una compañera que dice que es mejor no darse cuenta para no sufrir]. Yo quiero verlo, haberlo visto y poder reaccionar, para poder hacer lo que yo quiero hacer con ella... Yo hasta ayer no lo veía, yo veía que se iba quedando más pequeñita, poca cosa; pero como es tan luchadora, tan trabajadora ... Además ayer le vi carencias de cosas, que quizás ya necesita y no pide... Ella vive en su casa; está todo el día conmigo y después de comer se va para su casa; esto lo hace porque es una persona independiente. Pero más que eso es porque no le gusta molestar. Piensa que, si está conmigo por la mañana, me ayuda a hacer las cosas; pero que después ella ya no quiere interponerse entre nosotros y entonces se va a su casa y así mi marido y yo estamos libres. Por eso lo tengo todo un poco difícil también, ***porque ahora en esos momentos necesito mi libertad. Siempre he hablado de mi libertad. Porque yo ahora necesito mi libertad, y mi libertad sería irme yo a su casa... En muchos momentos me apetecería no tener marido para no tener nada que me sujetase fuera de mi madre.*** Ahora, por ejemplo, si yo estuviese libre no tendría quizá tanta congoja. Porque ya sé; sé

exactamente lo que tendría que hacer. Sé exactamente que yo me iría con ella o ella se vendría conmigo, al no estar mi esposo pues no habría la cosa de molestar ¿no?. Y entonces yo, mientras ella estuviese bien, yo seguiría trabajando, pero estaría dedicada a ella; mis horas libres serían para ella. Tengo que buscarme una solución pero no sé cómo, no sé como voy a hacerlo; pero tengo que hacer algo... Esto ya siempre lo tenía presente porque mi madre se va haciendo mayor y yo me tengo que dedicar a mi madre y ahora veo que eso se me adelanta,. Pero por otro lado veo que mi madre no va a querer venir a casa. No sé cómo hacerlo. Tengo que hablarlo. *Es que es mi ilusión hacerlo será mi satisfacción mimar a mi madre; para mí será regocijo, alegría, de yo sin demostrarle nada dedicarle tiempo, mimos; hasta ahora ella no ha necesitado nada; pero ya es el momento de que lo necesita y que se lo tengo que hacer.* Porque mi madre para mí es todo; es mucho, es mucho. Ha sido además una madre... que me dio una ternura y una cosa de verla tan ... unas ganas de protegerla que para qué. Me lo plantearé, hablaré con mi esposo él me ayudará en todo lo que pueda; yo ya lo sé: me ayudará en lo que pueda y a ver cómo lo tengo que arreglar. Mi madre sin pedírmelo me he dado cuenta que ya es el momento en que me necesita. Hubiese querido que eso se me hubiese alargado (sollozando).

TERAPEUTA: ¿Y crees que ella lo aceptará?

ANA: No (llorando); no lo aceptará si ve que me roba tiempo. No lo aceptará (pausa, continúa llorando)

TERAPEUTA: Y ¿cómo te sentirás si ella no lo acepta?

ANA: (silencio, se queda pensativa, pausa) No, quizá lo acepte yo también; pero..., pero tengo que hacerlo de manera que no se dé cuenta, tengo que hacer algo; lo tengo que hacer... Por ejemplo, que yo me fuera a dormir con ella no lo aceptaría. Y yo sé que si ella no lo acepta estaría mal. O sea que la ayuda que yo le pudiese ofrecer en este momento sería más mala que buena; porque yo estaría padeciendo, estaría mal, estaría incómoda, estaría peor. Pues eso quizás no, ¿no? Pero sin que ella se dé cuenta tengo que hacer, cada vez ayudarle más, sin darse cuenta que se sienta protegida.

TERAPEUTA: Tal vez no es una cuestión de todo o nada, empleando pequeños espacios... Como ayer te diste cuenta de repente

ANA: Sí desde luego se me ha venido de repente. Por que yo hubiese deseado en estos momentos estar sola; sola; no tener ningún lazo más; ella lo habría aceptado dormir juntas, levantarnos, salir, pasear; mi madre lo hubiese aceptado; por eso mi primera reacción es que quisiera estar sola, quisiera estar libre. Esta noche me lo he pasado fatal. Medio dormida, medio despierta. Pero de la manera que me he levantado ha sido muy mal. Me he levantado llorando, sin atinar a hacer nada.

TERAPEUTA: Si no atinas a hacer nada es justamente porque no sabes qué tienes que hacer

ANA: Quizá era eso (sonriendo). Quería ir al mercado, pero no sabía ni qué

tenía que comprar. Estoy perdiendo el tiempo y no habré hecho nada. Estaba sin saber dónde... (Con la voz y el tono calmo) Pero la reflexión que me acaba de hacer, me ha hecho pensar; parece *me está dando cierto sosiego*; la reflexión de que ella no aceptaría según qué cosas, pero que yo puedo hacer otras: y esto me ha dado tranquilidad porque yo estaba con un atabalamiento que pa qué.

YAZMIRA: Es que yo creo que ya le das atención... Por que si viene a tu casa; tú ya la tienes siempre contigo, está mucho contigo...

ANA: Lo que pasa es que como precisamente estamos rozándonos tanto y también hay algo (tres): es que por ejemplo mi madre siempre me ha ayudado mucho y había una cierta etapa en que esta ayuda me venía bien; pero ahora es otra etapa en que esta ayuda ya no me viene tan bien.

TERAPEUTA: Porque te quita libertad.

ANA: Exacto. Me quita libertad... Incluso la cocina la quería yo arreglar; la quería poner un poco más alegre, más bonita. Y como ella trastea tanto y todo y los cacharros; yo tengo unos cacharros sin estrenar muy bonitos de cocina, y los tengo guardados...

TERAPEUTA: ¿porqué no los puedes sacar?

ANA: Porque ella me los trastea mucho y... y... y... y a lo mejor les da algún golpe sin darse cuenta, y digo bueno pues si algún día puedo yo llevar las cosas pues ya los pondré. Es triste pensar eso porque precisamente yo eso no lo hubiese sacado nunca mientras ella hubiese vivido. Es triste eso pensarlo. Ni la cocina la hubiese arreglado nunca mientras ella hubiese vivido, porque ella es feliz así.

TERAPEUTA: Pero cuidado aquí está la cosa. ¿Se los has preguntado si es más feliz así?

ANA: No se lo he preguntado, pero lo sé positivamente

TERAPEUTA: ¿Cómo lo sabes positivamente?

ANA: Pues mire: (con tono decidido) por ejemplo, yo cuando hago vacaciones digo: ahora me voy a ordenar los armarios. Y me los pongo de la manera que a mí me gusta. Pues al día siguiente mi madre me dice ya: "*mira, ahí me los has puesto ahí que no llego, allí que no sé cuantos*". Poco a poco se van bajando a donde ella llega a donde ella quiere. O sea todo es así. Y ella está muy conforme tal como está todo. Si fuese todo nuevo, ella misma se retiraría de hacerlo.

TERAPEUTA: Qué pasaría si se retirara.

ANA: Le quitaría a ella. Es su vida. Ella siempre ha estado haciendo cosas. Creo que es lo único que la mantiene. A ver de la manera que la veo tan consumida, tan poquita cosa lo único que la mantiene es pensar es que tiene todavía esa obligación que hacer.

TERAPEUTA: Ese rol, porque para ella no es una obligación. Ella lo hace porque quiere hacerlo; se siente útil de esa manera.

ANA: Sí. Además ella nunca ha tenido mal rollo por hacer. Es verdad ella lo quiere hacer. Se cree que me está haciendo mucho bien. Pues yo quiero dejárselo

todo, que trasteo, que haga y deshaga. A veces eso me ha llegado un punto de crisparme un poco y a veces he discutido con ella pero nunca le he dicho nada de este tema, nunca se lo he dicho; porque la quiero dejar (tres). Ya tendré tiempo de todo...ya tendré tiempo..

YAZMIRA: Pero entonces, si a ti te gusta tener la cocina ya no haces lo que tu quieres.

ANA: Ya lo sé, pero puedo elegir: puedo hacer entre dos cosas o hacer lo que me gustaría hacer y yo sería más feliz en ese sentido pero vería a mi madre apagarse; o dejar a mi madre como es, ver a mi madre que todavía tiene la chispa y privarme de eso que me gusta. Y prefiero como está. Eso lo prefiero, lo tengo decidido. Alguna vez se me va la paciencia, pero enseguida reacciono, es que quiero hacerlo así. La cocina es importante para mí, pero mi madre es más importante. Ya estoy conforme como están las cosas. La dejo que haga y deshaga lo que quiera. Y yo lo hago por ella.

YAZMIRA: Y tu marido no la ve como un intrusa...

ANA: No, no. Mi marido sabe lo mismo que yo. Está conforme.. dice «*es verdad; déjala que trasteo*». Ella es feliz con la cocina tal como está. Ella misma se retiraría. Porque ella vería que a lo mejor lo estropeaba y así ella está despreocupada porque ve que todos estamos conformes con el rollo que hay... (pausa). Para terminar ya me gustaría decir que me ha hecho mucho bien llorar; me siento mejor, mucho más tranquila. Me siento menos cansada y que bueno ahora ya pues como verdaderamente ahora no me encuentro mal como antes; eso es la verdad, ahora me encuentro bien, pues miraré de buscar la solución. Miraré de armonizar. Y hacer buenamente todo lo que yo pueda. Estoy más entera, que estaba muy mal. Estaba muy mal.

TERAPEUTA: Al final has podido llorar.

ANA: Me cuesta mucho llorar cuando siempre yo lloraba muchísimo. En cualquier sitio podía yo expresar mis emociones para bien o para mal. Ahora puedo expresar las buenas; pero la triste, la de llorar es la que me cuesta tanto. Incluso a veces para poder llorar tengo que irme sola para poder llorar, me va bien, incluso alguna vez lo había hecho; aquí puedo llorar, porque sois el grupo; después puedo llorar poniendo música, ópera, hay algunas arias que oyéndolas cantar, puedo llorar. Pero no sé con quién no me permito llorar; con mi hija tampoco me lo permito. Con mi madre, con mi esposo, es con los de casa que no me permito llorar; porque luego si hay una pena ajena a mi sí que puedo llorar. Es sólo lo que es mío por lo que no puedo llorar.

TERAPEUTA: Porque piensas que si tu lloras los demás se van a sentir mal

ANA: No lo sé exactamente; supongo que por ahí va la cosa

TERAPEUTA: Porque tu tienes que ser fuerte; tienes que estar bien...

ANA: Sí. No sé qué es lo que pasa (ríe)... [...]

TERAPEUTA: Me gustaría subrayar otro aspecto de lo que has dicho, Ana.

Cuando te hemos preguntado si te gustaría cambiar la cocina y porqué no lo haces. Has dicho que es porque permitiéndole a tu madre hacer este rol ella se siente útil y eso le ayuda a vivir; como seguramente permitiéndole sentirse mínimamente autónoma, mientras pueda, eso también le hace sentir útil y a lo mejor un exceso de querer proteger le haría sentir inútil. Pero lo importante que quería subrayar de lo que has dicho es que además de constatar la nobleza de este sentimiento filial de querer complacer a tu madre y que muchas veces ha sido en detrimento de tu libertad pero que cuando se da ese conflicto, no existe si uno elige y tu has dicho yo he elegido; *si uno elige continúa siendo libre porque la libertad está en la elección.*

ANA: *Me costó elegir, no he elegido sin darme cuenta, he elegido dándome cuenta, porque yo tenía la ilusión por la cocina y todo, y hubo un momento en que estaba ya hasta rabiosa, pero después me lo planteé serenamente y dije a ver, vamos a ver las cosas. Y entonces fue cuando ya elegí.* Tampoco esperaba que mi madre se muriese, pero que sí que llegaría un momento en que ya no pudiese. Por eso digo que era triste que mis cacharros estuviesen allí porque ese día para mi madre ya le quedaría muy poca vida; pero bueno los cacharros me los dieron en el banco por poner un dinero; tampoco fui yo a escogerlos. Y entonces pues me los guardé, pensé cuando tenga la cocina arreglada pues ya será el momento de lucirlos... Y cuando ella falte o ya no pueda trastear por la cocina entonces yo sé que los pondré ese día, yo soy consciente; pero pienso que cuando los ponga aunque sea triste...

TERAPEUTA: Puede ser en homenaje a ella

ANA: Sí; exacto..., sí. Creo que también quedará una paz interior porque diré bueno..., (silencio) yo qué sé

TERAPEUTA: Bueno, sí que lo sabes

ANA: Sí (riendo) que lo sé... Quiere decir que las cosas tristes también existen en la vida y están ahí y el día que yo lo ponga sé que me vendrá la tristeza, pero también al mismo tiempo me vendrá decir bueno eso lo pongo ahora, pero "te hecho feliz" (bis), o al menos lo he intentado, sin darte cuenta, sin saber, porque ella no lo sabe, porque si ella supiese eso que estoy contando aquí ella misma se retiraría de hacerme nada, para que yo hiciese mis cosas, pero sin que ella lo sepa.

TERAPEUTA: *Lo importante es que lo has decidido y si lo decides, puedes ponerte en paz o de acuerdo contigo misma ...*

ANA: Sí lo he decidido, lo he decidido yo.... Y yo me encuentro muy bien, yo ya lo he dicho aquí; hace tiempo que yo estoy muy bien; estoy estupendamente bien; más o menos está todo en orden, está como yo quiero que esté y entre estas cosas la cocina, porque quiero que esté así, porque quiero que esté como quiere mi madre que esté... Pues mira si por ahí no me busco la vida me la busco por otros lados. Y lo llevo bien y lo acepto bien; me siento bien. No me hace ninguna congoja, no me hace nada, nada.

TERAPEUTA: Lo importante es que para ti no sea un conflicto para tu libertad

ANA: No, no lo es.

## 6. EVALUACIÓN DEL CAMBIO

### Reconocimiento del grupo

09.05.2000. «El pecado original»

YAZMIRA: Y una cosa, tu también (dirigiéndose a Ana) al principio estabas muy desorientada, y ahora parece que estás mejor.

ANA: Yo no sé cómo estoy, pero la cuestión es que no tengo nada que decir de mi persona. No sé si es bueno o es malo. Ahora hace un rato me lo estaba planteando... Yo no sé si eso será bueno o malo.

TERAPEUTA: ¿Qué quieres, qué te demos el alta ya a ti?

ANA: No, no . . . (Risas generales)

TERAPEUTA: Al menos el grupo te agradecería que continuaras un poco más.

ANA: Pues, nada, yo también encantada. Muy agradecida del grupo.

TERAPEUTA: También aportas mucho al grupo.

ANA: No sé si apporto mucho o no [T: Sí, sí . . .], pero yo me encuentro bien aquí.

LOLA: Yo también me he acordado de ti.. Está mejor, sí, está muy bien.

PACO: Sí, sí que estás mejor.

YAZMIRA - Sí, es verdad. Tienes otro aspecto.

PACO: Desde que empezaste, que empezaste bastante mal.

YAZMIRA: Con aquel *mantón de Manila* con el que venías...

### Cambios visibles y no tan visibles

28.11.2000. «RIP»

ANA: La verdad es que me encuentro muy bien a conforme vine, muy bien, muy bien.... El relacionarme también me cuesta mucho menos, al contrario. Tengo ya una amiga, que nos llevamos muy bien. He hecho una amistad fuerte. Después, ahora, por ejemplo hay una cena. Pues, no pensaba ir, porque... no tengo ropa, ni tengo nada yo de... para comprarme la ropa. Yo no estoy para todas esas cosas. Pero después he pensado... ¿Y ver a las compañeras todas allí reunidas? A las que ahora no veo, del turno de la mañana: que no las veo. Y digo: Pues, qué caray! La ropa no importa tanto, yo llevo lo que tengo y ya está. Me pinto un poco y andando. Pero yo voy para allá. Y he decidido ir. Pienso que estoy en una línea buena (bis), pero... quiero seguir, quiero seguir, y... Sí, hasta que me echen (ríe), hasta que me echen; y... *Me ha ayudado mucho a mí el grupo, me ha ayudado mucho, mucho*. Me ha ayudado. He tenido mis baches, que ya lo sabéis, y estoy contenta de haber venido. Sí, sí... La vida se ve que tiene esas cosas y es así. Y yo voy aceptando la vida tal y como es. *Estoy confiando mucho en mí, en mí misma*... Y es que... que el ser humano tiene sus imperfecciones, tiene sus cosas buenas, sus cosas malas, como

todo el mundo y que, bueno, que hay que... *Yo me las acepto, me las acepto, lo bueno, lo malo, y todo. No me cuestiono nada, nada, lo que hago bien pues bien, y lo que hago mal pues mal. Y... ya está. Y yo soy yo misma y...* Nada más. No le doy más vueltas al asunto.

02.02.2001. "Bonjour Tristesse"

ANA: Sí, la semana: pasada me encontré perfectamente. Me da miedo, porque cuando paso una crisis así, veo que mi naturaleza puede menos con esas crisis, es como bajar... me cuesta recuperarme, pero la semana: pasada pensé: mira, ya me ha pasado, pero claro, se me pasó y estoy bien, normal.

TERAPEUTA. ¿Qué te ha ayudado a superarlo... ?

ANA: ¿Qué me ha ayudado a superarlo? Quizá *venir aquí y después el tiempo y echarle un poco de valentía que he tenido que poner de mi parte*. Un poco salir... todo eso... y lo que veo cada vez más, es que se que yo necesito distraerme, porque yo, en el fondo, *y esto no es por depresiva, porque yo en el fondo siempre seré una persona que tendrá un punto de tristeza, por la vida, porque yo no lo era, yo era muy alegre, siempre estaba jugando, pero según he ido viviendo la vida, esas cosas que acabo de contar, porque no me van dejando indiferente y al no dejarme indiferente, yo siempre he estado con un poco de tristeza y quizá por eso me asusto mucho*. Necesito reírme mucho, salir, no pensar, ver la vida desde la despreocupación un poco, porque yo sé que yo despreocupada nunca he sido, pero me cuesta porque no tengo un marido alegre, me hubiese ayudado, porque la ayuda la tengo que sacar de mi misma y me cuesta porque, primero y principal, yo estaba muy cerrada con eso de marcharme a Zaragoza y al venirme, ya la cosa no era como entonces, al casarme al tener más preocupaciones ya tampoco me dejaron mucho; al casarme con mi [2º] marido, un poco cerrado también, ahora tengo que abrirme camino como puedo y muchas veces lo voy consiguiendo, *a empujones voy trampeando*.

TERAPEUTA: A empujones y a mantones.

ANA.: A *empujones y a mantones* (ríe)..

TERAPEUTA: *Un mantón de Manila...*

ANA: Ya pronto, sí [en referencia al baile de los mantones tradicional en esta localidad, al que se atrevió a acudir por primera vez el año anterior, lo que constituyó un hito en el proceso de cambio].

28.11.2000. «RIP»

ANA: Yo *para mí, mi mal ha sido*, uhm... *el no confiar en mí misma*. Y a partir de ahí, pues... cualquier situación, cualquier cosa siempre, he tropezado, he tenido dudas, he tenido ansiedades, he tenido... *Con la gente también he visto que a lo mejor no me han comprendido, que yo a lo mejor lo he dado todo y, y, y no he visto correspondencia. Pero es que ahora ya no me importa. No me importa que me*

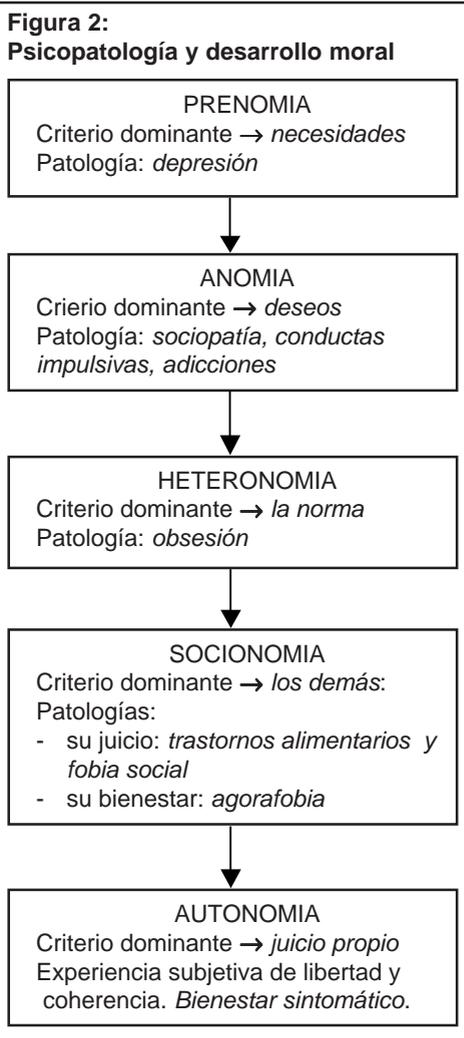
correspondan o no me correspondan. Y si lo doy, lo doy porque yo soy así, y no lo doy tampoco, por nada, sino porque yo soy así, y lo tengo que dar... [T: Porque quieres.] Y si no lo diese, me sentiría mal conmigo misma. Y yo lo doy porque lo quiero dar, y ya está, y si no me corresponden no voy a juzgar a la otra persona. ***Pienso que lo más grande es el ser humano, y cada ser humano, no sólo yo, cada ser humano es lo más grande. Y yo voy a respetar a todo el mundo porque cada ser humano es lo más divino que hay en la vida; es lo mejor que hay, no hay otra cosa; y yo me voy a respetar a mí, porque yo soy yo y ya está (ríe) y yo soy muy grande también...*** [T: Estás las veinticuatro horas contigo.] ***Yo soy maravillosa, y todo el mundo es maravilloso, y nunca jamás voy a cuestionar a otra persona, porque la otra persona es tan respetable como yo, y ella que haga lo que quiera, y ella allá con sus cosas buenas, sus cosas malas, y yo igual.*** Y esto ha sido mi equilibrio, aquí, y ya está.

## **7. LA TERAPIA COMO PROCESO DE DESARROLLO MORAL**

El discurso de Ana, como el de cualquier persona que sufre una problemática psicológica, está atravesado de contradicciones y oposiciones: son el síntoma de un sistema epistemológico en crisis que pugna por expandir su estructura hacia una mayor complejidad a fin de hacer compatibles tendencias internas y situaciones externas que frecuentemente entran en conflicto. Los recursos para hacer frente a esta situación varían mucho de una persona a otra y producen efectos muy diversos según el grado de evolución de los mismos, dando origen a una sintomatología específica, característica de cada uno de ellos. En estas condiciones la terapia se concibe como una intervención orientada a promover el aumento de tales recursos a partir de su estadio actual hacia la zona de desarrollo proximal (Villegas, 2001). Tales recursos en nuestra concepción son de naturaleza epistémica y moral. Incluimos bajo la denominación epistémica los recursos de naturaleza cognitiva en toda su complejidad desde los esquemas sensoriomotores innatos hasta los más sofisticados de carácter metacognitivo, que incluyen las habilidades de construcción y resignificación de la experiencia. Entendemos por desarrollo moral el nivel alcanzado por el sistema epistemológico respecto a los criterios de acción, los cuales se originan en el seno del conjunto de necesidades del propio organismo, constituyendo el sistema motivacional (emotivo y afectivo del sujeto), que pugna por satisfacerlas en un contexto socializado que, al igual que constituye el único medio donde le es posible realizar sus tendencias, se convierte frecuentemente en un entorno hostil contrapuesto a sus necesidades y deseos. La intervención terapéutica, en consecuencia, juega una doble función: *psicagógica*, en términos de Platón (Villegas, 1992), a través de un diálogo mayéutico, que busca poner en juego los recursos del paciente para entender las causas, el origen y la estructura de sus problemas y aprender estrategias para hacerles frente y superarlos, y *ética*, entendida como una toma de conciencia de la propia responsabilidad en la consecución

de una mayor autonomía psicológica. Ésta comprende operaciones relativas a las tareas características de los distintos niveles de desarrollo moral, tales como a) identificación y reconocimiento de las propias necesidades, sentimientos y deseos (*anomía*); b) conocimiento y respeto de los límites impuestos por la sociedad (*heteronomía*); c) capacidad de descentramiento de las propias necesidades para poder interactuar con los demás de forma empática y solidaria (*socionomía*); d) integración de todos los niveles anteriores en una actuación responsable capaz de asumir decisiones y compromisos que sobre la sólida base del reconocimiento de las propias necesidades sea capaz de hacerlas compatibles con el respeto hacia las normas sociales y los objetivos prosociales (*autonomía*) (Fig. 2). El fracaso en la obtención de estos objetivos lleva a la persona a una posición *prenomía*, característica de la depresión, producto de la desilusión o el desencanto, generadora de sensación de impotencia y tristeza.

La *prenomía* se corresponde con el primer nivel de desarrollo moral de total irresponsabilidad, entendida como incapacidad absoluta para dar respuesta, en el que el bebé percibe sus necesidades, pero carece de cualquier recurso propio para satisfacerlas; se halla en un estado de total dependencia y pasividad, necesitado del cuidado de los demás. En la medida en que sus recursos motóricos, sensoriales, afectivos, cognitivos y lingüísticos se van desarrollando tales necesidades se revisten de un impulso fuertemente egocentrado que dan origen al nacimiento o constitución del núcleo volitivo del niño: es la fase *anómica*, donde sus necesidades, impulsos, deseos e incluso caprichos se vuelven ley: para conseguir satisfacerlos sirven tanto los reclamos dirigidos a los demás a través de la seducción (la simpatía) o del despotismo (las rabietas) como la expresión directa de la agresividad, o, en su defecto, la realización imagi-



naria a través de la fantasía o las ensoñaciones (como era el caso de Ana durante su adolescencia y posterior vida adulta). La insuficiencia de tales recursos, así como la imposición de fuertes límites por parte de las figuras de autoridad que, a su vez, suelen ser las mismas encargadas de proveer a la satisfacción de sus necesidades (función parental) desemboca en la construcción de un nuevo estadio, la *heteronomía*, en el que la ausencia de regulación o control interno viene sustituido por un sistema de reglas o normas externas, sustentado en las figuras de autoridad. Más adelante, con el inicio de la adolescencia, la satisfacción de muchas de las necesidades afectivas, particularmente a través del enamoramiento y la amistad, regulará las tendencias anómicas en relación a los coetáneos, lo que constituirá un elemento capital para la socialización. La norma o criterio de acción será ahora predominantemente el de los demás, buscando su aprobación, primero, a través de la imitación, y su amor, después, a través de la entrega (amistad, enamoramiento). Es la fase *socionómica*, que irá madurando en la edad adulta con la capacidad del amor no recíproco (paternidad).

La secuencia de estas etapas de desarrollo no se produce de un modo necesariamente armónico ni integrado, dando origen a problemas de naturaleza evolutiva en el niño y el adolescente, antecedentes de muchos *trastornos de personalidad y de conducta*. Tampoco coexisten sin más pacíficamente en el adulto, produciéndose con frecuencia conflictos entre las *demandas anómicas y heteronómicas* que en los casos de mayor tensión pueden dar lugar a *los trastornos obsesivos*; o entre las *demandas anómicas y socionómicas*, que se traducen fácilmente en *trastornos de ansiedad de carácter fóbico* más o menos graves. La existencia y persistencia de tales tensiones en el sistema son una señal inequívoca de la necesidad de desarrollo hacia nuevas estructuras más complejas que encuentran su compendio en el concepto de *autonomía*, entendida como la capacidad de asumir la responsabilidad de los criterios de decisión y acción en función de las propias necesidades o deseos, integrando o contrariando, si es el caso, las dimensiones hetero- y socionómicas, sin que ello sea fuente de trastorno psicológico, aunque tal vez sí acarree inevitablemente un intenso dolor emocional.

## 8. ESTRUCTURA DEL SISTEMA MORAL DE ANA

### 8.1. PRENOMÍA

#### Dependencia e impotencia

19.01.2001. De rebajas

TERAPEUTA: Y ¿qué Ana, cómo ha ido?

ANA: Estoy mucho mejor; he estado mucho mejor. Lo he superado bien; vi que lo acusé, pero bueno, ya está. *Mi hija* está mucho por mí. Hemos ido con ella de

rebajas, pero luego no encontré nada; pero nos distrajimos. Y en casa todo va bien; quizá soy yo la que no esté bien al cien por cien,

TERAPEUTA: un poco de rebajas

ANA: Sí, estoy un poco de rebajas. Tengo que terminar de ponerme bien; tal vez me falta un diez por cien. Me distraigo mucho con la cosas de la casa; voy muy bien. En el trabajo no ha habido ningún altibajo. Y no tengo nada más que decir.

TERAPEUTA: Entiendo que todavía no te apetece hablar de lo que ocurrió... (en referencia a la sesión anterior [12.01.2001. «La vida es sueño»]).

ANA: Si es que no sé lo que ocurrió, yo misma no sé... no ocurrió nada de particular y sin embargo, para mí ha supuesto, una cosa tremenda; no lo entiendo. Por eso estoy tan asombrada. No me he parado a analizarlo. A simple vista no sé qué lo que me ha ocurrido. *Si algo tiene que ver con la parte psicológica es que hice aquello que yo no quería hacer y tuve una reacción muy violenta, muy fuerte* (bis); otras veces no; *yo siempre he hecho cosas que no he querido hacer, y he estado depresiva*. Esta vez ha sido algo tremendo, todo quizá por que cuando me puse mal, yo no quería coger la baja. Y mi madre: "coge la baja (bis)". Faltar aquí a terapia y faltar al trabajo tiene que ser una cosa... que esté muy mal ; pero así por enfermedad... Esta vez cogí un resfriado que estaba bastante mal, pero no tenía síntomas ni de fiebre, ni de mucosidad. Y entre mi madre y mi marido *me indujeron a coger una baja que yo no quería coger*. Después para Navidad iban a venir mi hermano con su mujer y su hijo. Y mi madre, pues "*compra eso, compra lo otro*"... Yo ya me iba desbordando. Y después a la hora de hacer la comida me vi agobiadísima, porque ni tenía fuegos; ¡ay, por favor, qué cosas más tontas...!

TERAPEUTA: Es que ya habías empezado a hacer cosas que no sentías. Era una disociación.

ANA: Sí es verdad; yo no lo sentía así. Y cuando llegó la hora de la cocina me vi que no tenía suficientes fuegos para tantos asados y me puse muy mal; ahí me puse muy mal. Y gracias a mi cuñada que tuvo más serenidad, que empezó a ayudarme. Porque yo me enfadé con mi madre. Después de ahí empecé a estar mal, mal, mal; incomprensiblemente mal. No sé si hubo alguna otra cosa. La cuestión es que me sentí mal, muy mal...; me sentí que todo se me iba de las manos, que daba un bajón a todo lo que yo quería, lo que yo sentía, por lo que estaba luchando... mal en todos los aspectos, incluso físico. Malas digestiones y la cabeza; a mí nunca me había dolido la cabeza; pero esta vez... no dormía como tenía que dormir. *Me puse depresiva*, ni con la pastilla, que ya me la tenían que bajar. Me puse muy mal, muy mal. Mi sistema nervioso ha dado un bajón. Me ha hecho un daño tremendo... *Mi círculo que me cuesta mucho romper*. A mi madre la quiero mucho. Ha hecho mucho por mí. Pero hay una parte que quizás no la está haciendo tan bien; yo de esto soy consciente y lo tenía bastante asumido y la dejaba estar. Es mayor; no lo puede comprender. A veces cuando hablo con ella veo que no lo puede comprender. Lo he aguantado siempre; pensaba esta parte la podría soportar, aceptándola; y lo llevaba

muy bien, no bastante bien, sino muy bien; pero ahora en esas fechas lo he llevado muy mal (bis).

TERAPEUTA: Y ahora que lo explicas ¿cómo lo ves?

ANA: A lo tonto a lo tonto (ríe jovialmente) con un chillido y con las excusas de que me encontraba mal, entre unas cosas y otras *he recuperado terreno y este terreno no lo quiero soltar*. Es que mi madre, bueno lo voy a decir todo, mi madre siempre ha visto en mi, en mi hermano no, como que yo la necesitaba mucho; sí hubo temporada en que la necesitaba mucho; porque cuando yo me fui de aquí que me casé con mi primer marido nunca había salido del entorno de mi madre. Yo iba a la mía, el vínculo con mi madre lo rompía; iba a la mía, pero yo vivía muy feliz y muy despreocupada de problemas gordos. Pero después cuando me marché de aquí y la vida se me puso tan dura (bis), cuando se me vinieron los problemas gordos, realmente, entonces echaba mucho en falta a mi madre es verdad (bis); porque mi madre me había hecho la vida siempre fácil. Sí era eso... Y claro cuando ya me separé. Bueno ya antes, mi madre trabajaba, pero cuando tenía vacaciones, venía siempre a Zaragoza y siempre ella me ayudaba me evitaba muchos golpes, mucha faena, y cuando se iba yo siempre lloraba; me quedaba sola, desamparada; porque no sentía apoyo de mi marido para nada pues, y yo que no estaba preparada, pues yo no sé. Así fue cómo yo viví. Después mi madre crió a mi hija, mucho también; porque yo no confiaba en nadie, sólo en mi madre. Y después cuando ya me separé al principio no quería venirme a casa de mi madre; quería quedarme en casa. Y mi hija un día la vi que lloraba. Ella venía para las vacaciones a casa de la abuela. La vi que lloraba y le pregunté qué le pasaba. “*Echo a faltar el pueblo*” y dije: “*pues si lo echas a faltar nos vamos*”. Y es cuando nos vinimos. Y como nos vinimos y yo no tenía ni trabajo ni nada mi madre nos acogió con los brazos abiertos, y nos dio de comer. Yo siempre trabajé, por supuesto, pero mi madre siempre ha sido una persona que nunca me ha explotado y yo pues iba trabajando y ella me decía: “*pues guárdate este dinero, que a lo mejor lo vas a necesitar*”; y siempre en casa de mi madre. Y claro mi madre siempre ha estado por delante de mi. Y luego cuando ya me hicieron fija, me casé con este chico (el actual marido); pues entonces mi madre venía a casa, yo trabajaba, y me ayudaba; pero claro yo he ido situándome económicamente y he ido teniendo más tiempo para la casa; pero ella sigue llevando la casa como si fuera la suya (ríe). ***Y esta es la parte que quizá, pues, me molesta un poco; porque es la parte que a mí también me hace mucha falta. Es la parte que me hace mucha falta para realizarme como adulta, como mujer, como esposa, como madre y como hija, como todo. Me hace mucha falta esta parte (bis); lo que pasa es que claro mi madre esto no lo ve; lo hace por mí y no sabe otra cosa. Mi madre me ha comido todo el terreno. Claro yo se lo dejé (bis); yo se lo dejé el terreno y ahora es muy duro también, ahora que no la necesito, aparcarla y arrinconarla, que no es esa mi intención... Cuando estoy fuera de ella estoy en un sueño haciendo mis cosas y ordenando; me lo paso de maravilla... Yo necesito***

*realizarme (bis) un poco también, sí; porque además eso me hace sentir mayor, me hace sentir todos esos años perdidos, que he perdido por ahí, como si los recuperase; pero ella eso lo entiende a medias. Cada vez que coloco los cacharros de la cocina de una manera ella me los vuelve a cambiar, le tengo que dejar. A eso, si me encuentro bien, no le doy importancia; pero esos días lo he llevado todo muy mal.* (...) Mi marido, por el otro lado, es una persona que no tiene amistades, no quiere nada, no le gusta nada, lamentablemente me aburro con él y entre que me aburro con mi marido y no puedo hacer en mi casa lo que quiero y *cada vez me doy más cuenta que soy muy independiente (bis), mucho, mucho, mucho. Todo lo contrario de lo que estoy: soy una persona muy independiente y me gusta mucho ir a la mía, mucho.* Bueno pero lo iré consiguiendo (bis).

TERAPEUTA: Me parece que tiene sentido todo lo que te ha pasado.

ANA: Sí; me parece que sí que tiene sentido y es que en mi casa no puedo gobernar; que a la hora de distraerme todo son barreras porque estoy bastante limitada por mi esposo; quería ir a trabajar, pero me dejé influenciar para coger la baja. Pensé a lo mejor estoy tan mal que he de coger la baja.

TERAPEUTA: Te volvió a una posición infantil y te hizo sentir mal; y luego la cocina.

ANA: Pero porqué, ¿porqué todo eso? (en un tono casi alterado); yo sé a donde puedo llegar; y hasta dónde quiero llegar. Y en la cocina no me hubiera encontrado con ese agobio cuando para mi era un día para estar a gusto; ¿porqué tengo que hacer todo esto? además con unas ideas antiguas yo soy una persona muy moderna (bis), de ideas modernas, muy liberal, muy moderna, muy práctica y todo lo hago al contrario es como si yo ahora tuviera ya los años de mi madre, y la mentalidad; porque mis ideas son muy renovadoras; soy una persona que me gustan las cosas prácticas; yo no soy una persona clásica; no soporto los muebles clásicos, aunque me encanta verlos. Yo necesito pasar el polvo chip chap y sentirme en mi casa de manera muy libre que no haya nada que me agobie, que todo sea dinámico y es todo lo contrario. Todo es contrario. No puedo hacer nada de lo que quiero hacer. Es que no hago nada.

TERAPEUTA: Todo eso que ha pasado pone de manifiesto que no tienes el control de la casa ni de tu vida y que ahora tienes necesidad de cambiar la situación, de resituarse a tu madre.

ANA: (...) A veces pienso si es una amiga buenísima la que tengo con mi madre... Pero entre mi madre y mi marido me tienen la casa copada. A mi me gusta tener la casa despejada; sólo lo que necesite. Cuando se casó mi hija dejó libres dos habitaciones, el dormitorio y un estudio, pero ahora las han ocupado mi marido con sus trastos de carpintería, parece un almacén; y mi madre ha ocupado la otra con su máquina de coser, un taller de costura... Me quedan la habitación y el comedor... *Madre mía cómo cambiaría yo las cosas: me gustaría estar sola (bis). Sola, sola, no; libre. Si me oyera mi madre me diría que no sé lo que quiero, no me haría caso.*

*Le dice a mi hija: “ten paciencia con tu madre porque se encuentra mal”. La verdad es que estaba desbordada de nervios. Yo quiero que me ayude, pero que me ayude, no que me suplante... Ella no puede estar sin hacer nada; es su único aliciente... Desplazarla sería como quitarle todos sus alicientes, no tiene otros alicientes que estar allí conmigo, me tiene que estar ayudando y ya está. No la quiero desplazar, que se sienta vacía. Me viene bien que me ayude, me hace un favor, pero de eso a que lo maneje todo a su manera o a su aire. Es como a mi hija también la quiero ayudar yo, quitarle carga; pero “tú serás la que me digas cuando quieras que te ayude. No te sientas agobiada; yo estoy para ayudarte; pero tú decide lo que te convenga y si no tiene que ser nada, pues nada”. Y así me gustaría que hiciera mi madre conmigo; pero en casa es mucho más difícil. Todo es muy difícil, en casa es todo muy difícil; pero cuando me siento tan agobiada, tan mal, pienso: *¿qué es de mi vida (bis), qué estoy haciendo yo con mi vida; para quién es mi vida? Además que no hago nada de provecho... porque a ver a mi madre qué provecho le hago, ninguno y sin embargo estoy desperdiciando mi vida porque por lo menos si mi vida la estuviese aprovechando en sacrificio de algo, pero es que ella no se aprovecha tampoco, ella estaría mejor atendida si me dejase gobernar. En fin... Ahora lo haría todo diferente... Yo tengo las ideas muy liberales, pero sé dónde tengo que estar; dónde está ahora mi sitio. Ahora que si yo volviese a empezar de nuevo...**

## 8.2 ANOMÍA

### Los imperativos del deseo y la necesidad: El deseo insaciable

02.02.2001. “Bonjour Tristesse”

TERAPEUTA: Y él se da cuenta de que a tí esto te entristece (refiriéndose al marido) El no poder... o sea ¿a él le llega o se lo evitas?

ANA: No, no, él no me conoce, él no me conoce.

TERAPEUTA: Si te conociera mejor ¿Cómo iría?

ANA: ¿Si me conociera mejor?

TERAPEUTA: O si te dices a conocer mejor.

ANA: Pues la verdad es que no lo sé. *Quizá por eso no me he dado a conocer.* Es que, verdaderamente entre mi marido y yo, somos un matrimonio normal y corriente, *pero hay una falta de algo ahí grande, hay una falta de algo.*

TERAPEUTA: ¿Una falta de qué?

ANA: No lo sé, *de amor*, es que no me atrevo a decirlo así tan rotundamente... de complicidad. Ahí hay algo, hay una ruptura. Es que, como no he vivido la vida como yo la tenía que vivir, pues todo lo he llevado mal a trompicones... (Silencio).

YAZMIRA: ¿Enamorada, estabas? .

ANA: No (silencio) quizá esto también sea eso que llevo dentro... nunca he

dejado (bis), *no me he dado la oportunidad de enamorarme, eso, no me he dado la oportunidad de enamorarme, no sé porqué, no sé...* No, no, aquello fue una ficción [en referencia a las infidelidades], pero, tampoco no me he enamorado nunca (bis)..

TERAPEUTA: Parece que no te lo has permitido.

ANA: No me lo he permitido.

TERAPEUTA: ¿Qué implicaba enamorarse?

ANA: Pues no lo sé, no lo sé que implicaba. Sí implicaba algo, sí (ríen), pues *si yo hubiese enamorado, hubiese sido algo que no hubiera podido controlar. Demasiado, hubiera sido demasiado y me podrían haber hecho mucho daño, entonces... he preferido dejarme querer...* he querido querer a quien me quisiera. Pero claro esa no es la Ana... Ya te digo que es algo muy fuerte, todo en mi vida es muy fuerte yo por unos ideales he hecho... Y a la persona de la que me ha podido enamorar no me he acercado... No; creo que me he acercado a personas serias, que no supiesen tratar a la mujer.

LOLA: Como a ti te gustaría.

ANA: Sí, eso (ja, ja). *Los maridos me los he buscado yo, a los dos. Es el tipo de persona que sabía, que no me iba a hacer ni tilín ni talán...* Con mi primer marido teníamos una complicidad, que no era amor pero había algo. Eramos dos personas muy luchadoras, con mucho carácter, éramos dispares completamente, pero teníamos algo en común.

TERAPEUTA: ¿Quizá la lucha?

ANA: Sí, la lucha porque él tenía una fuerza de voluntad tremenda, pero yo no tenía esa fuerza de voluntad, pero yo podía con todo lo que me echasen, si tenía que descargar un camión de cajas grandes, lo descargaba si me tenía que lamentar de ciertas circunstancias, no me lamentaba, yo podía pasar con lo mínimo. Soy como un todoterreno y él también era un todoterreno y eso; ahí había una cosa que si me atraía de él, no era el físico o fuese otras cosas pero yo le valoraba.

CECI: Creo que la equivocación es tuya, porque por lo que veo tu eres la que has elegido, la que has elegido mal, por lo que veo.

TERAPEUTA: O ha elegido bien, de acuerdo con su planteamiento. [ANA: Sí]. *Su planteamiento era justamente no enamorarse para no descontrolarse. Tú has dicho no enamorarte del hombre que te amara cómo quisieras que te amaran ¿Cómo quisieras que te amaran?*

ANA: A ver, ¿como a mi me gustaría que me amasen? No, lo que yo no quería es enamorar, porque cómo podría yo amar a esa persona. Aunque hubiese sido fantástico que me hubiesen querido como yo podría querer.

TERAPEUTA: Como tú podrías querer.

ANA: Cómo yo podría querer, pero claro, no me valía que ellos me amasen, como yo hubiese podido querer, si yo no quería, no hubiese valido, claro... Si a mi me dan mucho cariño (bis), pero si yo no siento hacia la persona lo mismo, pues eso

a mi no me llena. Si yo hubiese podido encontrar una persona capaz de amar... con un poco de sentimiento... y yo hubiese amado como yo sé amar pues eso *hubiera sido un desmadre* (risas).

TERAPEUTA: ¡Sería un desmadre! (ríe)

ANA: Sí: y si la persona no me hubiese amado..., pero ¡bueno, qué conversación...!

TERAPEUTA: Ah, pero lo sientes.

ANA: Sí que lo siento.

TERAPEUTA: *Tienes todavía una resonancia, como si fueras un arpa, [ANA: sí] tocan una cuerda y suena.*

ANA: *Sí, pero eso ya lo doy por perdido, yo sé que me moriré y ahí estaré. Yo me llevaré esto, aquí es el único sitio donde lo he explicado, mi secreto está aquí algo que llevaba conmigo yo ya estaba decidida a morirme con eso y ahora ha salido. Pero yo pienso que verdaderamente hay gente que dicen de las reencarnaciones y si verdaderamente eso existiese..., yo he vivido una vida de un amor muy intenso y esta vida tiene que ser lo contrario y esa intensidad la estoy pagando ahora.*

TERAPEUTA: ¿Cómo que hay que pagarla? ¿Qué hay de malo en la intensidad?

ANA: *Pues que todo no se puede tener en la vida siempre, la vida son ciclos que tienen que subir y bajar.*

TERAPEUTA: Tú al principio tenías el planteamiento de no dejarte *enamorar*.

ANA: Sí, por eso digo, es como estuviera viviendo una segunda vida ¿no? y en esta vida ese ciclo se tenía que acabar para mí porque tiene que empezar para otros. Lo malo es que de la otra vida... ya no me acuerdo (risas)...; me voy con mi ciclo cerrado.

TERAPEUTA: Esta vida sí que la viviste, cuando eras joven, en fantasía.

ANA: En sueños, sí.

TERAPEUTA: *Tu te has enamorado de una fantasía.*

ANA: *¿De una fantasía me he enamorado? Pues..., sí.*

TERAPEUTA: Y esa fantasía tienes miedo de llevarla a la práctica, porque si la llevaras a la práctica el cuento se hubiera terminado. “Colorín colorado, este cuento se ha acabado”.

ANA: Pues sí. Además mi fantasía siempre tenía un final.

YAZMIRA: ¿Era un final feliz?.

ANA: No, no era un final feliz.

TERAPEUTA: ¿Cómo era el final?

ANA: Era un final, que yo no quería.

TERAPEUTA: ¿qué final querías?

ANA: Yo en mi fantasía, que no hubiera final ¿por qué tenía que haber un

final?.

TERAPEUTA: *¿Tú no querías que hubiese un final?*

ANA: *No.*

TERAPEUTA: Así cualquier final es infeliz porque no tiene por qué haber final.

ANA: Mis fantasías de amor yo las contaba a mis amigas y siempre terminaban, y *yo no quería que terminaran y terminaban cuando la fantasía llegaba, cuando yo le daba un máximo, entonces se terminaba y eso me sabía mal, que terminase.*

TERAPEUTA: *¿Cuál es el máximo?.*

ANA: Cuando el amor había llegado a la cumbre, a lo más... bueno, ya se ha terminado el cuento...(ja, ja, ja...) era de película. Sí, es eso, lo que usted dice. *Eran sentimientos, fantasías; no sé si es que lo escuchaba, lo podía captar tanto... No lo sé, era un amor muy grande, de mucha pasión.* [T: ajá]. *Un amor de mucha pasión...:* (Risas). *Si yo hubiera sido un hombre hubiera sido un Don Juan Tenorio..., para que no se hubiese terminado el amor.*

TERAPEUTA: De modo que tú has querido querer mucho y has tenido miedo de que ese amor te destruyera.

ANA: Sí.

YAZMIRA: Y ahora que eres mayor, ¿también?.

ANA: No, ahora... supongo que me podría enamorar igual..., pero ya no..., ahora no. No sé, supongo que no hubiese resistido que se acabara el amor y hubiese buscado otro.

TERAPEUTA: Que se acabara la pasión, te atraía la pasión.

ANA: *Eso, la pasión. Quizá está muy mal decir eso.*

TERAPEUTA: ¿Por qué?.

ANA: No sé (bis)... Pero sí, pienso que sí... A mi edad, no tendría que decir esas cosas, pero bueno, yo he sido joven... Y yo sé que con mi forma de amar hubiese arrebatado a cualquiera [T: Ajá] porque yo sé que cualquiera que hubiera estado a mi lado no hubiera sido imposible. Pues eso, un Don Juan, hubiese arrebatado, pero claro, y eso ¿a dónde me llevaba también? Porque yo no he vivido bien, yo no lo he vivido nada.

TERAPEUTA: *No te lo has permitido tampoco.* [ANA: No, no]. Por eso.

ANA: *En mi ser hay una parte triste, son un cúmulo de cosas que están ahí, que yo lo puedo vivir muy intensamente, con mucha alegría, porque yo soy alegre, pero hay una parte ahí, que sé que me moriré con eso ahí.* Puedo vivir mejor la vida, puedo abrirme más... *Pero yo sé que me moriré con eso, está ahí, todo eso lo he ido experimentando según me he ido haciendo mayor. Yo antes todo eso no lo tenía. Todo un cúmulo de cosas que he visto que no me pasan desapercibidas...*

### 8.3. HETERONOMÍA

#### La regulación por los criterios normativos

02.02.2001. “Bonjour Tristesse”

TERAPEUTA: *El mantón de Manila...* ¿Y este año con el mantón?

ANA: Yo pensaba, que con el mantón este año, iríamos. Invité una chica a casa porque dije ¡va! *Sin pedirle permiso a mi marido ni nada*, porque sino me desanimo y mira que a mi me cuesta y la invité a merendar a ella y a su marido y nos lo pasamos muy bien... y bueno... mi marido no deja de ser cortés, le guste o no le guste. Y dijo esta chica «*Ah podemos, salir los cuatro a la comparsa*». ¡Ay, qué ilusión! Porque yo no he salido nunca, pero mi marido “*que no, que no*”. Y yo pienso que lo que le voy a decir, es que lo he apuntado y luego si lo digo a ver si reacciona mal y lo que me provoca, más que nada, es poner un anuncio, si hay una mujer de y tantos años que su marido no quiera salir a la comparsa y que se venga conmigo, que salimos las dos, pero claro yo no sé si nos dejarán.

TERAPEUTA: ¿Hay que ir en pareja o qué?

ANA: Hay que ir en pareja, van mujeres. A mi no me importaría romper el molde si nos dejasen.

Paco. ¿Y con otro hombre?

ANA: No con otro hombre no lo haría, porque a parte de esto *mi marido es muy tradicional*.

TERAPEUTA: Y lo de la comparsa.

ANA: Bueno, si no es lo de la comparsa, haré otra cosa. El domingo pasado salí a andar una caminata de esas populares y muy bien, porque vas a andar, te vas a cansar mucho, es que es una pasada, tres horas estuve andando. Y me lo pasé muy bien, ni cansada ni nada, muy bien.

TERAPEUTA: A partir de lo que dices, *me puedo hacer a la idea de que eres libre*.

ANA: Sí, sí, soltera.

TERAPEUTA: Soltera.

ANA: *Soltera. Sí eso me sabe más mal que nada (rie) y tengo que hacerlo así, sino estoy perdida ...*

YAZMIRA: Notas que te estorba tu marido.

ANA: ¿Que me estorba? Un poco, para divertirme sí, ¡ja, ja!

YAZMIRA: Puedes sentirte culpable .

ANA: No, a ver, *yo estoy limitada en divertirme en según qué cosas porque eso es normal porque es mi esposo*. El otro día mismo salimos tres a andar, una está separada, otra está casada y yo. Y digo yo «*tengo ganas de bailar*» y dice la que está separada «*eso es fácil ¿queréis venir al baile conmigo?*». Y dijo la otra “*pues sí, podríamos ir.*” Y digo yo: “*eso para mi es muy complicado...*” Yo dije que sí, que

*iría siempre y cuando mi marido lo supiera y me diera su consentimiento*, porque yo lo que no podría hacer, es estar allí bailando y pensar que se lo van a decir a mi marido, esto va a formar un lío y se van a montar aquí malas interpretaciones, y así digo no, ***porque yo lo que quiero es bailar, disfrutar a lo loco bailando***, y así voy a estar con ese miedo, no voy a disfrutar el baile, voy a estar allí y voy a estar padeciendo, porque yo lo siento mucho, se lo tendría que decir a mi marido. «*Mira, Arturo, yo tengo muchas ganas de bailar, y si tu me dejas que vaya un día, pues ya está y si me dices que sí puedo ir, pues voy, y si me dices que no...*»

PACO: ¿Y sí no qué? .

ANA: Entonces es ahí donde lo que me dices lo de las limitaciones. Ahí si que veo.

PACO: Tú misma las pones. [ANA: No ] Sí, porque tú dices «***si me deja mi marido***». Si me deja.

ANA: Porque yo tengo ***una obligación que he asumido***.

PACO: Porque tu le dejas que él no te deje. No eres libre.

ANA: ***Claro si yo quisiera ser lo libre que necesito para estas cosas me separo***.

YAZMIRA: Pero, ¿no es mejor pedir la opinión de si te deja ir?

ANA: Yo ya sé que no me deja. Es que ya lo sé. Sé que me va a decir que no, pero bueno, lo que puedo hacer es preguntarle: “*Oye, esto me hace ilusión. Tú, qué ¿vas a estar conforme? Aquí no va a pasar nada, pero quiero tu consentimiento porque no quiero malos entendidos y malos embrollos*” porque ***para estar así de libre, pues eso... yo sé que estoy casada y sé el papel que me corresponde hacer y tener, y si no lo quiero tener, lo que tengo que hacer es dejarlo*** y ya está; y entonces decir: yo prefiero la libertad... pero mira vamos a dejarlo correr y yo campeo por mi lado, no lo sé. Si algún día, si tengo que campear sola, sabría lo que haría y campeo sola... No lo desecho, no está... en mi mente..., pero claro, esto tendría que... que yo pues valorar que quiero eso. De momento no me lo he planteado.

## 8.4. SOCIONOMÍA

### La prevalencia de los criterios sociales

30.11.1999. “La momia”.

ANA: – Es cierto que también he hecho cosas pensando en los demás, sí, muchas, muchas, muchas... Ahora, que quizá también en aquel momento [aludiendo a un problema surgido en el trabajo con las compañeras] sí que quizá también estaba, a lo mejor enfadada. Y digo ***¡venga hombre ya con tanto cuento! ¡Venga ya! ¡tirar para adelante!*** o como le dije a aquella chica porque a lo mejor me canso ya ***de que siempre tengo que estar velando por ellas. ¡Venga hombre espabilad!*** Estoy un poco así.

TERAPEUTA: En estas ocasiones ¿cómo crees que lo reciben los demás?

ANA: Bien. Pienso que bien. Yo creo que si se les preguntase por mí, a los compañeros, quizá dirían que en algún momento tengo mucho genio. Incluso con algunos he llegado a romper y no hablarme. Pero en general creo que me aprecian también, ¿eh? quizás porque yo también, **yo les doy de mí, de mí**. Sí, en general yo creo que me aprecian. Si les preguntan por Ana, que cómo es, yo creo que al final dirían que bien. Un poco rara, rara, pero bien. Buena chica, rara. Creo que esa es la opinión, sí (ríe).

TERAPEUTA: ¿Qué significa rara?

ANA: Una vez en un cursillo nos pidieron que pusiéramos las cosas buenas que veíamos del otro compañero, pero sólo lo bueno. Y la compañera que le tocó decir de mí, dijo que era muy dulce. O sea, que a pesar de mi genio, a pesar de todo. Yo me quedé parada de que aquella compañera dijese **que era muy dulce. Cosa que reconozco que es verdad**. ...

PACO: Tiene que ser muy gratificante que, [ANA: Mucho]. Yo creo que eso te cubre...

ANA: Pues mira no; no me cubre [PACO: ¿no?] sinceramente no me cubre. No me cubre, porque yo también necesito que a mi me ayuden ¿comprendes? **y quizá yo ayudo lo que ellos a mi no me ayudan** ¿comprendes? Una de las cosas, por ejemplo, pues que en un golpe de genio que tenga me gustaría que me disculpasen ¿no? a lo mejor... Y estas cosas me quedan, que para mi ya no son los compañeros que yo espero (bis)... Lo que quizá sí que tendría que aprender es a no esperar tanto de los demás, quizás, no sé o aceptarlos como son... ¿que si yo dando soy feliz?. Pues cuando lo hago, es porque soy así. Lo que pasa que después los demás no me dan lo que yo doy, quizás no (...).

PACO: **Falta de lealtad, entre un mismo grupo de trabajo**

ANA: Eso es lo que hay, y siempre así, o sea que yo, **o yo soy especial, o soy un ser raro**... Porque claro yo me encuentro con esto. Otro de los casos, ingresa una señora con una bolsa higiénica, y la compañera y dice *“mira Ana, sabes qué, he pensado que nosotras no vamos a cambiar esa bolsa, que la cambie la enfermera que es cosa de ella, nosotras no la cambiamos”*. Bueno, pues por estar bien con la compañera, porque yo siempre procuro estar bien con los compañeros, digo bueno vale (bis). Ahora resulta que a esta señora, se le llena la bolsa, y empieza a llamar a la enfermera que estaba de faena hasta aquí (se señala la cabeza), y la enfermera sin venir, la mujer desesperada se puso a llorar... Bueno al final cuando la mujer se puso a llorar, me fui corriendo a buscar a la enfermera y la enfermera me dijo: *“mira Ana: no puedo, no puedo verdaderamente, en estos momentos no puedo ¡eh!; tú a tu conciencia, si tú se la quieres cambiar, cámbiasela, y si no se la quieres cambiar no la cambies, ya la cambiaré yo, pero cuando pueda”*. **Yo, a mi conciencia fui y le cambié la bolsa** (bis). Tuve a la compañera una semana sin dirigirme la palabra ¡eh! Ignorándome. Cuando ya ella misma se dignó a hablarme, le dije: *“Mira, voy*

*a hablarte porque eres mi compañera. Pero a mi no me hagas nunca más esto porque me has hecho pasar por una ley del embudo que es tremendo (bis), porque no me has dado opción a explicarme, ni me has dado opción a nada. Pero la culpa no la tienes tú, la tengo yo (bis), porque cuando tú me dijiste lo que teníamos que hacer, yo no tenía que haber aceptado porque a mi ningún compañero me tiene que decir lo que yo tengo que hacer, ¿eh? porque yo eso no lo tenía que haber aceptado”.*  
[T: Claro] Cuando ella me dijo, mira esto vamos a hacer, yo tenía que haber dicho mira: “yo no te puedo dar palabra, no te puedo dar palabra”.

TERAPEUTA: ¿Y por qué no se lo dijiste?

ANA: No lo hice, porque **yo quiero estar a bien, con la gente, no quiero problemas.**

TERAPEUTA: ¿Qué significa estar bien?

ANA: Pues eso, **que llevemos una buena armonía, que no tengan problemas conmigo**, y luego al final los tuvimos. **Yo también me quiero amoldar a ellos, no quiero tampoco ser yo...** Cuando llego a una planta siempre (bis), aunque yo sea más antigua que la que hay siempre digo, “**bueno qué tenemos que hacer, cómo va la planta, cómo están las cosas, qué tengo que hacer**”, porque pienso que para eso ella es la que lleva la planta.

TERAPEUTA: Pero vamos a ver, por lo que parece, no estabas de acuerdo con lo que dijo la compañera.

ANA: En aquel momento, que me lo dijo, no me pareció ni bien ni mal, me pareció que hay cosas y cosas, momentos y momentos, como no me había encontrado en el caso estricto, pues bueno dije vale, no voy a poner ahora pegas, pues bueno, lo que tú digas. Luego claro, se dio el caso este concreto, que **yo tuve que actuar bajo mi criterio...** Pienso que el fallo ha sido mío, pero siempre tengo algún fallo, siempre tengo algún fallo, porque eso lo tenía que haber hecho antes.

TERAPEUTA: Lo importante es ver de dónde vienen esos fallos, o sea, **si quieres estar a bien con todo el mundo renunciando a tu propio criterio...**, seguro que vas a chocar porque a uno le dirás amén, a otro también amén [ANA: – sí, sí a todo el mundo; **quiero estar a bien con todo el mundo, es verdad**], y es imposible, es imposible.

ANA: **Es verdad, quiero estar a bien con todo el mundo, es verdad.**

TERAPEUTA: ¿Por qué regla de tres dices que estar a bien es acomodarse a los demás?

ANA: Sí, es verdad, bueno sí, quizá, aquí, aquí lo hago mal aquí, lo hago mal... Eso, pues eso es lo que me pasa, que luego siempre estoy con una sensación de vacío (bis), y verdaderamente lo que dije, de que quiero a mis compañeros, es cierto, que los quiero, sí, no les deseo ningún mal, no al contrario, sí que los quiero (bis) [T – Sí]. Aunque verdaderamente a veces me cansan (bis), y a veces también es verdad que digo bueno, **yo siempre tengo que estar dando o yo siempre soy yo la que tengo que dar.**

TERAPEUTA: O sea, tú esperas que los demás sean como tú.

ANA: Que sean como yo, no.

TERAPEUTA: O que te correspondan.

ANA: Pero, no sé, algo (bis), no sé algo, al menos, que yo no me vea tan diferente a ellos... Pero claro, yo ya comprendo que como yo no tiene que ser nadie, nadie tiene que ser como yo, ni yo como nadie... Pero **¿no tenemos una ética, no tenemos unos principios, no tenemos algo?** es que no sé... Ahora, entonces, para qué quiero yo tener principios, para qué quiero tener nada, para qué yo a mi hija la he educado en unos principios, para que tropiece con todo el mundo como yo he tropezado (solloza). Eso cuántas veces me lo he preguntado, cuaaaántas. (...) Yo a mi hija cuando era pequeña le compré un libro que se llamaba “Corazón”, era a mi entender, precioso, **todo eran sentimientos, buenas obras, buenas acciones, eran buenas cosas, eso le he inculcado yo a mi hija. Y mi hija, es como yo de desgraciada, ¿me entiende? ¿para qué le he inculcado yo esas cosas, si el mundo no es así?**

TERAPEUTA: No es así.

ANA: – Pero entonces ¿qué?, estoy sola y mi hija está sola (se tapa la cara y llora; se produce un silencio de 40 segundos).

LUCY: Yo entiendo muy bien el sentimiento de Ana, porque es muy difícil ser totalmente altruista y dar todo a cambio de nada; pero por otra parte creo que debería sentirse orgullosa de haber inculcado unos valores a su hija [ANA: no] porque el mundo [ANA: no, no me siento orgullosa, no], pues podrías sentirte orgullosa de verdad...

ANA: No, no, no, no, no, no... porque **quizá le he inculcado lo que no hay, lo que no es, la falta de realidad. Es que yo soy así...** Si al menos hubiera dos o tres personas, que se pareciesen a mí (bis), que compartiésemos algo (tres), yo no digo todo, algo (bis), pero algo (...) eso que es tan difícil, que no lo encuentro (vuelve a llorar), yo con mi hija sí que lo compartía, pero claro, eso perjudicaba a las dos. Y mi hija decía que yo era maravillosa, pero no era maravillosa, no soy nada (tres), no soy maravillosa. (Llora amargamente)... no estoy bien doctor, no (tres) (20 segundos llorando). ¿Porqué es tan difícil cambiar? ¿Porqué es tan difícil?, no sé (bis), ¡ay! (...)

## 8.5. AUTONOMÍA

### El recurso a los criterios propios

#### 28.11.00 “RIP”

ANA: Los demás me aceptan y yo también los acepto, es que yo también veo que acepto a los demás porque, no sé, yo me encuentro mejor... con la gente. No los juzgo, no espero nada de ellos. Me puedo... acercar también más a ellos sin... si no,...

si no hay barrera, no hay una barrera, sin resentimientos, sin nada, eso exactamente... De todas formas, yo antes siempre contaba mucho mis cosas, las contaba mucho y, y... yo soy la misma y ahora no las cuento, las cosas, y parece que se podría decir, ¡ay! Antes eras confiada y ahora eres desconfiada, ¡no! **No, estaba confundiendo el ser confiada, porque lo que estaba pidiendo era justificación, pidiendo...**

LUCY: *Pidiendo un parecer a los demás.*

ANA: *Sí, exactamente. No, que ahora yo, como no tengo que, que, que... que buscar el consejo del otro, pues no lo tengo que buscar, porque no lo necesito. (...)*

12.01.2001 “La vida es sueño”

ANA: ... Porque sé que si la persona está enferma y padece una enfermedad física algo que ahí yo ya no puedo solventar nada pues entonces veo la debilidad de la persona, el ser humano es un todo; puede ser inmensamente fuerte, algo grande, muy grande, no sé, pienso que el ser humano puede ser divino. Dios... , siempre he tenido mucha polémica con todas las cosas, no he sido la persona que.. incluso en la escuela cuando una cosa no la entendía no aceptaba aprenderla, primero necesitaba comprenderla... Y entonces, pues, respecto a Dios, como no lo acabo de entender pues lo acepto a medias, sólo... pero lo suplo en el ser humano. Pienso que el ser humano puede llegar a ser divino, pero en esos momentos de enfermedad, pienso que lo mismo que puede ser grande puede ser débil. Lo mismo que puede ser de grandioso es de pequeño. Esto te hace ser humilde, es verdad y de aceptarlo. Lo acepto: lo mismo que puedo ser grande puedo ser pequeña. (...) Bueno (sonriendo): así puedo entender más a todo el mundo y así quiero más a todo el mundo, sobre todo a aquellos que están tan mal.

TERAPEUTA: Tal vez así puedas aprender lo que decías antes: la humildad, la aceptación. Pero necesitarías comprenderlo, comprender la enfermedad.

ANA: Algo hay que no tiene explicación. Sí, necesitaría comprenderla, quizás porque hay algo más allá de nosotros, no sé. Porque es cruel que a unas personas se les pueda dar esa capacidad tan grande y de repente se les pueda quitar de un soplido. Por eso si verdaderamente hay algo si va más allá también pienso que es crueldad. Va unida la bondad con la crueldad de darnos lo grande y después quitárnolos. Porque somos humanos, somos humanos. Vaya eso ya son cosas muy profundas...

ANA.: Sin embargo eso que yo acabo de decir que puedes ser lo máximo y puedes ser lo mínimo no hace falta que me lo diga ninguna religión eso sí que es auténtico. Eso yo ya lo sé, lo he vivido que no somos nada y lo somos todo. Tampoco me aferro a un Dios que no veo, ni siento, ni nada; me aferro a mis sentimientos, a mi forma cómo tengo que actuar con los demás cómo quiero llevar mi vida; cómo superarme y cómo ser mejor. No por nada, sino por mi misma, pienso que es así cómo tiene que funcionar ese mundo... Claro que quisiera saber más, pero no puedo llegar y no me puedo machacar. A veces he intentado llegar tan lejos que el bien y el mal se llegaban a juntar y ahí ya no quiero... aquí no me quiero calentar la cabeza.

Lo único es ¡ojalá! yo llegase a encontrarme bien, siendo yo misma (sonríe)...

TERAPEUTA: Pero ¿cuál es la condición para llegar a ser tú misma?.

ANA: *La verdad es que desde que he venido aquí, yo he aprendido muchísimo (bis) He aprendido a no dejarme llevar por los demás.* Esa postura le he aprendido aquí y por eso no sé que es lo que me ha pasado, lo que pasa es que hay una parte de mi vida que no podía llevar, no por lo menos como yo quería y es a la que me aferro. ¡Ojalá! sea ésa, porque si es ésa, he ganado algo y no lo pienso soltar o si será que hay algo físico. Porque además pienso que si yo llego a cogerlo todo va estar mejor para mí y para los demás.

02.02.2001. “Bonjour tristesse”

ANA: *A lo mejor es que me hubiera gustado arreglar el mundo.*

TERAPEUTA: Es que hay mucho que arreglar.

ANA: Sí mucho. Y yo *esas cosas que no puedo arreglar me quedan ahí, me quedan y me duelen.* Y como eso todo lo que os he contado. Pero que me he acostumbrado a vivir así (...) Y me he ido apagando.

TERAPEUTA: Es que yo, cuando te escuchaba explicar lo de Zaragoza, pensaba que lo que tú llamas lucha era amor...

ANA: *Yo no era sólo para servir de escaparate, no...; era para... dar [T.: Para dar] porque en la vida hemos venido a hacer y no a ser un escaparate... Una vez una chica del hospital, una enfermera me dijo, hace ya años, “cuando tú y yo”, entonces yo no estaba casada, “tengamos los hijos ya casados ¿por qué no nos vamos de Misiones?”. Y yo le dije: “no, no está en mis planes”. Pero a veces, no hace mucho, me vino a la cabeza que quizá sería un sitio donde estaría bien. Por que yo sé pasar con lo mínimo de comida, lo mínimo de agua y lo mínimo de ropa. Y yo sé trabajar, sé querer y sé comprender. Menos mal que tengo un trabajo en el que puedo darme. Pero lamentablemente en la vida..., muchas de las cosas que se me han puesto, no las he hecho... y esto me ha dolido mucho.* Como esto por ejemplo, una de las cosas que están en mi mano y sin embargo lo deajo. Y alguna otra cosa que la tengo en la memoria... también pude hacer algo más de lo que hice. Y esas cosas dejan *tristeza*... lamentablemente, bueno no, ni lamentablemente ni nada, ya no me lamento, se ve que yo lo he vivido así ¿no?. *Pero he apagado algo que yo no sé por qué lo tenía que apagar.*

TERAPEUTA: *Te podía salir de una manera o de otra. Te podías ir a Misiones, convertirte en Ana Tenoria o lo que sea, pero lo que todavía no está apagado es tu espíritu. Esa necesidad vital no tienes que apagarla.*

ANA: *Esto no lo quisiera apagar.*

TERAPEUTA: Eso es lo que no tienes que apagar, es lo que te da ese toque... *utiliza la tristeza... con tu intimidad, con tu ser más profundo.* Cuando amanezcas triste puedes decir como en aquella película francesa, que llevaba por título “*Bon Jour Tristesse*”, «Buenos días tristeza.» (silencio)

Nubes en el firmamento 09.02.2001

ANA: a mí me pasaba eso también [en referencia a los síntomas agorafóbicos], era falta de libertad, estaba, me encontraba oprimida, cerrada no sé (*Silencio*) era algo que... se manifestaba, pero yo, yo no era consciente...yo sentía esas molestias, (T: aha) esas molestias, nada más entrar a la tienda, buuuuhhh, eran estos mareos, (T: si) uuufffff!! Qué mareos, incluso fui al médico, y todo, por los mareos, y por...y era siempre que entraba a la tienda, cuando entraba en la tienda, los mareos...

TERAPEUTA: Y ¿cuándo lo has comprendido?

ANA: Lo he comprendido después..., ¿cuándo?, cuando ya nos separamos, yo, entonces ya me quedé en casa. Yo iba a trabajar, hacía cosas, pero ya tanteaba yo por mi aire, hacía de mi vida, yo, lo que tenía que hacer [T: lo que decidías], lo que yo decidía, no lo que se me había impuesto, o sea, yo lo que....entonces yo vi ya que los mareos se me pasaron, los sueños se me pasaron [T: aha] y todo se me pasó, entonces fue cuando yo, claro..., lo analicé también, pensé “uyyy, bueno pues, ¿qué ha pasado aquí?” y veo que es diferente y ahora pues por ejemplo, después de hablar la semana pasada sobre el amor y todas esas cosas, pues me encontré esta semana que no sé si tiene algo que ver, yo supongo que si, que hasta una compañera se lo dije, (agitada y aumentando el tono y el ritmo) “*no se me pasa esto, no quepo en mi misma, no quepo, tengo que salir, yo, que....*” uyyy, una sensación, que digo aayyyy..... hasta a mi marido se lo decía y todo “*no se que me pasa, estoy que no quepo en mi misma*”, mi... mi piel me.... me....me estaba oprimiendo.

TERAPEUTA: Necesidad de expansión...

ANA: (muy agitada) Sí, de expansión, necesidad de expansión. No me deprimí ni nada, yo no sé que me está pasando, yo estoy que no puedo, que no quepo aquí [T: necesidad de volar] y entonces pues yo misma fui la que volé, yo misma cogí (risa nerviosa), una sensación que yo me quedaba parada. Mira, yo no sé que me pasa, yo aquí no estoy, no estoy (risas) y se lo dije a mi marido después de comer: “*mira, que me voy, que me voy....*,” (risas) y mi marido dice “*¿a dónde vas?*”, digo, “*que no quepo, que no quepo, que me tengo que ir*” (risas de generales), y me fui, y andando [T: aha] de verdad (baja un poco el tono) me fui dando cuenta, ¿eh? Andando... pues salí y hacía sol, menos mal, y era muy majo y todo, y andando, (vuelve a subir el tono de voz) y cada vez iba más deprisa, andando, más deprisa, y veía laaargo, muy laaargo, no, no, no era ansiedad [T: no], no, no, y veía largo, largo, largo el camino, y mientras más largo, más me gustaba, y más de prisa iba, iba brrruummmmm!!!!!!! Y fue un momento, tan deprisa, tan deprisa, y tan largo lo veía, todo (ríe) que yo digo, “*voy, yo sé que voy a una meta*”, no hay una meta, pero yo voy a una meta. ***Y esa meta era mi libertad, era mi libertad.***

14.12.2001. Preguntas y respuestas”

ANA: [Casi al inicio de la sesión relata un accidente doméstico, que la ha tenido unas tres semanas apartada del trabajo y le ha privado durante este tiempo de

asistir al grupo de terapia. Una serie de acontecimientos y vivencias han acompañado este accidente, y el proceso de recuperación, que sufrió una noche al levantarse para ir al baño, y darse un golpe con la grifería de la bañera. En respuesta al interés del grupo por su estado de salud a causa del accidente y después de relatar los detalles del mismo y comentar el diagnóstico médico, inicia una reflexión sobre el significado que para ella han tenido estas experiencias.] Pienso que en la vida *sufro* mucho, por mi forma de ser, quizás. Tengo una naturaleza muy sensible... Durante estos días se me han presentado un montón de preguntas y respuestas y todo me ha sido dado. He tenido unos debates muy grandes sin quizás proponérmelos. En el debate mismo he hallado las preguntas y las respuestas. Estoy contenta porque todo se ha ido solucionando con mis propias... unas preguntas que no sé de dónde me vienen y unas respuestas que tampoco sé de dónde me vienen, pero que me quedan claras, que las comprendo. Veo que me favorecen, así que, bien... Estoy muy bien; muy bien; estoy muy bien conmigo misma, en casa, en el trabajo (...) Cuando me caí no lloré; pero era otro trasfondo. No lo podía comprender, pero después lo comprendí. Me vino la respuesta al día siguiente cuando fui a urgencias y el médico me dijo: que tenía mis huesos como una mujer de 70 años... Entonces me acudieron a los ojos las lágrimas, una pena... La misma pena que en el sueño, pero callada... Entonces ahí me hizo pensar por qué tenía tanto que ver con el sueño. Y pensé que es la *decadencia*... Es eso. Ves que vas perdiendo facultades, vas perdiendo cosas que tenías muy asumidas, con mucha fortaleza.. Yo he sido una persona muy fuerte, con mucha fuerza... El ser humano en el fondo, en el fondo del fondo está solo. Eres tú quien pierdes, eres tu con tu vida que se va desgastando... Yo lo veía con “qué pena, qué pena”. Tengo que aceptarlo, pero verdaderamente para mí es muy doloroso... Tuve preguntas y respuestas; tuve de todo. Y después por la noche, tuve otro momento. Eso no fue un sueño. Fue aquel momento antes de dormir. Me veía un poco irreal. Y pensé: “*pues me gustaría irme desprendiendo de cosas, por ejemplo, de la televisión; la radio no, la radio la quiero, me desprendería de las cortinas, me desprendería de la lámpara, me desprendería de esto, de esto y de lo otro*”. Y me iba serenando. Y después pensaba: lo que siempre tendría presente, lo que siempre quisiera tener es *libertad*. Y con esa libertad... ¿qué haría con esa libertad? Pues con esa libertad me movería, y acudiría a ayudar a mi hija, cuando le hiciera falta. Le dedicaría todo el tiempo que fuera necesario y me pidiera. Y después el día que ella me dijera “*hoy no te necesito*”, ese día lo dedicaría plenamente a mí. Y no necesitaría ni más ni menos. Con eso sería feliz. (...) Y con ese sueño me vino una paz, una paz, una paz..., me quedé dormida. Y al día siguiente pensé: “*¿Por qué me vino tanta paz?*”. Me vino la paz de que yo iba *aceptando desprenderme* de mi vida. (...) Lo que en aquel momento me supuso tanta congoja, tanto daño, tanto dolor desprendiéndome de lo uno y de lo otro, en ese momento iba aceptando irme desprendiendo de mi vida; me iba preparando a una vida con menos cosas, y esa paz de aceptarme fue la que me tranquilizó. (...) Y después el ayudar a mi hija era también que, a pesar

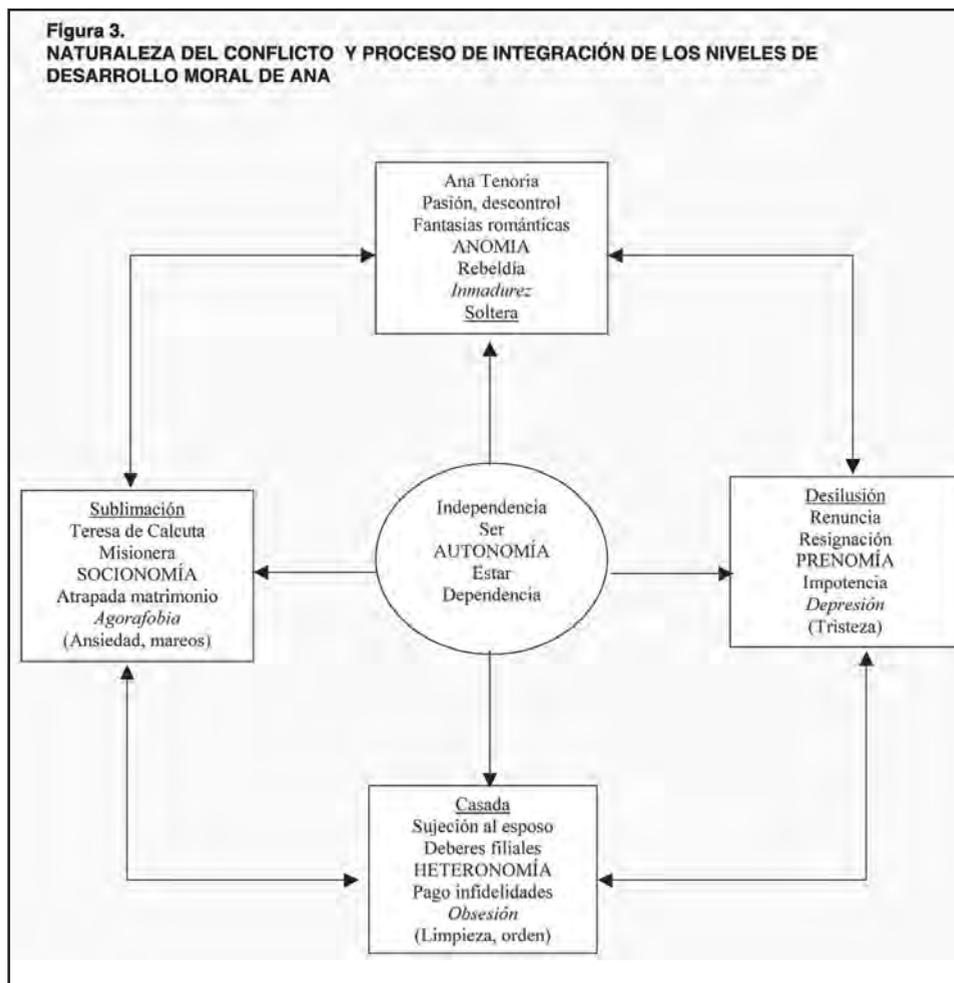
de ir aceptando, ir desprendiéndome de cosas, tener *menos capacidad para hacer cosas*, mi vida podría estar llena, había sitios donde llenar mi vida, y eso ha sido todo lo que he tenido esos días y, a partir de ahí, ya no he vuelto a tener cosas, he estado muy bien y me he encontrado muy bien. (...) Y eso es todo lo que me ha venido: preguntas y respuestas, conclusiones. Y no sé por qué. Porque claro..., todo eso ha sido..., es muy fuerte para mí, es muy fuerte para las personas... Pero he estado muy bien y he llevado mi recuperación muy bien y todo muy bien. Eso es lo que me ha pasado estos días. Es como si hubiese momentos en la vida de las personas que tienes que pasar por una serie de cosas... (...)

## 9. ESTRUCTURA DEL CONFLICTO MORAL DE ANA

Encontramos en Ana una amplia gama de todas las variedades de conflicto consideradas hasta ahora que nos permiten entender la naturaleza de su sufrimiento psicológico. La estructura del sistema moral de Ana, parte de una posición *anómica* de fuerte rebeldía o inconformidad con el mundo tal como es o como se le presenta. (Figura 3) Experimenta esta inconformidad a través de la sensación de descontrol de los impulsos amorosos (Ana Tenoria) cuya única forma de realización se produce en el ámbito de la fantasía (películas románticas), a través del pensamiento mágico. Esta posición es calificada por la propia paciente de “*inmadura*”, y es objeto de fuertes autorrecreaciones en el transcurso del proceso terapéutico, sobre todo por la incidencia que puede haber tenido sobre la hija, a la que teme poder haber hecho una “desgraciada”, por haberla preparado para un mundo que no existe. La sublimación, sucedáneo de los impulsos amorosos, que representa la idea de irse a misiones donde satisfacer las ansias de entrega absoluta y desinteresada tampoco dejan de ser fantasías irreales, vacías de contenido, que entran en contraste con las experiencias amargas de decepción y rabia cuando en su donación altruista a través del trabajo es objeto de rechazo o desprecio.

Las opciones sustitutorias del mundo de fantasías amorosas o románticas se presentan alternativamente en su vida, y son todas generadoras de sufrimiento, dando origen a oscilaciones en la sintomatología manifestada, lo que hace necesariamente más complejo su diagnóstico, que puede caracterizarse de ansioso depresivo con rasgos fóbicos y obsesivos más o menos predominantes según los momentos existenciales por los que ha ido atravesando su vida. Los intentos, fallidos, de llevar a cabo las fantasías románticas han sido el origen, en una de estas alternativas, de una fuerte reactividad ansiosa de carácter fóbico, los mareos que acompañaron toda su experiencia en Zaragoza, durante su primer matrimonio; un período caracterizado por la “lucha” y el idealismo, en el que se sentía “atrapada” (sensación típica de la agorafobia), para huir de la cual se vio llevada a la infidelidad matrimonial (anomía), que ponía clamorosamente en contradicción su “entrega” incondicional (socionomía) al primer marido. Esta experiencia terminó por producir la ruptura del matrimonio y la sumió en los sentimientos de culpa que dieron

origen a rituales de tipo obsesivo (limpieza y orden). La vuelta a la casa materna se traduce en un aumento de la dependencia de la madre y en una disminución de las posibilidades de autonomía, que repercuten en una regresión depresiva. La ganancia gradual de ciertos ámbitos de autonomía (consecución de un trabajo, educación y responsabilidad de la hija) le permiten recomponer su vida incluso a nivel afectivo con un segundo matrimonio, en el que se posiciona de forma claramente heteronómica, aceptando la sujeción al marido, que por cierto es definido como “buen hombre, que no le da mala vida”. Este matrimonio no deja de ser, sin embargo, decepcionante o, al menos, “aburrido”. No es desde luego el ámbito de realización de sus fantasías, manteniéndose el ruido de fondo de la tristeza, producto de la desilusión resignada con que vive su vida de pareja y de la decepción de la vida en su conjunto.



En el momento de iniciar la terapia el conflicto de Ana se puede describir como un desgarramiento existencial entre lo que ella llamará más adelante su “ser” y su “estar”:

*“Cada vez me doy más cuenta que soy muy independiente (bis), mucho, mucho, mucho. Todo lo contrario de lo que estoy: soy una persona muy independiente y me gusta mucho ir a la mía, mucho. Bueno pero lo iré consiguiendo (bis)”* (19.01.2001. De rebajas).

Este conflicto entre dependencia e independencia afecta de modo particular, como era de esperar, las relaciones afectivas más significativas de este momento existencial: las relaciones con la madre y con el segundo marido. La mayoría de las grandes crisis que se reiteran a lo largo del proceso terapéutico tienen que ver con esos dos ámbitos relacionales. Con la madre le liga un vínculo de *dependencia* que la infantiliza y la mantiene inmadura, dado que ésta continúa cuidándola y disponiendo de su casa, como si todavía fuese “una niña”: para no contrariarla deja de hacer obras en la cocina, hace los guisos que ella decide por Navidad, pide una baja en el trabajo en contra de su voluntad, accede a la ocupación del espacio doméstico convirtiendo una habitación en un taller de costura. Esta situación le produce una clara alternancia de estados anímicos que oscilan entre la rabia (*ansiedad*) y la impotencia (*depresión*). El proceso hacia una mayor autonomía que gradualmente se va consolidando y que puede irse observando a través de las sucesivas sesiones de grupo en el ámbito de las relaciones sociales y laborales, tropieza sin embargo una y otra vez en el de las relaciones filiales con la madre y, aunque aumenta la conciencia sobre la naturaleza del problema, los conflictos morales que suscitan exigen una elaboración constante de progresiva sutileza a fin de encontrar nuevos puntos de integración entre las necesidades de mayor autonomía y los sentimientos de deuda filial. En un momento ya avanzado del proceso terapéutico se produce una cierta inversión de las condiciones fácticas:

*“Mi madre se está yendo... Y no se queja (grandes sollozos)... Claro yo tengo mis cosas mi marido, mi hija, el trabajo. Tengo que hacer algo... Está muy sola mi madre... Ay! quiero dedicarle tiempo; quiero acompañarla (bis), quiero darle seguridad.... Sé que si mi madre se va lo voy a superar; lo sé (bis); ya no tengo dependencia como antes; antes me volvía loca de pensar que se me podía ir, pero he llorado mucho, mucho, mucho. Me va a doler en el alma...”* (31.05.2002 “Los trastos de la cocina”).

Esta inversión en la perspectiva de dependencia no soluciona tampoco el problema, porque ahora es la relación con el segundo marido la que aparece como limitativa de su libertad, que la lleva a cuestionarse la sujeción en su matrimonio con el acerbamiento de la oposición casada – soltera:

*“... porque ahora en esos momentos necesito mi libertad. Siempre he hablado de mi libertad. Porque yo ahora necesito mi libertad y mi libertad sería irme yo a su casa (de la madre). En muchos momentos me apetecería no tener marido para no tener nada que me sujetase fuera de*

*mi madre... Mi madre sin pedírmelo me he dado cuenta que ya es el momento en que me necesita. Hubiese querido que eso se me hubiese alargado (sollozando). (31.05.2002 “Los trastos de la cocina”).*

## 10. EL PROCESO DE INDIVIDUACIÓN

Atrapada en este conflicto de lealtades Ana busca un apertura a espacios de libertad en un ámbito de realización que podríamos definir como “espiritual”, acompañado de algunas experiencias que, utilizando la terminología de Maslow (1968, 1970), merecería el calificativo de “experiencias cumbre”, como la que relata en el episodio de la caminata por la playa:

*“Me fui andando y andando, y cada vez iba más deprisa, más deprisa, y veía laaargo, muy laaargo (bis), el camino, y mientras más largo, más me gustaba, y más deprisa iba... Y fue un momento, tan deprisa, tan deprisa, y tan largo lo veía, que yo digo, “voy, yo sé que voy a una meta”, no hay una meta, pero yo voy a una meta. **Y esa meta era mi libertad, era mi, era mi libertad**, iba deprisa, deprisa y mientras más deprisa iba y más largo lo veía..., veía yo que **iba conectando más mi espíritu con mi cuerpo, iba buscando un punto, un punto...** [T: de conexión] **entre mi espíritu y... y mi cuerpo, se juntaban, y eran los dos que querían esa libertad, mi cuerpo y mi espíritu y yo lo iba alcanzando** y cuando acabé, **acabé cansada**(cuatro), **de andar**(tres), **deprisa** (tres)..., entonces me fui a mi casa y me encontré muy bien, **muy liberada, muy liberada, me encontré muy liberada**”.*  
(09.02.2001 “Nubes en el firmamento“).

Pero para Ana la consecución de la libertad implica también, la de la “**liberación**”: liberación de sus fantasías románticas de amor y de pasión, cuyo incumplimiento es todavía causa de tristeza (depresión), liberación de la rabia, del orgullo y de la decepción. Varios son los episodios en los que a través del proceso terapéutico se va liberando esa necesidad de expresión pulsional de manera satisfactoria y armónica. El primero y el que de alguna manera marca el punto de partida de su “curación” corresponde al episodio emblemático del “baile de los mantones”, el que ha dado origen al título de nuestro trabajo “**¿Dónde vas con mantón de Manila?**”. El segundo presenta una carácter menos mundano, si se quiere, pero es igualmente indicativo de un proceso de integración de los opuestos. Corresponde a la experiencia de una necesidad de pacificación con la naturaleza, y es experimentado por ella como una visualización de sí misma en campo abierto, arrodillada en el suelo debajo de un olivo, una especie de “oración del huerto de Getsemani” (el huerto de los olivos donde Jesús oró durante la última noche de su vida terrenal, antes de ser preso y crucificado al día siguiente). Esta doble liberación de las tensiones del cuerpo a través del baile y de las pasiones del alma a través de la oración nos recuerdan los rituales de danza sagrada, presentes en muchas religiones, en las que mientras el cuerpo baila el espíritu se eleva en una especie de

reconciliación con la naturaleza y la divinidad (lo inmanente y lo trascendente), un camino para la consecución de la paz espiritual. No se trata de un proceso de conversión religiosa, sino de un proceso que, en términos de Jung (1946), puede definirse como “proceso de individuación”:

*“el ser humano es un todo; puede ser inmensamente fuerte, algo grande, muy grande, divino, yo no sé... Y respecto a Dios, como no lo acabo de entender pues lo acepto a medias, sólo... pero lo suplo en el ser humano. Pienso que el ser humano puede llegar a ser divino, pero en esos momentos de enfermedad, lo mismo que puede ser grande puede ser débil. Lo mismo que puede ser de grandioso es de pequeño. Esto te hace ser humilde, es verdad. Lo acepto: lo mismo que puedo ser grande puedo ser pequeña... Las religiones las tengo apartadas todas; lo que no tengo apartada es mi parte espiritual, de dónde viene ni a dónde va. Yo las religiones las desecho todas, todas... Tampoco me aferro a un Dios que no veo ni siento ni nada; me aferro a mis sentimientos, a mi forma cómo tengo que actuar con los demás cómo quiero mi vida llevarla; cómo superarme y cómo ser mejor. No por nada, sino por mi misma, pienso que es así cómo tiene que funcionar ese mundo... Lo único es que ¡ojalá! yo llegase a encontrarme bien, siendo yo misma (bis)... (12.01.2001 “La vida es sueño”).*

En ese proceso de individuación, entendido como un proceso de acoplamiento de tendencias opuestas y de pacificación interna, ha jugado un papel destacado en el caso de Ana, como en el de otros pacientes, la elaboración de los sueños, a través de la cual se cierra el asunto inconcluso con el primer marido y se afianza la vinculación con el segundo:

*“Soñé como si todavía estuviera en Zaragoza con mi primer esposo. Yo lloraba mucho, lloraba. Pero no era un llanto por algo concreto. El llanto se me presentaba con mucha profundidad; era un llanto de una gran tristeza, algo muy hondo, muy hondo, muy duro, muy duro, muy fuerte, muy fuerte. Y es que en el sueño mi primer esposo me decía que había empezado una nueva vida con otra chica; que era feliz y que todo estaba bien... Y yo lo aceptaba con mucha serenidad. Pero yo decía: “Dios mío! Todo está muy bien; pero ¿yo cómo lo siento, no? Yo lo acepto, lo tengo que aceptar, lo asumo, pero dentro de mí, aunque todo esté normal en mí no hay esta normalidad... Que no sé exponer este sentimiento, pero este sentimiento también es muy hondo: es la soledad. Es la soledad de la persona. Para mí es aquel fondo en que estás solo, que te das cuenta que tus sentimientos no los puedes compartir con nadie, no pueden llegar a los demás... No lo podía comprender, pero después lo comprendí; me vino la respuesta. **La respuesta es que vi que con mi primer esposo ya había terminado esa cosa. Con mi esposo actual, con el que vivo ahora, estoy echando las raíces**” (14.12.2001 Preguntas y respuestas).*

El mismo sueño permite hacer las paces con su pasado y con su presente a través de la aceptación de lo que no fue, lo que ha sido y lo que es, entre lo que cuenta también la aceptación de la decadencia y el desprendimiento de la vida como formas de liberación:

*“Me vino la respuesta al día siguiente cuando fui a urgencias.... Entonces me acudieron a los ojos las lágrimas, una pena.... Y pensé que es la decadencia... El ser humano en el fondo, en el fondo del fondo está solo. Eres tú quien pierdes, eres tu con tu vida que se va desgastando... Yo creo que eso tiene que ver con el sueño. Yo lo veía con “qué pena, qué pena”. Tengo que aceptarlo, pero verdaderamente para mí es muy doloroso... y después me hacía una pregunta en el mismo sueño. Veía todo, todo, como toda mi vida: todos mis esfuerzos. Y todo eso ¿para qué? ¿Por qué? Todo era soledad, ¿qué ha sido? Y me quedó la pregunta de... ¿Por qué de qué ha valido, por qué, por qué?... Y esto me dio la respuesta a la otra pregunta: de el ¿por qué?; de ¿qué he hecho con mi vida? Pues me quedó: “Yo soy así”. Me quedó esta contestación: “No te preguntes nunca más en qué has malgastado tu vida. Yo soy así. Y para mí son más importantes mis sentimientos o mi moral, más mi integridad que lo que yo pueda perder, más que mi vida y todo... La pregunta esa ya está contestada. Lo que se ha hecho, se ha hecho y lo que has perdido se ha perdido. Y lo he elegido libremente. Y lo haría cuarenta mil veces.. Cuando lo hacía era porque libremente lo tenía que hacer. Con todas la consecuencias. Así, que ya está”. (14.12.2001 Preguntas y respuestas)*

La aceptación de la decadencia y el desprendimiento proporcionan la experiencia de la libertad radical: liberación de las pasiones, liberación de resentimientos, liberación de pretensiones, liberación de ansiedades y absoluta disponibilidad como resultado de la aceptación incondicional de sí misma:

*“Tuve preguntas y respuestas; tuve de todo. Y después por la noche, tuve otro momento. Eso no fue un sueño. Fue aquel momento antes de dormir... Me veía un poco irreal. Y pensé: “pues me gustaría irme desprendiendo de cosas..” Y me iba serenando. Y después pensaba: lo que siempre tendría presente, lo que siempre quisiera tener es **libertad**... Y con ese pensamiento me vino una paz, una paz, una paz..., me quedé dormida. Y al día siguiente pensé: “¿Por qué me vino tanta paz?”. Me vino la paz de que yo iba **aceptando desprenderme de mi vida...., y esa paz de aceptarme fue la que me tranquilizó**. (14.12.2001 Preguntas y respuestas)*

## **11. CONSIDERACIONES FINALES: «E LA NAVE VA»**

Ana continúa, a finales del 2002, asistiendo por voluntad propia a los grupos de terapia, aunque está totalmente asintomática y presenta una adaptación social y estabilidad emocional muy apropiadas; se muestra muy colaborativa en el grupo y

comprometida con los compañeros que encuentran en ella apoyo y comprensión, a la vez que diálogo y, en ocasiones, confrontación terapéutica. Sin embargo las aguas no siempre están tranquilas: el equilibrio humano, como el de una nave, es dinámico y no estático, y con frecuencia se ve sometido a oscilaciones atribuibles tanto a variaciones internas como a acontecimientos externos. En algunos casos algunas experiencias excepcionales pueden ser motivo de confusión y zozobra, pero resultan fácilmente reconducibles en el contexto de la terapia. El siguiente sueño, contado por Ana al reiniciar el grupo en otoño del presente año, da cuenta de esta experiencia y de su enfoque en la sesión, con un resultado favorable para su proceso.

ANA: [En referencia a la crítica de los suegros a su hija, que tenía el piso poco ordenado]. *Mi vida es apacible y tranquila, yo soy apacible, yo no busco guerra, acepto a la gente como es. Pero en ese caso perdí los estribos; me sentí **incapacitada** para defenderme **razonablemente**. A los pocos días volví a engancharme con mis compañeros. Me supo muy mal. Incluso creo que saqué los pies del plato. Discutí con ellos, bueno y eso me hizo mucho mal. Pero tanto como hasta llegar a ponerme como me he puesto, no lo sé. A los pocos días también soñé con la locura. Supongo que era mi propia locura: «**vi a una persona muy deforme que la llevaban como encadenada pero muy deforme, muy disminuida en todos sus aspectos, atada de pies y manos: aquello me produjo mucha lástima; incluso yo dije: «no os la llevéis así». Pero después de golpe y porrazo se me apareció todo lo contrario: se convirtió en alguien muy fuerte, enormemente alto y muy imprevisible. Y me asustó.**»*

*Esto fue lo que soñé. Esto lo relacioné conmigo. Porque cuando discutí con mis otros compañeros fui imprevisible (bis). Normalmente cuando he discutido con la gente he tenido mucha razón (bis), pero aquella vez no lo pude controlar, me desbordé (...) No he vuelto a tener sueños, tampoco he dormido... Mis sueños me dejan muy apaciguada, me dejan muy bien; pero ese sueño no me dejó bien, me asusté de mí misma, porque aquello que se me estaba presentando era locura, era lo que era una persona sin sus facultades. Y eso me asustó. Me asustó porque pensé si yo podría llegar algún día a pasar por ahí; pero bueno, ya está.*

RAQUEL: *¿No es como un miedo, ya que tu siempre te controlas, a perder el control y te castigas tanto que eso para ti es la locura*

ANA: *Ha habido veces que he reaccionado así y no me he castigado. Esta vez sí que me castigué esta es la verdad, pero lo que me asustó es que lo que yo había discutido [T: sentir que no tuvieras toda la razón]. Eso es. Generalmente, cuando he discutido he tenido tanta razón... Me he dado cuenta que estoy sola, porque veo que no abunda la gente como yo... La gente no comparte, la mayoría, mi forma de pensar. Esto quizá ha contribuido mucho a dolerme... Yo puedo pasar mucho de la gente soy*

*bastante independiente, no conecto mucho con la gente. El darme cuenta de que lo que yo estaba defendiendo con tanta justicia, veía que la mayoría no lo entendían, que les sonaba a chino y en ese momento sentirme sola. Y en ese momento sentirme sola (tres). Si me equivoco y otra persona me da un desafío lo reconozco; esto a mí nunca me ha ocurrido... que mi razón fuera compartida. ¡Qué sola que estoy con mis ideas...! Yo creo que hay una razón verdadera, cómo se puede no reconocer. Qué sola estoy, qué sola (bis)... Si me desarmaron es que iba armada; si iba armada es que había guerra. Había guerra o se produjo en un determinado momento...*

TERAPEUTA: *Si te desarmaron es que te quitaron las armas; las armas se empuñan con las manos y se blanden con los brazos. En el sueño aparece una persona encadenada, atada de pies y manos, sin poderse mover y además discapacitada del todo y luego su contrario un personaje impresionante, fuerte, poderoso e imprevisible. Y eso para ti es la representación de la locura. El sueño es muy claro. Te sentiste desarmada cuando te quitaron la confianza en ti misma, desprovista de tu razón, que es tu fuerza. Así te viste desvalida y enajenada, abandonada al arbitrio de los demás; y, a la vez, despojada de tu razón sientes que, llevada sólo por las emociones, puedes llegar a ser imprevisible y descontrolada. Y esto te asusta; para ti ésa es la imagen de la locura, de la sinrazón. (18.10.2002. “El gato triste y azul”)*

El proceso de psicoterapia no supone ningún hito definitivo en la vida de una persona: por suerte la vida continúa y la vida es proceso. La cuestión que planteaba Freud (1937) en «Análisis terminable o interminable» sobre el fin de la psicoterapia carece de significado si otorgamos todo el protagonismo a la persona. La persona se encuentra en un constante proceso de desarrollo personal en la medida en que las circunstancias de su vida van planteando permanentemente nuevas oportunidades de crecimiento y nuevas exigencias de integración. Erick Erikson (1997) describió el ciclo vital en una serie de etapas, configuradas alrededor de tareas fundamentales específicas de cada una de ellas, que van desde la construcción de una confianza básica en la infancia hasta la integración en la vejez. A ese continuo hacer frente a las nuevas tareas que nos plantean las edades de la vida y sus circunstancias cambiantes hace referencia este texto reciente con el que damos por terminado el relato del proceso psicoterapéutico de Ana:

RAQUEL: *Tal vez lo que me estoy planteando es quién soy yo, pues no tengo ni idea. Esas imágenes que últimamente estoy proyectando tanto de mí, de cuando era pequeña, he llegado a pensar que a lo mejor me salen porque quiero o me quiero dar pena; pero tal vez se me proyectan porque yo estoy ahí, estancada; no es porque uno crezca o deje de crecer, porque se supone que uno cuando uno es uno, es porque crece; creces, asumes, que todo va bien, que todo va mal, que eres consecuente con tus actos, [T: eso]*

*pues tal vez yo estoy allí porque no he crecido, y me he dejado: me he dejado hacer lo que a mi me han hecho...*

*ANA: Sí, mira: esto te pasa igual que a mi, Raquel, con lo del enamoramiento [T: sí, las fantasías], que dije el primer día que vine aquí, que me moriría con aquello. Te pasa lo mismo, estoy estancada; en aquel momento yo creía estar estancada ahí y lo estoy quizá porque a veces se me proyecta, es lo que tu dices, a veces ¡pumba!, viene la cosa; pero tu dices quizá no hemos crecido, estamos ahí; no, ¡mentira! hemos crecido en el momento en que nos damos cuenta de que ahí hay algo; en el momento en que tu dices “quizá no he crecido y estoy parada ahí”, es que ya has crecido (bis); si no hubieses crecido estarías todavía en aquella fase; pero tú ves que hay otra fase en tu vida y recuerdas aquella... En el momento ese hemos crecido... Ahora que nos sirva ese crecer para dominar aquello es lo que nos hace falta, entonces verdaderamente habremos superado este crecimiento, ¿no?. No sé si se me sé explicar. [T: Sí, sí, sí]. Pues eso: me pasa a mí ¿eh? también, igual, igual. Hay veces en que se me proyecta toda aquella nostalgia, entonces veo que todavía estoy atrapada ahí, estoy ahí atrapada; porque me hace mucho daño ¿eh? y siento la necesidad de aquello..., pero, al mismo tiempo, cuando tú dices “a lo mejor no he crecido”; sí que he crecido porque yo también me doy cuenta de que no estoy en aquella fase, estoy en otra (bis); lo que pasa es que ahora para que verdaderamente mi crecimiento sea positivo tengo que superarlo; decir: no “aquello fue una fantasía ¿eh? no fue real; lo real es esto que estoy ahora, este mundo que tengo, es aquí donde me tengo que situar, aquí es donde tengo que encontrar las cosas y la fuerza para superar aquello”. Lo que pasa es que claro una cosa es, siempre lo digo, una cosa es decirlo ¿no? y saberlo, que por eso a veces me enfado yo mucho; porque yo lo siento, lo sé y lo sé ¿por qué no puedo a veces superarlo? Esto aún me hace más daño, ¿por qué?...  
TERAPEUTA: Porque eso supone una renuncia; aquí hemos hablado de renunciaciones: ella [en referencia a Raquel] ha renunciado a ser ella misma por eso se pregunta quién soy yo; uno no puede renunciar a sí mismo, pero sí que a veces uno tiene que renunciar a sus fantasías, a esas expectativas que no se cumplieron ni se van a cumplir..., porque uno se enamora de su imagen..., precisamente porque no sabes quién eres te creas una imagen... uno dice yo seré yo mismo cuando sea esa imagen; ese es el gran fallo, porque esa imagen es una fantasía... A la pregunta quién soy yo, hay solamente una respuesta, para cualquiera de nosotros: la pregunta quién soy yo solamente tiene una respuesta: “yo soy yo”; la pregunta no es cómo soy, sino quién soy yo: Yo soy yo. Yo..., me puedo equivocar, puedo aprender; puedo llorar, puedo cantar y puedo reír, puedo bailar, puedo estar triste y puedo estar alegre; yo pienso, yo siento, yo decido; me*

*responsabilizo de mí. Yo soy yo en la medida en que me responsabilizo de mí. Eso es ser adulto. Ser adulto es responsabilizarse de sí mismo: de los aciertos y de los errores; siempre podemos aprender de algo cuando nos responsabilizamos de ello.*

*ANA: A mí mis fantasías me vinieron del cine..., entonces ¿por qué a unas personas les hacen esos efectos y a otras no? ¿por qué a mi me influenció? ¿ya estaba predispuesta?, ¿a qué estaba predispuesta? (ríe). Tanto amor, tanto cariño, tanta cosa yo me pensaba que eso tenía que ser la vida así y yo tenía mi cuerpo lleno de ilusiones y no era noviera ni nada hasta que fui mayor; pues como yo no tenía novios, no tenía nada, pues yo hacía películas y se las contaba a mis amigas y se lo creían porque yo no les decía que eran mis fantasías, pero bueno que yo contaba mis películas y así me hice la vida, que luego no sabía por donde me salían los tiros...*

*TERAPEUTA: También había película de tiros... Lo que pasa es que tuviste una infancia muy protegida y tu madre te ha sobreprotegido mucho toda la vida... Vivías en una especie de mundo idílico [ANA: idílico, idílico, idílico...] Eras una especie de flor que crece en un jardín, que es muy cuidada, a la que de alguna manera se le niega la visión del mal, como le pasó a Buda antes de convertirse en buda... Era una especie de negación del dolor... En ese contexto te resultó más fácil una realización de tu mundo a través de la dulce fantasía que de la dura realidad.*

*ANA: Tiene usted razón, por ahí me debe de venir; debe de venir por ahí la cosa, porque yo recuerdo que estaba tan a gustísimo... El mundo que yo veía a través de las sayas era un mundo tan agradable, tan agradable que desbordaba mi fantasía. Veía una armonía, un calor, un ambiente... No quiero pensar en eso porque me desborda la fantasía y la emoción y la dulzura y todo eso y no me quiero desbordar... Pero ¿porqué yo tenía mi mundo a parte?*

*TERAPEUTA: Porque vivías rodeada de gente mayor, tu mundo era el de los mayores; estabas sobreprotegida, no estabas preparada para el dolor... Pero eso te dio una percepción de la vida distorsionada; distorsionada por la parte buena, pero distorsionada. Lo que la vida no te daba, te lo daba la fantasía.*

*ANA: Sí, sí: es verdad; sí, lo que no me daba la vida, me lo daba la fantasía. Porque cuando dije antes que en la vida todo eran palos, luego, yo soñaba. Yo decía: “a mí me daréis todos los palos que queráis, pero yo tengo mi fantasía...” Llegaba la noche y antes de dormir yo soñaba; soñaba despierta. Vivía mi mundo y decía: “bueno, ese mundo no hay quien me lo quite”. Eso no era real, pero así fui sobreviviendo... Pero en la medida en que me hago adulta estoy renunciado a todo eso, pero renuncio a tope, a tope, a tope ¿eh?; porque me noto que entonces a mi madre la quiero*

*cuidar: “tú necesitas que yo te cuide; tú me has cuidado y ahora yo te tengo que cuidar a ti”; me administro, aquí no se gasta más, hasta aquí hemos llegado; de fantasía nada de nada ¿eh?, cuando soy adulta. Mis sentimientos son los mismos y todo es igual, pero fantasía no hay, no... Y hay un acercamiento incluso mayor a mi marido, más real, más real: él es mi marido y yo soy su mujer; y aquí tiene que haber de todo, cama y de todo... Y quiero ser adulta, quiero, quiero sí, sí, sí, porque veo que es cuando mejor me encuentro... Cuando soy adulta soy muy feliz; estoy encontrando la felicidad ahí; [T: la satisfacción] la satisfacción, eso, eso, la satisfacción; encuentro la satisfacción, que es cuando estás a gusto haciendo lo que haces. (22.11.2002 “En coma”).*

Más allá de la superación de una sintomatología concreta, el proceso seguido por Ana en terapia puede definirse como el desarrollo de un sistema epistemológico, gobernado inicialmente por el pensamiento mágico -la fantasía- y una estructura moral de naturaleza siconómica, hacia una organización más compleja, tanto desde el punto de vista cognitivo como moral; o, parafraseando a Rogers (1961), describirse como un largo y doloroso **proceso de convertirse en persona... autónoma**. Este proceso, sin embargo, no llega nunca definitivamente a puerto, porque la vida nos pone constantemente ante tareas, conflictos o dilemas que a veces es preciso afrontar con nuevos planteamientos y nuevos desarrollos. Un proceso que, por definición, no se detiene nunca, como el agua del río, cuya esencia consiste en el propio fluir, que no cesa de correr y, por consiguiente, de ser hasta que, como decía el poeta, “va a dar a la mar que es el morir”. Ese flujo constante de la existencia es el que nos lleva a considerar a la vida como el curso que aquélla va trazando desde el nacimiento a la muerte y a la psicoterapia como un momento transitorio del proceso personal, orientado a facilitar su curso sin estancamientos ni desbordamientos. Esta función de la psicoterapia es la que nos permite exclamar a su término, evocando el título de la película de Fellini: “*e la nave va*”, la vida sigue.

Continuará...

---

*Siguiendo la concepción de Carl Rogers este artículo está orientado a describir la psicoterapia como un proceso de convertirse en persona. Todo el énfasis va dirigido a facilitar el crecimiento hacia la autonomía. Para la redacción del artículo se ha preferido utilizar, siempre que ha sido posible, las propias palabras de la paciente en preferencia a las del autor.*

*Palabras clave: Proceso de convertirse en persona; autonomía; proceso de individuación; autorrealización; psicoterapia existencial.*

## Referencias bibliográficas:

- ANA et al. (16.11.1999). *Fantasías y mentiras*.
- ANA et al. (26.11.1999). "No se crea usted..."
- ANA et al. (30.11.1999). *La momia*
- ANA et al. (21.12.1999). *Prohibido asomarse al exterior*.
- ANA et al. (25.04.2000). *El precio del silencio*.
- ANA et al. (09.05.2000). *El pecado original*
- ANA et al. (24.10.2000). "Mr. Proper"
- ANA et al. (30.10.2000). *La posición intermedia*
- ANA et al. (21.11.2000). *El peso de la culpa*
- ANA et al. (28.11.2000). *R.I.P*
- ANA et al. (12.01.2001). *La vida es sueño*.
- ANA et al. (19.01.2001). *De rebajas*
- ANA et al. (02.02.2001). "Bonjour Tristesse"
- ANA et al. (09.02.2001). *Nubes en el firmamento*.
- ANA et al. (14.12.2001). *Preguntas y respuestas*.
- ANA et al. (31.05.2002). *Los trastos de la cocina*
- ANA et al. (18.10.2002). *El gato triste y azul*
- ANA et al. (22.11.2002). *En coma*
- ERIKSON, E. (1997). *The cycle life completed*. New York: Norton & Company
- EY, H. (1976). *La conciencia*. Madrid: Gredos
- FREUD, S. (1937). *Análisis terminable e interminable. Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 3339-3364
- JUNG, C.G. (1946). *Psychological types*. New York: Harcourt, Brace & Co.
- MASLOW, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- MASLOW, A. (1970). *Religions, values and peak-experiences*. New York: Viking Press
- ROGERS, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin
- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66
- VILLEGAS, M. (1993a). Las disciplinas del discurso: semiótica, hermenéutica y análisis textual. *Anuario de Psicología*, 59
- VILLEGAS, M. (1993b). La Entrevista Evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87.
- VILLEGAS, M. (1995a). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- VILLEGAS, M. (1995b). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 22-23, 5-19.
- VILLEGAS, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92
- VILLEGAS, M. & RICCI, M. (1998). El discurso onírico: aplicación de las técnicas de análisis textual a los sueños en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34/35, 31-92
- VILLEGAS, M. & TURCO, L. (1999). Un caso de reorientación sexual en el ciclo medio de la vida. *Revista de Psicoterapia*, 40, 75-102.
- VILLEGAS, M. (2000). Psicopatologías de la libertad (III): La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 42/43, 49-134.
- VILLEGAS, M. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: El proceso del cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 46/47, 73-118.
- VYGOTSKY, L.S. (1978). *Mind and society. The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.

# “NO ES MI CASA, QUE ES LA SUYA”. COMPRENSIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE AGORAFOBIA DESDE UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA

Eva Azorín, Master en Teràpia Cognitivo-Social, U.B.:  
eazorin@copc.es

*This article focuses on the comprehension and treatment of agoraphobic disease from a constructivist point of view. The nature of agoraphobic symptoms is understood as the result of restrictive experiences in interpersonal relationships, whereas the treatment is oriented to promote moral and psychological autonomy.*

*Key words: autonomy, agoraphobic disease, constructivism, freedom, interpersonal relationships*

---

## INTRODUCCIÓN

La elección del caso de Clara para esa monografía obedece a la naturaleza ejemplar del mismo respecto a la comprensión del trastorno agorafóbico y a la modalidad de tratamiento desde la perspectiva constructivista en el contexto de una terapia breve (16 sesiones) en el marco de la asistencia pública. Este tipo de enfoque, orientado a la comprensión de la naturaleza del síntoma agorafóbico, como restricción de la libertad en el ámbito de las relaciones interpersonales, y a su tratamiento como promoción de la autonomía psicológica y moral, demuestra su efectividad no sólo a nivel sintomatológico, sino también personal. En efecto, al final de la terapia la paciente no sólo habrá conseguido dejar de temer los espacios abiertos y las aglomeraciones de gente, habiendo desaparecido el miedo a salir de casa, sino que habrá dejado de temer recaer en una antigua depresión, habrá mejorado en su forma de relacionarse con los demás y hacerse respetar por ellos, e incluso habrá experimentado un aumento del deseo sexual en sus relaciones maritales. Desde el punto de vista de su crecimiento personal habrá aprendido a analizar las situaciones en función del contexto y a tomar conciencia de su papel en las interacciones, aumentando su capacidad metacognitiva con el reconocimien-

to de los propios estados mentales y los de los demás. Su manera de construir los acontecimientos dejará de ser “extraña” para apropiarse de su significado, a partir del reconocimiento de las emociones que suscitan, e “invariable”, a partir del aumento de capacidad de incidencia sobre ellos y de la asunción de la propia responsabilidad en los procesos de cambio.

## **1. DEMANDA Y SINTOMATOLOGÍA: EL CUADRO AGORAFÓBICO**

La paciente, Clara de 42 años de edad, acude a un Centro de Salud Mental en demanda de ayuda psicológica porque hace muchos años que “sufre de los nervios”, con un agravamiento especial en estos últimos meses, y tiene mucho miedo de volver a caer en una depresión como la que tuvo hace 20 años. Después de esa depresión que duró cuatro años empezó a sufrir una ansiedad que se ha ido materializando en dos ataques de pánico y una serie de miedos a diferentes situaciones. Así que llega a la consulta presentando un cuadro agorafóbico. Comenta que se levanta ya mareada, con la cabeza embotada y en ocasiones con vómitos: *“al levantarme por la mañana yo no soy la misma, tengo la cabeza trastornada”*. Esta sensación desaparece más o menos al cabo de una hora después de tomar un tranquilizante tras el desayuno, *“entonces se me pasa y ya soy una persona normal... se me va desbloqueando la cabeza, se me pasa la sensación de inseguridad hasta que me pongo a nivel de estar normal”*.

El último de los ataques de pánico fue hace apenas dos meses. Estando en casa un domingo por la mañana en que de repente le vino una sensación de miedo muy intensa: *“me quedé blanca, las manos sudando, el corazón me iba a 200 por minuto..., lo pasé tan mal que pensaba que me moría, pensaba que me estaba muriendo ya”*.

Durante estos años ha ido desarrollado una serie de miedos relacionados con las siguientes situaciones:

- espacios grandes con mucha gente.
- salir a la calle: continuamente piensa que le puede pasar alguna cosa y que necesitará una ambulancia;
- transporte público: no coge ni el autobús, ni el metro, ni el tren.
- los ascensores;
- viajar: el hecho de ir a un sitio nuevo donde no sabe si hay hospitales cerca;
- los medicamentos, en especial el gelocatil, tiene miedo de que le sienten mal y se muera: lo único que toma es el frankimazín y medicamentos que ha tomado toda la vida. A sus hijos tampoco les da nada, sólo algunos jarabes, *“es como si pudiera matar a mis hijos”*;
- que les pase algo a sus hijos (un accidente o se metan en peleas). Se pasa toda la noche despierta pensando que les habrá pasado algo: *“sufro demasiado, acabaré loca”*;
- anteriormente, y relacionado con la muerte de su padre y con una operación

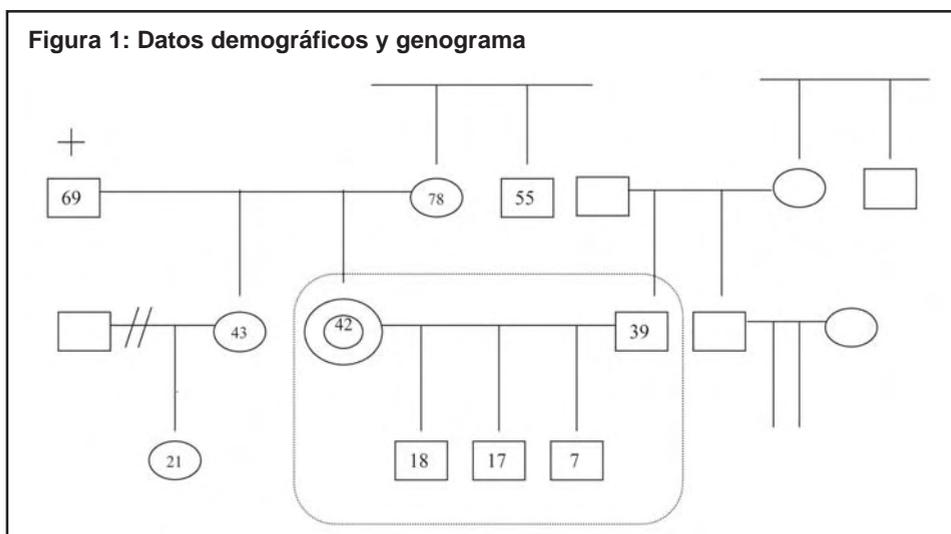
de tiroides a la que fue sometida, estuvo una larga temporada con un gran miedo a la muerte.

El miedo que tiene es que en alguna de estas situaciones se empiece a poner nerviosa, le coja “una embolia o algo así” y la tengan que llevar al hospital. Cuando se desencadena la ansiedad, no puede evitar el miedo y tiene que salir del lugar, huir de la situación. Cuando entra a un sitio lo primero que hace es mirar dónde están situadas las puertas de salida, “por si a caso”. No entiende por qué tiene estos miedos que le cogen repentinamente y no los puede evitar, es algo muy “extraño” para ella. Después de un episodio con ansiedad se queda agotada “como si me hubieran dado una paliza”. Cuando sabe que tiene que hacer o ir a algún sitio estresante empieza a pensar previamente en los peligros que hay y en lo que puede hacer si le pasa algo. Estos pensamientos anticipatorios hacen aumentar el nivel de ansiedad y en muchas ocasiones acaba buscando excusas para no tener que afrontar la situación, es decir, que acaba desarrollando conductas evitativas. Todo este mecanismo de “darle vueltas y vueltas a la cabeza” y de “tanto sufrir” es lo que hace que “se me acumule todo en la cabeza y no la deja funcionar bien”.

Esta situación la hace sentir muy frágil e insegura, así que utiliza algunos elementos externos que le proporcionan seguridad: uno de ellos es llevar encima el trunkimazín, es “un seguro de vida” y la hace sentirse más tranquila: otro es el de llevar el teléfono móvil para poder pedir ayuda si le pasa algo; y en general se siente segura en su casa, en casa de su madre y en los sitios del barrio que ella conoce. Venir a consulta se ha convertido ahora en un elemento más que le proporciona seguridad y por lo tanto tranquilidad.

## 2. CONTEXTO FAMILIAR E HISTORIA DE VIDA (Figura 1 Genograma)

Clara, nació en Barcelona, donde estuvo viviendo con su familia hasta los 12



años de edad. Actualmente reside en una urbanización próxima a la ciudad con su marido y sus tres hijos en el piso superior de la misma finca que sus suegros. En el momento de inicio de la terapia Clara no trabaja; lo hará a mitad del proceso terapéutico, cuidando de una persona mayor y haciendo las tareas domésticas. Su marido, Fernando, trabaja de camarero y sus hijos han dejado los estudios por iniciativa propia. El mayor, Nando, va haciendo trabajos temporales y Javi lleva tiempo buscando trabajo pero por el momento no encuentra nada.

La **familia de origen** de la paciente -su madre, su hermana, Cristina, y la hija de ésta, Bárbara- viven juntas en otra población, próxima a Barcelona. Su padre murió hace 6 años debido a una enfermedad pulmonar.

En cuanto a antecedentes de trastornos psicológicos en familiares, la paciente sólo menciona el caso de un **tío materno**, internado en un centro psiquiátrico con una depresión muy grave desde hace muchos años. Era un hombre ambicioso “*que se comía el mundo*” pero la vida le cambió por completo: se separó de su mujer y empezó a ir con un chico joven y “*se volvió loco*”, al verse abandonado por éste. Malgastó todo el dinero que tenía, llenaba la casa de gitanos y los hijos acabaron por vender su piso y dejarle sin dinero. Lo ingresaron porque estaba muy mal. Clara a veces se pregunta si lo que le pasa a ella tiene que ver con su tío.

Su **infancia** fue “un poco triste”. Al principio, cuando su padre trabajaba en una industria de productos químicos, vivían en Barcelona, en una pequeña casa en el puerto sin luz ni agua. Cuando el padre dejó de trabajar debido a enfermedad, entonces se trasladaron a vivir fuera de Barcelona en un piso de alquiler. En esa época las dos hermanas estudiaban y vivían de lo que ganaba su madre trabajando como mujer de la limpieza en dos domicilios. Su padre no consiguió recibir ninguna pensión por su enfermedad pulmonar de origen laboral. Su madre, a pesar del sacrificio que hacía trabajando para sacar la familia adelante, no conseguía el suficiente dinero para mantener a la familia, por lo que Clara y su hermana tuvieron que dejar los estudios a los 13 años y ponerse a trabajar, contribuyendo con su sueldo a sacar adelante la familia. Cuando se quedó embarazada, la familia no tenía dinero para poder ayudarla en nada: ni vestido de novia, ni cosas para la casa... ni siquiera le podían ofrecer sitio para que viviera mientras su marido estaba en la mili. Por todo esto ella cree que su vida “*ha sido un poco triste*”.

Dice haber tenido muy buena relación con sus padres, les quería mucho a los dos aunque más a su padre que a su madre. El **padre** murió hace 6 años, después de la larga enfermedad a la que hemos aludido, durante la cual Clara se convirtió en su cuidadora. Cuando se quedó embarazada su padre lloró mucho, al contrario que con el embarazo de su hermana, porque eso significaba que se marcharía de casa y perdería a “*su ojito derecho*”. En correspondencia él también la ayudó mucho mientras ella trabajó en el supermercado encargándose de recoger a los niños del colegio, cuidar de ellos y hacer las compras o recados que Clara no tenía tiempo de hacer. Ha sido una figura muy importante en su vida y aún le echa mucho de menos.

Cuando estuvo ingresado en el hospital antes de morir sólo pudo ir a visitarle una vez debido a su fobia a los transportes públicos, y es algo que lamenta mucho.

A su **madre** también la quiere aunque cree que no la ha ayudado tanto como su padre, en el sentido de que no se hacía cargo de lo mal que lo estaba pasando. Cuando estuvo con depresión intentó buscar la comprensión y apoyo de su madre pero ésta decía que eran “*tonterías, y estas cosas se pasan saliendo y distrayéndose*”, no entendía la gravedad de su situación. Por ese motivo tampoco le ha hablado nunca de la ansiedad y los miedos que la atenazan porque sabe que no lo entendería. Clara ha estado y sigue estando mucho por ella, la acompaña a hacer todas las cosas y se preocupa de que tenga todo lo necesario. Reconoce que su madre siempre ha tenido debilidad por ella, que siempre se han llevado muy bien a diferencia de la otra hija, Cristina, con la que ha tenido muchos problemas y no tiene en tan buena consideración: “*Para mi madre yo soy un dios y Cristina... no es nada*”.

Con su **hermana**, Clara siempre ha tenido muy mala relación. Cristina fue una niña muy rebelde, irresponsable y siempre daba problemas. Piensa que ella es celosa y siempre ha tenido envidia de la relación que Clara tenía con la madre. También cree que Cristina ha sido muy “*desgraciada*”, le han ido muy mal las relaciones sentimentales. Es madre soltera: tuvo una hija con un hombre “*muy bohemio*” que tenía negocios relacionados con peluquerías y galerías de arte. Se enteró de que él se entendía con otra mujer y se volvió a vivir con su madre llevándose a la hija, Bárbara, con ella. Cristina siguió en su línea de comportamiento irresponsable (como por ejemplo desaparecer durante varias semanas sin decir nada) debiendo ser la niña criada prácticamente por los abuelos. De todas formas, el padre de Bárbara se preocupó de que no le faltara nada a su hija y actualmente le ha montado un salón de peluquería que ella misma dirige. Clara tampoco ha podido recurrir a Cristina cuando necesitaba ayuda: durante la depresión también le decía que estaba “*cargada de puñetas*” y “*para oír eso y que no me comprendan, ya no cuento con ellas*”. Pero la relación entre Clara y Cristina ha mejorado mucho en los últimos años, se han hecho mayores, hacen cosas juntas y con los niños, se ayudan... De hecho, actualmente Cristina es la que más al corriente está sobre los problemas de Clara y una de las personas con las que se siente más tranquila y segura. Está muy contenta con esta mejoría de la relación.

Clara conoció a su **marido**, Fernando, en una discoteca teniendo ella 18 años y él 16. Le atrajo de él que era guapo, tímido y que se veía sincero y buena persona. Anteriormente ella había tenido “*rolletes*” pero Fernando era su primer novio. Recuerda esa etapa como una de las más bonitas.

Después de casi cuatro años de noviazgo, Clara quedó embarazada, siendo muy mal recibida la noticia en su casa porque Cristina también se había quedado embarazada y consideraban que eran muy jóvenes y sin recursos para tirar solas adelante. En casa de los suegros Fernando no tuvo “*cojones*” para dar la noticia y finalmente tuvo que ser ella quien se enfrentara a sus suegros: Anabel, su **suegra**,

encajó muy mal la noticia y la acusó de haber engañado a su hijo “*para pillarlo*”. A pesar de las oposiciones, Fernando y Clara decidieron conjuntamente seguir con el embarazo y se casaron. Hubieran preferido una boda civil pero la suegra la quería eclesiástica así que, “*como siempre se tiene que hacer lo que ella dice*”, acabaron casándose por la iglesia. Careciendo de dinero para irse a vivir solos y no pudiendo quedarse en casa de los padres de Clara a causa de la enfermedad del padre y no habiendo suficientes habitaciones (también vivía allí su hermana separada con su hija Bárbara), se vieron obligados a ir a vivir con la suegra. Es en ese contexto donde se desarrolla la **depresión** de Clara que le duraría cuatro años:

Al poco tiempo Fernando, el marido, que todavía no había cumplido el servicio militar, se enrola en la marina, dejándola sola con los suegros durante más de 18 meses. Durante un permiso del marido Clara vuelve a quedar embarazada de nuevo, así que tiene los primeros dos hijos casi seguidos y sin la ayuda del marido.

La relación con la **suegra** era muy mala; la tenía absolutamente controlada; no quería que pasara mucho tiempo con sus padres sino que le decía que su deber era estar en casa; se peleaban continuamente no tenía espacio íntimo para ella ni para su marido cuando venía de permiso, no tenía dinero y dependía por completo de la suegra y de lo poco que le podía dar su madre

Aún con el marido en la mili, la relación con la suegra llegó a ser tan insostenible que Clara decidió irse a vivir de alquiler con los dos niños con el poco dinero que le podía dar su madre. En esta situación la depresión se agudiza todavía más: no quería salir de casa, todo le daba igual y a penas estaba por los niños. Fue en ese momento, el peor que recuerda en toda su vida, que intentó suicidarse. Recuerda que un día, casi sin pensar lo que hacía, cogió a Javi, el segundo de los hijos, en brazos y se dirigió hacia la vía del tren para tirarse. Un matrimonio amigo se la encontró de camino, la notaron muy extraña y se la llevaron a casa. Fue un momento terrible del que no quiere ni acordarse.

Cuando el marido volvió de la mili, la suegra les compró el piso de arriba de la finca (poniéndolo a nombre del hijo) y se trasladaron allí a vivir. Eso a ella la hizo “*sentir como una mierda*” puesto que la suegra no había querido hacerlo antes por ella, no le habían importado sus necesidades. En un primer momento estuvo contenta de salir de casa de la suegra y tener su propio espacio, pero enseguida se dio cuenta de que la situación no cambiaba demasiado: Anabel, la suegra, seguía ejerciendo un gran control sobre ella, inmiscuyéndose continuamente en sus vidas.

La **depresión** duró unos cuatro años hasta que empezaron a aparecer los síntomas de **ansiedad**. Identifica el momento exacto en el que cree que pasó de la sintomatología depresiva a la ansiosa: fue trabajando en la charcutería, donde ella hacía inventario, que un día se le quedó “*el cerebro en blanco*”, en una especie de bloqueo que la dejó como paralizada. A partir de ese momento le “*cambió el funcionamiento de la cabeza*”, ya iba a trabajar en este estado y no hacía el trabajo como antes. Empezó a sentir miedo cuando la tienda se llenaba de gente y tuvo que

dejar de trabajar porque la situación la desbordaba. Acto seguido los miedos fueron generalizándose a cada vez más situaciones hasta llegar al momento actual.

Define la relación con su marido como “correcta”: “*es un chico muy majo, muy normal*”, aunque bastante callado y muchas veces echa en falta que no haya más comunicación entre los dos. A pesar de que considera el noviazgo como una época muy feliz, afirma que él no la ha ayudado nunca, ni durante la depresión ni después con su ansiedad. Solamente la época en la que él estaba en la mili y ella le contaba por teléfono lo mal que estaba con sus suegros él la animaba y la tranquilizaba. Pero ella siente que ha tenido que tirar adelante sola sin el apoyo ni la comprensión de su marido. Él no entiende las cosas, cree que lo que tiene “*son tonterías*”, no la ayuda en nada y tampoco se ha sentido respaldada por él. Se ha sentido muy mal y muy sola y cree que si su marido la hubiese ayudado seguramente no estaría así.

De todas formas ella le quiere y le gustaría que mejorara su relación. Él le propone hacer cosas, que ella rehuye a causa de sus miedos teniendo que inventar mil excusas. Nunca le ha hablado claramente de los miedos: le dice que hay cosas que la agobian o que se marea pero no exactamente que son miedos y que deja de hacer muchas cosas por esta razón. Esta es una de las cosas que le gustaría cambiar, poder estar tranquila con su marido y hacer cosas, como antes. Antes se lo pasaba bien haciendo el amor con su marido y lo hacían bastante a menudo, era más “*fogosa*”. pero ahora puede pasarse 15 o 20 días sin hacer nada y cuando lo hace es sin ganas, para complacerle, “*pobrecito*”. Aunque recientemente ha podido constatar que la visión de películas porno a través del canal la estimulan y se siente más motivada para tener relaciones sexuales. No entiende por qué, pero ahora se siente mejor con su marido, tiene más ganas de estar con él, ella está mucho más cariñosa: cree que la relación personal ha mejorado y ahora “*le quiero más que antes*”. Este cambio ha ido acompañado por otro: ahora se ha vuelto celosa y tiene miedo de que su marido pueda encontrar a otra mujer que le dé más que ella.

De sus **hijos**, reconoce que **Nando**, el mayor, es al que más quiere. Es un chico responsable, cariñoso, trabajador y nunca ha dado problemas. A parte, y lo más importante, es que ha sido el único que siempre la ha ayudado en sus problemas y se ha sentido muy apoyada por él. Ni sus padres, ni su hermana, ni su marido la han ayudado cuando ella lo necesitaba. Él ha sido su “*talismán*” y su única ayuda durante mucho tiempo. **Javi**, en cambio, es el problemático, el rebelde que siempre contesta. Antes era “*muy majo y cariñoso*” pero ahora ha cambiado mucho. La tiene preocupada porque se lleva muy mal con el padre y tiene miedo que en una de sus contestaciones su marido le dé una paliza. A **Marcos**, que tiene 7 años, le describe como a un niño muy majo y muy cariñoso. Tiene muchos problemas de estómago y debe llevar una dieta muy estricta, hay muchos alimentos que no puede consumir. Ya le han tenido que ingresar dos veces en el hospital y ponerle suero, cosa que el niño vive de forma muy traumática; por ello está cogiendo mucho miedo a las fiestas de cumpleaños: en la última que estuvo comió algo que no debía y tuvieron que

llevárselo al hospital. Desde entonces empieza a tener conductas anticipatorias que le generan ansiedad cuando sabe que se acerca una fiesta de cumpleaños. Clara se siente culpable al respecto porque cree que ella le puede haber “pegado” este miedo y podría acabar como ella.

En referencia a Anabel, su **suegra**, Clara la describe como “*una persona mala*”, no la quiere y cree que ella tampoco. Han tenido siempre una relación pésima: Anabel nunca la ha ayudado en nada, no la valora ni tiene palabras bonitas para ella, la ha tratado siempre muy mal, va a la suya y no piensa en nadie, es muy envidiosa... Desde el primer momento que se ha inmiscuido en su vida. Una de las cosas que Clara más detesta de la suegra es que tiene la costumbre de entrar en su casa con las llaves de emergencia en lugar de llamar a la puerta.

A lo largo de estos 20 años de **depresión y ansiedad** Clara ha buscado ayuda psiquiátrica en cuatro ocasiones y dice no haberle servido de mucho. Con el que se sintió mejor fue un psiquiatra con el que hicieron un trabajo de aproximaciones sucesivas para superar los miedos concretos. Lentamente notó una pequeña mejora en algunas de las situaciones pero al dejar la terapia volvió a recaer. Actualmente sale y hace una vida más o menos normal pero siente una angustia permanente que no la deja ir a los sitios tranquilamente, como antes.

### 3. HIPÓTESIS CLÍNICA

El caso de Clara es abordado desde la perspectiva de la entrevista evolutiva y la hipótesis centrada en el desarrollo moral de la paciente (Villegas, 1993, 2000, 2002). Para hacer una hipótesis explicativa de la situación actual de la paciente es necesario tener en cuenta su contexto vital actual pero también el contexto en el que se originó la depresión a la que Clara atribuye una causalidad directa sobre su sintomatología agorafóbica. Cuando Clara habla de la depresión identifica una serie de elementos que la llevaron a sentirse de esa manera:

- falta de estima: por parte de la suegra, que no la trataba bien y sentía que la despreciaba.
- falta de independencia: la suegra la tenía absolutamente controlada y no permitía que se desarrollara de una forma independiente.
- soledad: se veía con dos niños pequeños, muy sola y sin apoyo para salir adelante en esa situación.
- falta de comprensión: por parte de sus padres y su hermana. El único que la animaba y le daba un poco de aliento era su marido desde la mili aunque al volver ese apoyo que ella encontraba en él fue desapareciendo.
- sin recursos económicos: carecía de medios para salir de la situación en la que estaba y por lo tanto se sentía obligada a vivir en esas circunstancias, no había más remedio.

Esa sensación de exclusión y desamparo, sin casa, sin padres, sin marido, sin trabajo ni dinero, y de impotencia frente a la carga de dos hijos pequeños, fueron los

causantes de su tristeza, de su depresión (Ugazio, 1998), llegando a su momento álgido y de máxima desesperación en el “intento” de suicidio.

Estos sentimientos de hace 20 años son los mismos que se esconden debajo de la ansiedad; nunca desaparecieron, siempre han estado ahí. Pero Clara no es consciente de la conexión entre esas dos etapas problemáticas porque, así como los detonantes de la depresión estaban claramente identificados, los miedos y la ansiedad han sido siempre algo incomprensible para ella: no sabe por qué ni de dónde vienen. Aunque intuye que lejos de ese contexto ella estaría mejor.

CLARA: *Ya te conté toda esta historia... Es que a mí todo esto me influyó mucho, porque no era dueña y señora de mi casa, **no era mi casa que era su casa**, pero bueno, es igual, pero yo me sentía incómoda... Y ella “Oh, es que tú siempre estás en casa de tus padres, tu lo que tendrías que vivir aquí conmigo porque tu eres...” y claro yo le hacía caso, como era tan ignorante... Yo lloraba mucho porque me sentía muy sola, me acordaba mucho de mis padres... Y cuando venía aquí y les contaba las historias a mis padres me ponía a llorar y... llorar y sentirme obligada a estar allí... pues todo esto me cogió como una especie de depresión, pues claro. Me daba por llorar cada día... y se lo decía a él...*

TERAPEUTA: *Esta situación... los sentimientos que me dices que tenías en esta situación... compáralos con los que estás teniendo ahora. [CLARA: ¿Que los compare?] Sí, ¿ahora cómo te sientes?*

CLARA: *Me siento igual... Yo creo que si me fuera de allí... tengo este pensamiento desde hace muchos años, si me fuera de allí me encontraría bien.*

TERAPEUTA: *Tu suegra te influye y te influye la situación, te influye que tu marido esté tan relacionado con su madre, te influye el hecho de que no te sientes independiente...*

CLARA: *Sí, sí, total, total; nada independiente. Ya te digo que muchas veces lo he pensado “Si me fuera de aquí...”, ¿pero a dónde voy?*

TERAPEUTA: *Así que si te pudieras marchar de ahí serías más independiente. ¿Qué más?*

CLARA: *A ver, pues a lo mejor de yo poder sentir mejor con mi marido.*

TERAPEUTA: *Con tu marido... ¿por qué?*

CLARA: *Porque quizá la relación sería más... más... no sé como decirte-lo... para mí sería más... lo tendría más como para mí.*

TERAPEUTA: *Si te fueras de ahí crees que estarías mejor...*

CLARA: *Yo pienso que sí.*

TERAPEUTA: *Entonces lo que me dices es que piensas que todo esto puede ser la causa de la ansiedad que tienes.*

CLARA: *Quizá sí.*

La sintomatología ansiosa, por lo tanto, substituyó a la depresiva porque se

trataba de una prolongación del mismo malestar pero con un elemento diferencial. Este elemento, la diferencia entre el sufrimiento depresivo y el ansioso, es la posición evolutiva en la que se encuentra Clara con la consecuente construcción y vivencia de la situación. En la etapa **depresiva**, los elementos anteriormente comentados son estructurados en una vivencia de **exclusión** (Ugazio, 1998):

- se siente excluida de casa de la suegra: no se siente integrada, querida, considerada ni aceptada.
- excluida también de su propia casa paterna: puesto que allí no tienen sitio para ella, ni siquiera viendo lo mal que lo está pasando en casa de la suegra.

CLARA: *Sí, porque me parecía que no me querían, sus padres, más su madre... porque ha sido siempre... bueno... una mujer... no mala, pero que siempre me ha querido llevar aquí debajo (se señala la sobaquera) y yo, la verdad, yo (...) ¡lechés!... cosas así. Y los niños se hicieron un poquito más mayores pero... yo he tenido muchas peleas con ella porque nosotros vivimos en una casa y ella no nos quería comprar el piso de arriba porque en aquel momento no tenía dinero y claro... ella me dijo "Pues tienes que buscar una solución: o os vais de alquiler o aquí... pero aquí no podéis estar toda la vida". Y eso me sentó... tener a los niños pequeños y no saber dónde ir... Al final me fui de alquiler...*

TERAPEUTA: *¿Sola o ya con el marido?*

CLARA: *No; sola, me fui sola y lo pasé muy mal.*

CLARA: *Y cuando venía aquí y les contaba las historias a mis padres me ponía a llorar y... llorar y sentirme obligada a estar allí... pues todo esto me cogió como una especie de depresión, pues claro. Me daba por llorar cada día... y se lo decía a él...*

Esta vivencia es construida desde una posición prenómica, de impotencia para poder hacer frente a la situación y cambiarla. Impotencia como autopercepción de no-poder con las circunstancias: no se siente capaz de hacer nada para resolver y abandona todo esfuerzo de lucha, dando lugar a la sintomatología depresiva. Sólo hay un momento en el que intenta luchar contra la situación y se va con sus hijos de alquiler pero no consigue tirar adelante, al contrario, aún se siente más impotente y es entonces cuando se plantea la idea del suicidio.

Con el proyecto de compra del piso de arriba la situación cambia: aparece en Clara una esperanza de cambio. Salir de casa de la suegra significaba un cambio de contexto en el que ella podría dejar de sentirse controlada, despreciada y sola y por lo tanto salir de la tristeza y la impotencia. Pero a medida que va pasando el tiempo ve que las cosas no cambian, todo sigue igual. La suegra da muestras constantes de su sentido de propiedad de la finca teniendo la llave de su casa y entrando libremente y cuando le apetece sin siquiera llamar a la puerta. Así sigue invadiendo el que tendría que ser su espacio, ejerciendo un control sobre su vida y sus movimientos.

Esto hace sentir a Clara que no tiene un espacio propio, siente que "**no es mi**

*casa, que es la suya”* y por lo tanto no tiene derecho a exigir nada: no puede vivir libremente allí porque no le es legítimo. El hecho de que sus demandas de cambio en la actitud de la suegra nunca hayan sido respaldadas por su marido ha reforzado ese sentimiento. Por lo tanto nunca podrá ser libre en esa casa: sólo lejos del contexto, en una casa que pueda considerarse suya, podría ejercer legítimamente su libertad. Su gran esperanza, su “*única salvación*”, sería irse de allí. Así que da lugar a las verbalizaciones explícitas, las demandas a su marido de irse lejos de allí.

CLARA: *Yo creo que si me fuera de allí... tengo este pensamiento desde hace muchos años, si me fuera de allí me encontraría bien.*

TERAPEUTA: *¿Qué cambiaría si te fueras de allí?*

CLARA: *Pues me parece que cambiaría toda mi vida.*

TERAPEUTA: *Pero a nivel más concreto, más personal...*

CLARA: *¿Qué cambiaría de mí? que me encontraría más independiente...*

TERAPEUTA: *Independiente!*

CLARA: *Porque ahora no soy independiente, tampoco, ella sube cuando le da la gana... como es su casa, porque no es mi casa, eh!, es la suya. Me encontraría más independiente, entraría y saldría cuando me diese la gana... Yo fumo mucho porque tengo esta ansiedad que me da por fumar mucho, no bebo alcohol ¿eh?, sólo fumo... y cuando oigo la puerta, como sé que sube ella enseguida apago el cigarrillo. Pero esto no lo tendría que hacer.*

TERAPEUTA: *Estás en tu casa.*

Vemos, pues, que la esperanza de un cambio ayuda a Clara a hacer un paso evolutivo y dejar la prenomia de la etapa depresiva en la que abandonaba toda iniciativa de cambio desde su postura de “impotente”. Esta posibilidad activa una vivencia de “potencia”, de poder cambiar su situación. Pero la evolución no es completa hacia la autonomía sino que se queda en el estadio sicionómico en el que los demás se convierten en el criterio de acción, lo que con frecuencia dificulta integrar sus intereses propio con los ajenos. Esta postura sicionómica se pone especialmente de manifiesto en tanto que coloca a su marido en posesión de poder realizar el cambio: es él quien puede decidir el irse de allí para vivir en otro sitio, lejos de la suegra. Su discurso pone de manifiesto continuamente este estado sicionómico, de regulación en función del otro.

CLARA: *Sí, por este aspecto sí porque estoy contenta... porque digo “Mira, si veo una película y me excita... pues mira, para él mejor”, porque los hombres... si no encuentran lo que les puede dar sus mujeres se irán a buscarse otra, como es normal ¿no?... Y es lo que le pasa... que si yo no tengo ganas igual estamos un día o dos sin hablar.*

TERAPEUTA: *¿Y eso?*

CLARA: *A ver... porque si él me busca, yo lo que tendría que hacer es darle lo que él busca, pero yo soy más puñetera y empiezo “No me encuentro*

*bien, me duele la cabeza... esto y lo otro...” y entonces él se da media vuelta y dice “Bueno, vale, tú misma, tú misma...” y en este aspecto me gustaría cambiar un poco. (...) ¿Cómo podría cambiar?. Me gustaría cambiar, ser más cariñosa, cuando él tuviera ganas pues hacerlo y ya está ... (...)*

[En relación a la comida de Navidad]:

TERAPEUTA: *¿Y porqué te levantas?*

CLARA: *Porque... no sé, ya es mi... es mi carácter, yo no puedo estar sentada. Yo veo que están sacando platos mi marido, o mi cuñado o... me levanto...*

TERAPEUTA: *Para ayudar.*

CLARA: *Sí, para ayudar, y entonces cuando yo me levanto se levanta ella [la cuñada] y “Ay, no Carlota, siéntate que tú vienes cansada de trabajar, siéntate”... y a mí no me dice eso y sabe que estoy enferma... bueno enferma, que estoy así. Ella [la cuñada] cuando llega la hora se va y nos lo deja todo ahí y la tonta de la Clara secando los cubiertos, los platos de Navidad en un sitio, los otros en otro... que yo todo esto no lo tendría que hacer... y este año no lo haré.*

TERAPEUTA: *Así que tú la quieres complacer y no te sientes gratificada.*

CLARA: *Eso mismo, es esta palabra, gratificada. A mí no me dice “Siéntate Clara, siéntate que ya lo hago yo”... no, no, no, me ve con los platos “Pónmelos aquí, esto y lo otro...”. Pues a mí me afecta esto.*

TERAPEUTA: *Te afecta porque te hace sentir...*

CLARA: *Me hace sentir que soy una mierda. La otra [la cuñada]... es una diosa y yo soy una mierda, y esto sí que no lo haré este año, esto lo tengo claro... estaré sentada y cuando llegue la hora de marchar diré “Me voy arriba que no me encuentro bien”, y a tomar por el saco.*

Aunque de forma explícita Clara no es capaz de ubicar temporalmente ni identificar un detonante concreto de la transición entre la sintomatología depresiva y la agorafóbica; detectamos en términos generales una pérdida de esperanza en el cambio. Pero teniendo en cuenta este contexto, encontramos en su discurso un pasaje muy significativo y coincidente temporalmente con esa transición: se trata de una situación en la que su marido rechaza una muy buena oportunidad de comprar una casa, echando a perder con ello la mejor opción de cambio que podían tener. En este momento se da cuenta de que si su marido no había querido aprovechar esa oportunidad no lo haría ya nunca más.

CLARA: *No que... digo que nosotros tuvimos la oportunidad de irnos, pero te hablo ya de hace muchos años... Yo trabajaba en una torre para una chica que era de Mallorca y yo iba allí cada día porque eran gente que trabajaban en Barcelona y pasaban todo el día allí. Y esta gente se fue a vivir a Palma de Mallorca y ella me vendía la torre por 13 millones. Te hablo cuando el Nando y el Javi tendrían 3 y 2 años y yo no tenía pelas...*

*porque si yo llego a tener pelas y puedo pedir una hipoteca al banco, yo estaría viviendo allí y estaría en la gloria. Me arrepiento mucho y mi marido también. Eso habría sido todo para mí. Y muchas veces esta chica viene y me dice “El mal que hiciste tú fue el irte a vivir con tu suegra”. Pero claro, si no tenía donde ir... ¿dónde iba a ir yo con dos críos?*

TERAPEUTA: *Te viste obligada...*

CLARA: *No tenía más remedio.*

TERAPEUTA: *No tenías más remedio.*

CLARA: *Yo con mis padres no podía vivir.*

En el momento en que Clara se da cuenta de que no hay posibilidad de cambio, que su marido no tiene intención de irse y que nunca lo hará, se produce la alternancia sintomatológica. Desde el punto de vista procesual se trata de un momento de “**inventario**” existencial, cuyo balance se desplaza de la impotencia a la rabia, de la depresión a la ansiedad. *Ante la perspectiva de adquirir una casa propia, Clara estaba activada para escapar, lo que la sacaba del estado de inhibición propio de la depresión, pero la negativa del marido a comprar la casa la coloca en una situación de atrapamiento, sin salida: querer huir y no poder. El conflicto se desplaza ahora de la suegra al marido, él se constituye en el impedimento que la retiene atrapada: ser libre implicaría romper la relación lo que genera un conflicto moral, característico del trastorno agorafóbico (“mi bienestar, mi necesidad o mi deseo se opone al bienestar, necesidad o deseo de los demás”), propio de la posición sociométrica, en la que el criterio de acción lo constituye la voluntad de los demás* (Villegas, 1993). Estamos delante de un conflicto sin solución satisfactoria puesto que se siente obligada a elegir entre su familia y su libertad, ya que no ve posibilidades de que ambas opciones puedan darse juntas (Figura 2). Ella quiere a su marido y le necesita dado que depende de él, pero esta opción tiene un precio: la agorafobia o la constricción de su espacio de expansión personal (Villegas, 1995).

TERAPEUTA: *Exacto... o sea que te alejas de esta situación y te encuentras bien. ¿Qué cambia?*

CLARA: *Todo.*

TERAPEUTA: *¿El qué?*

CLARA: *Pues la relación con mi marido... con mis hijos...*

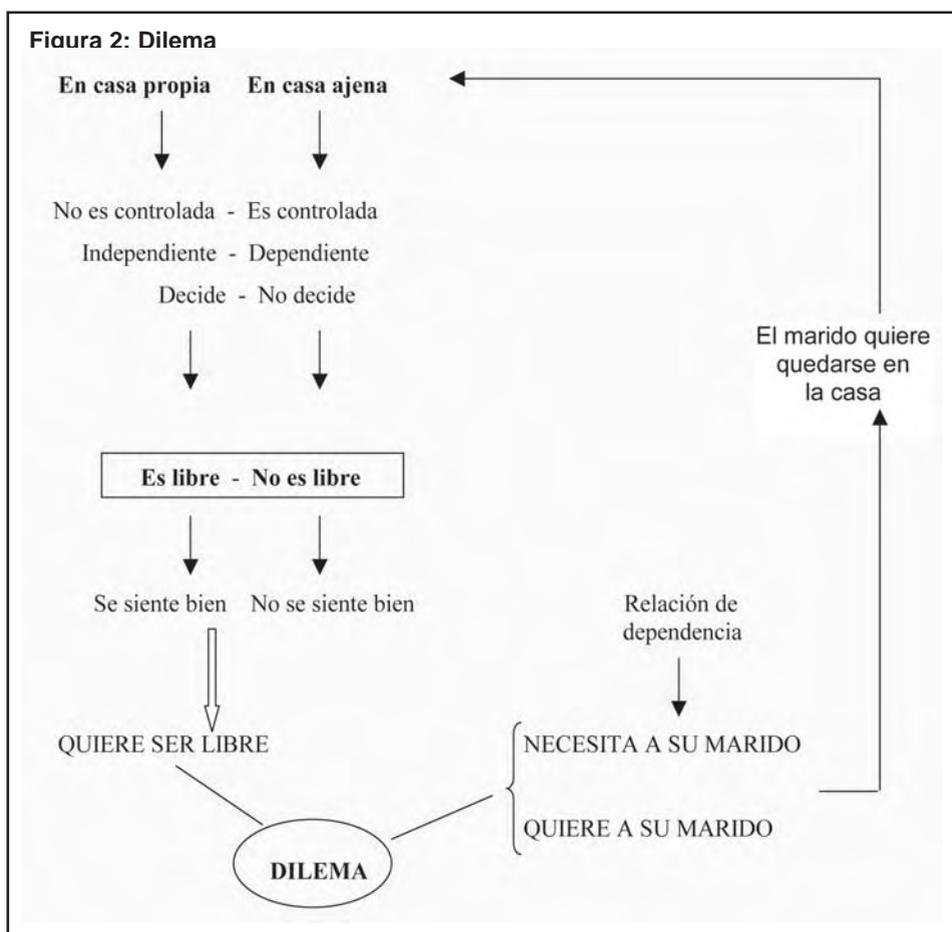
TERAPEUTA: *¿Pero porqué, qué cambia, qué hay de diferente en esta situación? (...)*

CLARA: *Para mí todo, no sé cómo decírtelo... que no está mi suegra y no se meterá en mi vida, en si salgo o no salgo, si me gasto pelas o no me las gasto...*

TERAPEUTA: *No te controla.*

CLARA: *No me controla y soy yo la que... que hago yo las cosas como quiero.*

TERAPEUTA: *Que tú decides sobre tu vida.*  
 CLARA: *Sí, yo decido, yo...*  
 TERAPEUTA: *¿Y eso cómo te hace sentir?*  
 CLARA: *Pues que soy... soy yo...*  
 TERAPEUTA: *Que eres...*  
 CLARA: *Independiente.*  
 TERAPEUTA: *Exacto, y libre.*  
 CLARA: *Libre, esta es la palabra, me siento libre, soy libre, sí, sí, sí, eso es.*  
 TERAPEUTA: *Así que cuando te sientes libre... te sientes bien y no tienes ansiedad.*



En consecuencia, Clara se siente atrapada puesto que la única salida que ella veía se cierra: ya no hay salida. Se ve obligada a permanecer en una situación que no le gusta, sacrificando su libertad porque no le queda más remedio, y ahora no hay vuelta atrás, no hay salida. De aquí parte la ansiedad, la sintomatología agorafóbica.

Esa fantasía de cambio que la había llevado a una nueva posición activa, de lucha, se ve frustrada al comprobar que su marido no tiene ninguna intención de dar el paso hacia el cambio que ella tanto cree necesitar. Así que de la impotencia se ha pasado a la frustración, y esta es generadora de rabia. Una rabia dirigida a su marido puesto que él es la barrera, el único que puede cambiar la situación, desde su punto de vista siconómico: era él quien podía decidir si se iban y por lo tanto facilitar una salida, salvarla. Esta rabia contenida hacia el marido se manifiesta particularmente en el plano sexual.

TERAPEUTA: *Se mantiene la misma sensación de soledad, de que las cosas no cambian, de que tu suegra no te quiere y te trata mal, de que no te sientes libre para vivir a tu manera... [CLARA: Sí sí] Pero detectamos algo diferente, que cambiaba de una fase a la otra... y era que durante la depresión tú al menos tenías la esperanza de que esto cambiaría, la esperanza de que tu marido dijera “Pues si aquí no estás bien, vámonos a vivir a otro lado”. [CLARA: Sí] Y acuérdate que me decías que tenías depositada la esperanza en tu marido porque creías que era él quien tenía que dar ese paso. [CLARA: Sí]. Así que pasamos de la depresión a las ansiedades manteniendo el malestar de fondo y lo único que cambia es que pierdes la esperanza de cambio, la esperanza de que tu marido dé el paso de iros, cosa que para ti era la única salida, “tu única salvación” como has dicho alguna vez. Tu marido no tomó esa decisión que tú esperabas y cerraba la única salida que tú veías posible. [CLARA: Sí]. Y... resulta que en este contexto se produce una pérdida repentina de “fogosidad” por tu parte.*

CLARA: *Sí sí, ahí se va perdiendo.*

TERAPEUTA: *¿Y crees que esta pérdida de “fogosidad” puede tener algo que ver con este contexto?*

CLARA: *Sí, yo creo que fui perdiendo todo esto porque... a mí me habría gustado que él hubiera hecho un cambio. [TERAPEUTA: Aha]... no sé, un cambio bueno para mí. Él habría cambiado lo que... era mucho de su madre y claro, es eso lo que yo no podía comprender. Entonces cuando a tu marido no le puedes decir “Fernando vamos a hacer esto porque yo claro, estoy así de esta manera y me gustaría...”, no él no daba este paso, él siempre decía lo mismo... que él no quería marcharse de allí porque la casa donde estamos viviendo está muy bien...*

TERAPEUTA: *¿Tú le habías propuesto marcharos?*

CLARA: *Sí sí. Pues claro, yo le fui cogiendo... no rabia... como te diría la*

*palabra exacta... le fui cogiendo un poco de... de manía, manía a él y a su madre.*

TERAPEUTA: *Es que claro... durante esa depresión tú llegaste a estar desesperada...*

CLARA: *Sí, y claro, en esta relación se fue desmejorando poco a poco hasta que llegó a este punto que decimos. No sé cómo decírtelo.*

TERAPEUTA: *Lo estás diciendo muy bien.*

CLARA: *Él no estaba por mí tanto como yo quería...*

TERAPEUTA: *Él no escuchó tu gran necesidad... Y vemos cómo la ansiedad que tú desarrollaste en ese momento era fruto de un sentirte atrapada en la situación, como si fueras un ratoncito dentro de un laberinto que no encuentra la salida, o mejor, que cree que la única salida está tapiada... porque tú le hiciste una demanda a tu marido, una demanda que era una salvación, y él no hizo nada. Se cerró la puerta para ti.*

CLARA: *Sí, me sentía atrapada, sin salida.*

TERAPEUTA: *Entonces... tú sentiste que tu marido cerraba la puerta.*

[CLARA: Sí] *Pues es lógico que cambie tu actitud respecto a él.*

CLARA: *Claro, empieza a cambiar a raíz de todo esto.*

TERAPEUTA: *Tú antes has hablado de...*

CLARA: *Rabia, sí que es rabia, y también impotencia... de no poder hacer lo que yo quería hacer.*

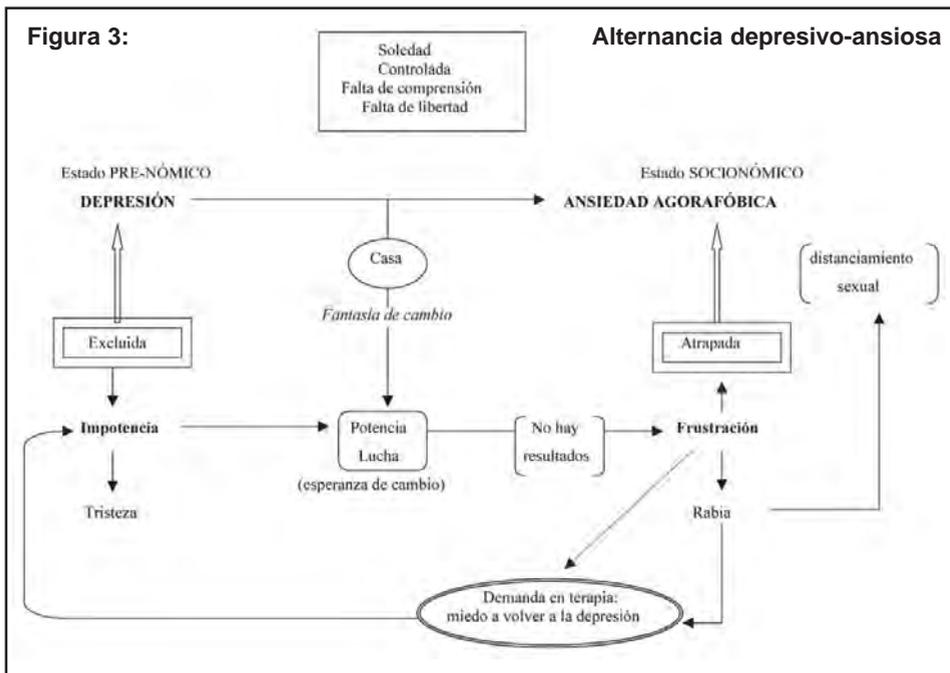
TERAPEUTA: *Exacto.*

Pero la frustración puede acabar con la actitud de lucha y es por eso que una de las preocupaciones que Clara expresa es el temor a volver a caer en una depresión: de que esta frustración que ahora siente por no conseguir aquello que ella cree que necesita, llegue a convertirse en impotencia y eso derive en el estado depresivo, de abandono, que tenía al principio (Figura 3).

CLARA: *No sé, yo ahora tengo ese miedo, que no me coja una depresión de éstas de caballo... Sí porque si no yo iré empeorando, empeorando y llegaré otra vez que me dará todo igual y...*

#### **4. EL PROCESO TERAPÉUTICO**

El proceso terapéutico, entendido desde una perspectiva constructivista, se orientó desde un principio hacia el desarrollo de su sistema epistemológico de una mayor complejidad y funcionalidad, en base a las zonas de desarrollo proximal (Villegas, 1993, 2000) que se iban abriendo gradualmente a través de la interacción terapéutica. Esto se concretó fundamentalmente en dos áreas el trabajo a nivel sintomatológico y la promoción de su desarrollo personal hacia la profundización de las funciones metacognitivas y la conquista de una mayor autonomía personal.



### A) Comprensión del trastorno de la ansiedad a nivel sintomatológico

Dado que inicialmente el discurso de Clara se centraba casi exclusivamente en su problemática sintomatológica, lo que acaparaba toda su atención y preocupación, se creyó oportuno, antes de intentar profundizar en las áreas más nucleares, empezar haciendo una labor explicativa del fenómeno de la ansiedad en términos físicos. De este modo, se dio una explicación de los síntomas físicos que ella experimenta – mareos, taquicardias, náuseas, vértigos-, calificados por ella como “*cosas extrañas*”, como epifenómenos de la ansiedad, a fin de modificar la sensación de “*extrañeza*” que acompañaba su experiencia, lo que otorgaba finalmente sentido a todas esas experiencias físicas que no comprendía. De la misma manera, se trabajó en la comprensión del fenómeno de la agorafobia en cuanto al mecanismo de aparición y mantenimiento de los miedos. Con este planteamiento, por lo tanto, se le ofrecía una explicación sobre la génesis de sus miedos dejando de ser algo incomprensible, lo que a su vez le abría la posibilidad de pensar en alternativas para romper con esta dinámica.

### B) El desarrollo de las capacidades metacognitivas. promoción de una mayor complejidad del sistema

Clara muestra ciertas dificultades en considerar las situaciones desde diferentes ángulos y puntos de vista. En especial, presenta un pensamiento muy dicotómico a la hora de dar explicación al comportamiento humano: no piensa en términos de

temporalidad, relatividad, actitudes o estados de ánimo, sino que para ella la persona hace cambios radicales, incomprensibles y definitivos de personalidad. En las sesiones se recuperan muchas de estas situaciones de cambio “extraño” para darle un significado dentro del contexto en el que se producen. El objetivo es mostrarle una forma alternativa de leer los acontecimientos, una manera menos extremista y más integradora de analizar los cambios que nos rodean, proporcionando flexibilidad y complejidad a sus construcciones. Por ejemplo: Hace dos semanas que Fernando se muestra agresivo, irritable, cerrado con todos: con su madre, Clara, sus hijos y los del trabajo. Ella interpreta la situación como que él ha cambiado, es una persona totalmente diferente: mal marido, mal padre y mal hijo. Piensa que quizá es porque Fernando ha encontrado a otra y ya no la quiere, pero en definitiva ahora a ella ya no le gusta como es, no le quiere y sería capaz de separarse (Figura 4.):

CLARA: *Sí, sí, exacto. Entonces empezó ya... No sé, le veo raro, le veo diferente, totalmente... no sé, no sé cómo decírtelo... está diferente, ha cambiado, yo qué sé. Yo incluso he pensado... “Igual es que... hay otra”. Es que no sé, no lo sé... si hay otra camarera... no sé. A mí se me ha metido en la cabeza que tiene otra y ya está. Y claro, estoy triste... y por cualquier cosa me coge irritación y... me excito enseguida y grito... quiero decir, paso de todo. (...) Sí, porque le quería más antes que ahora. [T: Ah] Porque, a ver, yo lo que veo es que con sus hijos no tiene el cariño que les tendría que tener. Entonces les rechaza cuando le cogen, le abrazan... “Papa esto y lo otro”... no se le ve eso de decir “Hostia, tengo un hijo con 19 años y otro con 18, que ya son grandes y yo me tendría que comportar de otra manera”. Pero es que es totalmente diferente, cuando le vas a tocar... “Grrr, eh!”... Y eso cuando lo veo pienso “Pobrecitos”. Si él les quisiera, a su manera... pero claro, la relación de padre a hijos no es buena, no. Porque ya te conté lo que le dijo a Nando, “búscate la vida, que aquí no vas a estar siempre...”.*

TERAPEUTA: *Pero esto en las últimas dos semanas... pero ¿antes de eso?*

CLARA: *Antes de eso no, iba bien, porque no te he comentado nunca nada extraño...*

TERAPEUTA: *A ver, a ver... es decir, que antes de estas dos últimas semanas tu marido era un buen padre y ahora es un mal padre.*

CLARA: *Sí, sí... pero pegar no, eh!*

TERAPEUTA: *Vale. Pero... ¿me estás diciendo que antes de hace dos semanas no abandonarías a tu marido y después de estas dos semanas sí le abandonarías? [CLARA: Sí]. ¿Todo esto en dos semanas? [CLARA: Sí]. O sea que tú hace dos semanas le querías y ahora no le quieres.*

CLARA: *No, no.*

TERAPEUTA: *A ver, aquí hay algo que hace falta puntualizar bien: hace dos semanas tu marido era un buen padre, un buen marido y le querías y*

ahora, después de estas dos semanas no es buen padre, no es buen marido ni le quieres.

CLARA: Eso, sí sí.

TERAPEUTA: Todo esto en dos semanas.

CLARA: Sí.

Figura 4: El cambio



Volvemos a encontrarnos delante de una interpretación extremista y en absoluto comprensiva de la situación. La lectura que hace Clara la lleva a sacar dos conclusiones irrevocables: su marido ha hecho un cambio de personalidad definitivo que no le gusta y que su marido ya no la quiere. Esta interpretación, consecuencia de una construcción rígida acerca de los cambios en las personas y su atribución causal, no le permite la contemplación de otros aspectos explicativos que favorecerían el enriquecimiento de su sistema de atribución de significado. En este caso, que se trata de un cambio de actitud y no de personalidad, de un cambio por lo tanto temporal, resultante de alguna situación problemática que estará viviendo su marido.

TERAPEUTA: Bueno, evidentemente a él le pasa algo.

CLARA: Sí, está fatal.

TERAPEUTA: ¿Qué puede pasarle?

CLARA: No sé, es que no lo sé, no me dice nada.

TERAPEUTA: ¿Cuando una persona está mal por qué puede ser?

CLARA: No sé, por algún problema.

TERAPEUTA: Puede que tenga un problema, algún problema que le preocupa...

CLARA: Pero es que está muy agresivo.

TERAPEUTA: Exacto. ¿Cuando tiene un problema tiende él a comunicarlo y hablarlo?

CLARA: No, nunca.

TERAPEUTA: Y ¿qué hace?

CLARA: Pues está callado y serio, no habla con nadie.

TERAPEUTA: Y ¿se pone irritable o agresivo?

CLARA: *Sí, a veces sí.*

TERAPEUTA: *Así que puede ser que tenga un problema y que lo demuestre estando agresivo... está agresivo y te trata mal a ti, trata mal a su madre, trata mal a sus hijos... Hay personas que cuando están mal les da por ponerse en la cama y llorar. [CLARA: Sí.] Y a otros, como él, lo manifiestan con irritación y agresividad con todo el mundo.*

CLARA: *Sí sí, lo sé.*

TERAPEUTA: *Por lo tanto, estas muestras de agresividad pueden ser expresiones de su malestar, no como algo personal. Cuando él te dice "Vieja, vete a la mierda", no es que lo crea ni lo sienta así, sino que es la forma que él tiene ahora de decir que está mal.*

CLARA: *Joder, pero esto me duele.*

TERAPEUTA: *Claro que duele, evidentemente que duele. Por otro lado, el hecho de que tú no sepas por qué está así, qué es lo que le pasa, te hace sentir intranquila e insegura... tú puedes imaginar muchas cosas... y esto te hace estar más ansiosa, más irritable...*

CLARA: *Sí sí, porque imagino cosas.*

TERAPEUTA: *Entonces, lo que sería interesante es que le pudieras dar a tu marido un espacio donde él pudiera sacar lo que le pasa. (...) ¿Y tú crees que una persona cambia radicalmente de un día para otro?*

CLARA: *Bueno, él lo ha hecho, se está comportando de una manera con los niños y conmigo que...*

TERAPEUTA: *Exacto, se está comportando. Hay que diferenciar algo muy importante: el cómo se es, y el cómo se comporta. Tu marido no ha cambiado su forma de ser, hace muchos años que su personalidad está definida... lo que ha cambiado es su forma de comportarse. Es decir, que hace dos semanas que está teniendo unas actitudes de no buen padre, de no buen marido... actitudes.*

CLARA: *Sí, actitudes.*

TERAPEUTA: *Pues continúa siendo el mismo, igual a los 19 años que hace dos semanas que le pasa algo que le preocupa. Las personas no cambiamos de un día para otro, sino que podemos estar diferentes según las cosas que nos pasan. Clara es una persona con cualidades y defectos y puede tener una mala semana y estar más irritable, o más deprimida... pero sigue siendo la misma Clara, lo que está diferente por las circunstancias, pero no eres una persona diferente.*

CLARA: *Aha.*

Siguiendo con el caso anterior, después de haber trabajado en el análisis y comprensión de la actitud del marido y la reacción de Clara a la situación, se recupera el episodio en la siguiente sesión para ver cómo han seguido los acontecimientos. La paciente explica que la situación se ha calmado, que ha podido hablar

con su marido y descubrir que tenía problemas en el trabajo, pero sin darle más importancia al tema inmediatamente cambia de discurso.

TERAPEUTA: *¿Cómo está tu marido, estas últimas semanas?*

CLARA: *Mejor.*

TERAPEUTA: *¿Has descubierto qué le pasaba?*

CLARA: *Sí, era por el trabajo. Es que cuando él está un poco mejor entonces le puedes preguntar y toda la historia. Es que llevaba a un chico que no hacía nada y él en lugar de decirle al chico... ya se lo decía, pero en lugar de desfogarse con el chico se desfogaba con nosotros. Y claro, nosotros no teníamos ninguna culpa de nada, “Oye lo que puedes decir a tu tío es que te ponga a otro, que tal y que cual”.... Pero bueno, yo ahora estaba más preocupada por lo de Javi.*

TERAPEUTA: *Aha.*

Ante la desconfirmación de su hipótesis sobre la situación -“*mi marido ha cambiado*”, “*mi marido ya no me quiere*”, “*ya no quiero a mi marido*”- se observa que no ha habido un trabajo de análisis de la situación, particularmente de su actitud, con la consecuente reconsideración de los hechos. Por lo tanto la desconfirmación no la lleva a una revisión de su sistema de construcción que le permita hacer anticipaciones más predictivas.

Durante el proceso terapéutico se intenta hacer un seguimiento de esas situaciones para convertirlo en un proceso más consciente: que Clara identifique su hipótesis ante una circunstancia, que contemple otras alternativas posibles, que repare en el desenlace para saber si su hipótesis se confirma o no, y que eso tenga consecuencias en su capacidad predictiva.

### **C) Comprensión del núcleo problemático dentro de su sistema constructivo**

Al principio de la terapia Clara habla básicamente de sensaciones porque su construcción de la problemática, como corresponde a la experiencia agorafóbica, se da en el nivel sensorio-motor. Aumentar la complejidad del sistema de construcción implicaba reconocer las sensaciones físicas (mareos, vértigos, etc.) como síntomas de ansiedad y la ansiedad como estado de activación resultante del atrapamiento en la madeja relacional.

El objetivo en la terapia era, pues, el de promover un desarrollo evolutivo hacia formas más complejas e integradas de construcción. Se trataba de llevar a la saturación los límites y contradicciones del sistema y poner de manifiesto las implicaciones subyacentes, a fin de llegar a identificar el dilema que articula su problemática, poniendo así el sistema en crisis y abriéndose a la posibilidad de una reconstrucción más compleja y adaptativa. Este trabajo de reorganización tiene por objeto ayudar a evolucionar el sistema y adquirir un estadio evolutivamente más avanzado. Un nuevo posicionamiento desde el cual Clara pueda tomar la responsabilidad sobre su propia vida y el control que supone el ejercicio de la autonomía.

## 5. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS

### A) Técnicas conductuales

Al principio de la terapia la paciente centraba la preocupación en su sintomatología física. Haciendo referencia a anteriores experiencias terapéuticas ella misma propuso hacer en terapia ejercicios de autorregistro y aproximaciones sucesivas. Esta petición fue recogida proponiéndole dos tareas:

- Hacer un autorregistro en el que se vieran reflejadas:
  - situaciones temidas que experimenta: descripción de la situación, pensamientos que tiene en ese momento, nivel de ansiedad y resistencia o huida ante la situación.
  - estrategias evitativas: detectar los recursos que utiliza para evitar situaciones temidas.
  - anticipaciones: identificarlas, detectar cómo influyen en su nivel de ansiedad y ver si acaba afrontando la situación o la evita.
- Hacer un listado de 10 situaciones temidas ordenadas de menos a más ansiosas.

El objetivo primero de estas dos tareas fue el de seguir un procedimiento de observación para conocer los parámetros de su síntoma-problema. No se llegó, sin embargo, a hacer un trabajo de aproximaciones sucesivas puesto que rápidamente la terapia se recondujo hacia un trabajo sobre el sistema de construcción de la paciente, quedando relegada la sintomatología física a un segundo término. Pero estas dos tareas propuestas al principio fueron de ayuda para la paciente en dos sentidos:

\* Con los autorregistros Clara aprendió a observar los parámetros de su sintomatología y los mecanismos asociados. El hecho de conocer estos mecanismos le permitió plantearse formas efectivas de afrontamiento.

\* El listado se utilizó únicamente para llevar un control sobre el avance a nivel sintomatológico a lo largo de la terapia.

### B) Técnicas constructivistas

La metodología terapéutica está basada en la búsqueda del cambio manteniendo un equilibrio entre validación e invalidación. La validación supone una confirmación de los constructos existentes de la paciente y la invalidación un cuestionamiento de los mismos. Las técnicas, por lo tanto, se van usando como un juego de equilibrio en el que se facilita a la paciente la suficiente validación como para hacer disminuir la amenaza, y al mismo tiempo se facilitan experiencias de invalidación favoreciendo el cuestionamiento y la revisión de constructos por parte de la paciente.

\* *Aplicación de otro constructo del repertorio del paciente*

- Reformulación del síntoma:

Esta técnica consiste en devolver al paciente un constructo o situación utilizando unos términos diferentes que como consecuencia llevan a implicaciones diferentes.

Sobre todo al inicio de la terapia, con el objetivo de ir eliminando la palabra “*extraño*” del discurso para buscar una comprensión de las situaciones y fenómenos, se hace un trabajo continuo de reformulación.

CLARA: *Y como no se veía nada me empezó a coger como una taquicardia... una cosa extraña...*

TERAPEUTA: *Te cogió ansiedad.*

CLARA: *Sí, ansiedad... pero yo misma pude controlarme. (...) Es que claro... a mí me gustaría por la mañana ser una persona normal, y no tener esa especie de cerebro como vacío y al tomar la pastilla volver a ser normal...*

TERAPEUTA: *Te levantas con ansiedad y con la pastilla se reduce la ansiedad...*

CLARA: *Sí, y me encuentro mejor, pero no quiero tener que depender de una pastilla... (...) Eso mismo, que no me entenderá. Y claro, pues que lo paso tan mal que me quedo como si me hubieran dado una paliza, sabes esa sensación...*

TERAPEUTA: *Claro, de la ansiedad que has pasado, de la tensión, después te quedas agotada. (...)*

CLARA: *(...) Pero mira, sabes qué haré, basta, hasta aquí he llegado... si les tiene que pasar les pasará y ya está porque todo esto es un sufrimiento para mí y mi cabeza no funciona bien, yo qué sé.*

TERAPEUTA: *No es que tu cabeza no funcione sino que te cargas de ansiedad y la ansiedad no te deja estar tranquila y... meditar las cosas con tranquilidad y claridad.*

La utilización el término ansiedad, ya descrito con anterioridad en la terapia anula sus connotaciones de fenómeno desconocido e incontrolable, así como la gravedad del mismo. La reformulación permite, por lo tanto, convertir algo extraño, de magnitud y origen desconocido, en algo mucho más operativo, comprensible y con posibilidad de ser manejado bajo nuestro control. Otro ejemplo de reformulación se contempla en el siguiente fragmento:

CLARA: *¿Y por qué tengo que querer más a mi marido ahora que antes?*

TERAPEUTA: *Es que seguramente no es que le quieras más o menos, sino que... evidentemente si la relación física ahora es más próxima y satisfactoria esto hace que se esté mejor, más a gusto con la pareja. Estáis más próximos y eso hace que la relación mejore y por lo tanto no es que le quieras más que antes, sino que ahora te sientes más a gusto con él que antes.*

Clara encuentra incomprensible el cambio que se ha dado en la relación de

pareja porque utiliza un constructo muy rígido “querer más – querer menos” el cual no permite construir matices en el contexto relacional. Se interviene con una reformulación para favorecer que la paciente tenga un constructo más flexible y comprensivo a la hora de atribuir significado.

\* *Contrastación de la validez predictiva del sistema*

El objetivo de esta técnica es el de poner a prueba ciertas construcciones para determinar su validez. La contrastación de una construcción permite, si resulta ser invalidada, replantearse las implicaciones y poder reconstruir de una forma más predictiva.

- Generar nuevas experiencias entre sesiones:

Una construcción que se quiere revisar es la hecha entorno a la comunicación entre la pareja: Mi marido no sabe escuchar → No hay comunicación en la pareja → Hablar no sirve para nada → No hace falta que me esfuerce

Durante una sesión la paciente expresa un gran malestar debido a la actitud irritable y agresiva de su marido durante los últimos días. Debido a esta construcción entorno a la comunicación, ella descarta la posibilidad de poder resolver el problema hablando con él, por lo que siente que no puede hacer nada para mejorar la situación.

En la sesión, después de Analizar la forma en que ella se acerca y se comunica con su marido, se la insta a que intente hablar con él pero de una forma diferente a la que lo suele hacer: en lugar de recriminar y atacar la actitud del marido, que su acercamiento sea transmitiendo preocupación y disposición a ayudar.

El resultado es que el marido, cuando está un poco más tranquilo, se abre y comparte su preocupación, cosa que invalida la creencia que “*intentar hablar no sirve de nada*”. Lo que implica revisar el resto de la construcción introduciendo matices más explicativos y predictivos: Mi marido sí sabe escuchar (si se hace un acercamiento adecuado) → Puede haber comunicación en la pareja → Hablar sí puede servir para resolver conflictos → Hace falta un esfuerzo por mi parte

\* *Variación del ámbito de conveniencia de una construcción*

Reconstrucción metafórica: Consiste en presentar la reformulación de una situación concreta en términos metafóricos para hacer llegar a la paciente un planteamiento alternativo que quizás no sería tan bien aceptado en términos proposicionales. Por ejemplo, recogiendo los aspectos que se articulan alrededor de la construcción agorafóbica, se expresa metafóricamente el origen de la ansiedad como fruto de la sensación de estar atrapada.

TERAPEUTA: *Y vemos como la ansiedad que tú desarrollaste en ese momento era fruto de un sentirte atrapada en la situación, como si fueras un ratoncito dentro de un laberinto y no encuentra la salida, o mejor, que cree que la única salida está tapiada... porque tú le hiciste una demanda a tu marido, una demanda que era una salvación, y él no hizo nada. Se cerró la puerta para ti.*

*\* Alteración del significado de una construcción*

Esta técnica supone una redefinición de una construcción determinada que lleva inevitablemente a cambios en las implicaciones entre los constructos.

En los siguientes fragmentos se lleva a cabo una redefinición del concepto de ansiedad que provocará un cambio de posicionamiento de la paciente respecto a su sintomatología.

CLARA: (...) *que guai vacaciones que tal y que cual”, pero cuando va llegando la hora... es lo que me pasa. Ya me empiezo a coger otra vez la misma historia de siempre.*

TERAPEUTA: *Lo dices como si fuera una cosa que te viniera de fuera.*

CLARA: *Sí... sí.*

TERAPEUTA: *Es que viene la primavera y me cogerá la alergia, como si fuera una cosa externa que tú no puedes controlar. [CLARA: Sí] Y no es así.*

CLARA: *¡Yo qué sé! Es que esto fue en enero o febrero, ya te acuerdas que te lo decía que nos iríamos de vacaciones y toda la historia... pero cuando va llegando la hora ya empiezo con estas historias.*

TERAPEUTA: *¿Cuándo va llegando la hora de qué?*

CLARA: *Pues las vacaciones...*

TERAPEUTA: *Va llegando la hora de una situación que te crea ansiedad.*

[CLARA: Sí] *O sea, que al pensar que está llegando la hora de una situación que tú sientes ansiosa, ya empiezas a cargarte de ansiedad.*

[CLARA: Sí]. *Entonces no es una cosa externa, sino tuya.*

CLARA: *Mía, sí.*

TERAPEUTA: *Porque eres tú que empiezas a poner nerviosa al pensar en una situación que vendrá.*

CLARA: *Es que no sé, yo acabaré muriéndome de ansiedad.*

TERAPEUTA: *A ver... me dices que cuando te vas fuera, que estás tranquila con tu marido y tus hijos, no tienes ansiedad, ni te acuerdas de ella... me dices que estás convencida de que tu salvación sería irte de donde vives... Y ahora, después de haber hecho tan importante observación y asociación, me dices que te vas a morir de ansiedad.*

CLARA: *Yo que sé.*

TERAPEUTA: *Pues claro que lo sabes. (Ambas ríen) Tú ahora te notas más segura de ti misma y más tranquila porque te estás haciendo respetar y disminuye la ansiedad... te vas de vacaciones que no tienes a nadie agobiándote y te sientes que eres dueña y señora de tu casa y tu familia y desaparece la ansiedad...*

CLARA: *Sí sí, es verdad.*

TERAPEUTA: *De la noche a la mañana. Por lo tanto esta ansiedad va condicionada por cómo te sientes en cada contexto y no es tan fuerte ni*

*permanente... porque si te vas de vacaciones y la ansiedad de esfuma... no es tan fuerte. [CLARA: ¡Hombre!] Se esfuma por completo, no te acuerdas ni de la pastilla...*

*CLARA: Sí, eso es lo que no entiendo.*

*TERAPEUTA: Cómo que no lo entiendes, si me lo acabas de decir.*

*CLARA: ¿Pero entonces porqué no me pasa ahora, porqué no se me esfuma la ansiedad?*

*TERAPEUTA: Pues por lo que me acabas de decir. ¿Qué diferencia hay entre tu contexto diario y el de las vacaciones?*

*CLARA: Pues eso... que en mi casa me agobia mi suegra y todo... no soy yo la que... no sé. Y en vacaciones estoy tranquila y estoy libre de hacer yo todo con mi familia y eso...*

*TERAPEUTA: Exacto, pues por eso no se esfuma la ansiedad en tu contexto diario, porque no te sientes como en vacaciones: libre y tranquila porque vives como tu quieres.*

*CLARA: Ya, ya te entiendo, ya, sí, es eso.*

Clara expresa implícitamente la idea de que la ansiedad es algo fuerte, permanente y que ya forma parte de ella: “*Me moriré con esta ansiedad*”. A su vez esto implica que no puede hacer nada para combatirla, cosa que se ve reflejada en fragmentos anteriores de la misma sesión. En cambio, recuperando parte de su discurso, ella reconoce que cuando se van de vacaciones y el contexto cambia la ansiedad desaparece. Por lo tanto la ansiedad es temporal y relativa, cosa que invalida su creencia de que nunca podrá deshacerse de la ansiedad, que es algo imposible.

La invalidación de ciertas creencias sobre el fenómeno de la ansiedad permite una reconstrucción del constructo, ahora más realista, cercano a la experiencia humana y que sobre todo permite a la paciente asumir una nueva actitud de afrontamiento generadora de cambio. En este caso, la redefinición del concepto de ansiedad permite que en posteriores sesiones se trabaje las implicaciones que esta construcción contiene: el hecho de que sí “*está en mi mano*” eliminar la ansiedad.

Con el mismo objetivo de favorecer la toma de responsabilidad sobre su situación y por lo tanto la consciencia de control sobre ella, se trabaja constantemente en aquellos aspectos relacionales en los que Clara olvida su parte de responsabilidad.

*TERAPEUTA: Entonces el problema dónde está...*

*CLARA: El problema es mi suegra.*

*TERAPEUTA: Seamos más concretos, exactamente ¿el problema cuál es?*

*CLARA: Pues que ella me inculca todo lo de los niños, la culpabilidad y yo después cojo miedo.*

*TERAPEUTA: Exactamente no es así.*

*CLARA: ¿Ah no?*

TERAPEUTA: *No. ¿Qué hemos hablado de la relación entre dos personas?*

CLARA: *Ya, eso que me dejó influenciar.*

TERAPEUTA: *Exacto. Por lo tanto, la expresión correcta del problema no es que tu suegra te inculque lo de los niños sino que tú te dejas inculcar por tu suegra. Así que como el problema es que tú te dejas... el control de la situación lo tienes tú... tú puedes hacerlo cambiar no dejándote influir por ella. [CLARA: Ya, ya] Por lo tanto la solución está en tus manos... lo que hablábamos de que tú puedes ponerle unos límites.*

CLARA: *Ya, pero a mi marido no sé lo hace, a él no le dice nada.*

TERAPEUTA: *¿Y por qué no?*

CLARA: *Porque él pasa o le contesta.*

TERAPEUTA: *Exacto, a tu marido no le dice nada porque él no se deja influenciar, te lo dice a ti que tú sí que te dejas.*

## **6. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS Y DEL PROCESO DE CAMBIO DE LA PACIENTE**

Desde la perspectiva constructivista se entiende el proceso terapéutico como una negociación entre terapeuta y paciente de un nuevo significado que permita a la persona seguir su evolución con un sentido más pleno e integrado de la experiencia. El cambio, por lo tanto, se entiende como un proceso de reconstrucción del significado que desemboca en una nueva conceptualización del problema presentado. Lo que se valora entonces, en este sentido, es el nivel de comprensión al que llega el paciente y el cambio de posicionamiento, con el correspondiente cambio actitudinal, que se genera. Veamos el resultado que ha tenido este proceso.

### **a) A nivel sintomatológico**

Clara ha comprendido la naturaleza de muchas experiencias que hasta ahora había calificado de “*extrañas*” y que por lo tanto se escapaban a su entendimiento cobrando una importancia y generando una preocupación desmesurada y fuera de su control. Ha aprendido a identificar los síntomas físicos de la ansiedad y esto le ha permitido a su vez aprender a afrontar y controlar los síntomas en muchas de las situaciones temidas:

- En general, va sola a cualquier sitio sin sentir miedo.
- Entra en cualquier tipo de establecimiento aunque haya mucha gente y disfruta de lo que esté haciendo sin ponerse nerviosa ni impaciente por marchar.
- Cuando sus hijos salen por la noche consigue dormirse tranquila en lugar de pasar la noche en vela pensando en lo que les puede pasar.
- No hace anticipaciones.

CLARA: *Ahora pienso que si me tiene que pasar algo ya me pasará, me*

*pasará y ya está, y punto... pero que ya no pienso, me da igual, no voy a dejar de hacer cosas. Que llegue un día que me desmayo... pues me desmayo, ya me llevarán a algún sitio, me da igual.*

TERAPEUTA: *Y como ya no te da miedo entonces no anticipas.*

CLARA: *No, no, no anticipo.*

TERAPEUTA: *Y no te pones nerviosa ni antes ni durante.*

CLARA: *Que va, paso de todo, soy yo la que propongo cosas y todo... y tan tranquila.*

## **b) A nivel de reconstrucción del sistema**

Centrándonos en el núcleo problemático, el cambio que Clara ha experimentado durante la terapia ha sido en primer lugar a nivel comprensivo: ha sido capaz de reconocer la problemática en el contexto vital como generadora de su sintomatología, de identificar el dilema que articula la problemática y en cierta medida construir la experiencia a nivel emocional. La comprensión ha conducido a un cambio de significado y con ello un proceso de reconstrucción del sistema. Pero esta revisión del sistema de construcción se ha dado necesariamente en consonancia con una evolución a nivel del desarrollo moral.

Al principio de la terapia Clara está a la expectativa de una solución mágica: “*que me toquen los ciegos*”. A medida que va avanzando el proceso terapéutico y va reconociendo la responsabilidad que tiene en la situación, abandona la fantasía de curación mágica para plantearse los recursos que ella posee para poder cambiar la dinámica de las situaciones. Empieza a reconocer sus derechos y necesidades, y a medida que va sintiendo el control de la situación los va expresando de forma más contundente y confiada.

Su actitud ante la suegra hasta ahora era generalmente de sumisión. Durante el proceso terapéutico se va creciendo y con más fuerza para defender sus derechos y su terreno aunque eso pueda generar enfrentamientos o falta de aceptación. Ha visto que con esta mayor seguridad y control sobre la situación su marido le ha dado apoyo en las decisiones que ha tomado, reforzando así su percepción de libertad y autonomía.

CLARA: *Y ahora mi suegra está diferente... me dice para ayudarme o si va a comprar me pregunta si necesito algo... y esto antes no le hacía... no sé, está diferente.*

TERAPEUTA: *¿Porqué crees que ha cambiado su actitud contigo?*

CLARA: *Pues... porque me ve cansada y debe decir “Pues la ayudaré un poco para que no tenga que salir a comprar o...”.*

TERAPEUTA: *Pero tú has pasado por momentos en que estabas muy mal y en cambio ella no lo había hecho, esto.*

CLARA: *No lo había hecho, no.*

TERAPEUTA: *¿Entonces qué ha cambiado?*

CLARA: *No sé, que yo...(...)*

TERAPEUTA: *¿Has cambiado tú?*

CLARA: *Sí, yo he cambiado.*

TERAPEUTA: *Te acuerdas que en una sesión hablábamos de que la relación es cosa de dos personas...[CLARA: Sí] ... y que se establece una dinámica de relación entre las dos personas... que si una cambia su actitud, esto tiene un efecto en la otra.*

CLARA: *Y la otra también cambia, sí.*

TERAPEUTA: *Entonces... si tú has cambiado la forma de relacionarte con ella, ella también habrá tenido que modificar algunas actitudes.*

CLARA: *Sí, la he hecho cambiar yo, y te diré porqué: porque ella cuando venía a casa se metía en lo que hacía y ahora paso, si fumo, fumo y me da igual, no me escondo.*

TERAPEUTA: *Entonces qué tipo de cambio has hecho.*

CLARA: *No sé... cómo decírtelo.*

TERAPEUTA: *¿En qué sentido ha cambiado tu actitud, tu forma de dirigirte a tu suegra?*

CLARA: *Pues que antes yo le tenía mucho respeto y miedo de que me pillase con un cigarro y eso, o cualquier cosa. Pero yo ya soy mayor y ella tiene que... ella tiene que... jolines! Tiene que respetar...[T: Ahí, muy bien] ... tiene que respetar lo que yo hago y lo que pienso. [T: Muy bien] Yo respetaré lo que haga ella, pero ella también conmigo y que no se meta en mi vida.*

TERAPEUTA: *O sea... como tú me has dicho alguna vez, la relación que teníais hasta hace poco no era una relación de tú a tú sino que ella estaba por encima y tú por debajo, ella dominaba y tú eras sumisa.*

CLARA: *Sí, sí, era así, ella me dominaba, me controlaba y yo era un cero a la izquierda.*

TERAPEUTA: *Exacto, así que ella no te respetaba como a un igual sino que te trataba desde una posición dominante y te controlaba... y tú te dejabas controlar porque te sentías por debajo y eras sumisa.*

CLARA: *También porque era muy joven.*

TERAPEUTA: *Claro, con 22 años y viviendo en su casa... y más cómo es ella... es muy comprensible que se diera esta situación. Pero ya no tienes 22 años ni vives en su casa.*

CLARA: *Claro, ahora me he hecho mayor y esto tenía que cambiar.*

TERAPEUTA: *Exacto, te estás autoafirmando como persona y estás igualando los niveles: estás cambiando la relación de dominante-sumisa a una relación de tú a tú, de dos personas adultas que se hacen respetar.*

CLARA: *Exacto, que somos iguales, al mismo nivel.*

TERAPEUTA: *Entonces aquí es donde desaparece la sensación de con-*

*trol, porque si dos personas se relacionan de tú a tú, al mismo nivel, no hay una por encima que controle a la otra.*

*CLARA: Vale, vale, como somos iguales no me puede controlar.*

*TERAPEUTA: Tú has subido de nivel, has dejado de ser sumisa y por lo tanto has provocado que ella deje de ser dominante y no te pueda controlar, porque tú ahora no te estás dejando controlar. [CLARA: Claro] Ella no te puede controlar porque tú no te dejas controlar.*

*CLARA: No, no... ya veo que he cambiado en este aspecto.*

*TERAPEUTA: Es importante que te des cuenta de que este cambio no lo ha hecho ella sino tú, la dinámica ha cambiado porque tú has hecho el cambio de actitud y has provocado el cambio en ella. [CLARA: Sí, sí] Y eso lo tienes que tener en cuenta para todas las relaciones. Todas las relaciones dependen de las dos personas y el cambio en una de ellas provoca reacciones en la otra.*

Lo que se ha conseguido con la terapia, pues, es empezar a acercarse a este siguiente estadio evolutivo que es la autonomía. Clara ha empezado a asumir la responsabilidad, ha ido dejando atrás la posición sicionómica en la que se veía supeditada al otro siendo incompatibles sus intereses con los de los otros, para ir conociendo una nueva posición más autónoma en la que se ve capaz de compatibilizar intereses teniendo en cuenta lo que quieren los demás pero también haciendo respetar sus necesidades.

*TERAPEUTA: Y al sentirte apoyada te sientes libre para actuar y... ves que irte no es la única salida sino que también puedes ser libre y feliz estando allí con lo cual disminuye la ansiedad. Ya no tienes porqué sentirte atrapada en un laberinto sin salida.*

*CLARA: Es verdad, es verdad, y tanto.*

Este nuevo posicionamiento, basado en la toma de responsabilidad sobre su vida y en el ejercicio de la libertad, supone un aumento de la confianza y de la autoestima. A medida que va desplegando su autonomía y sintiendo el control sobre la situación va descubriendo sus propios recursos para cambiar las cosas y aumentando la seguridad y confianza en ella. (Figura 5):

*TERAPEUTA: ¿Y eso a ti cómo te hace sentir?*

*CLARA: Muy bien, tranquila.*

*TERAPEUTA: Tranquila porque en tu casa...*

*CLARA: Mando yo, es mi opinión y mi marido me apoya. **Entonces yo me encuentro más alegre, más tranquila porque sé que en mi casa puedo hacer o deshacer cuando a mí me dé la gana.***

*TERAPEUTA: Exactamente. Te sientes más libre.*

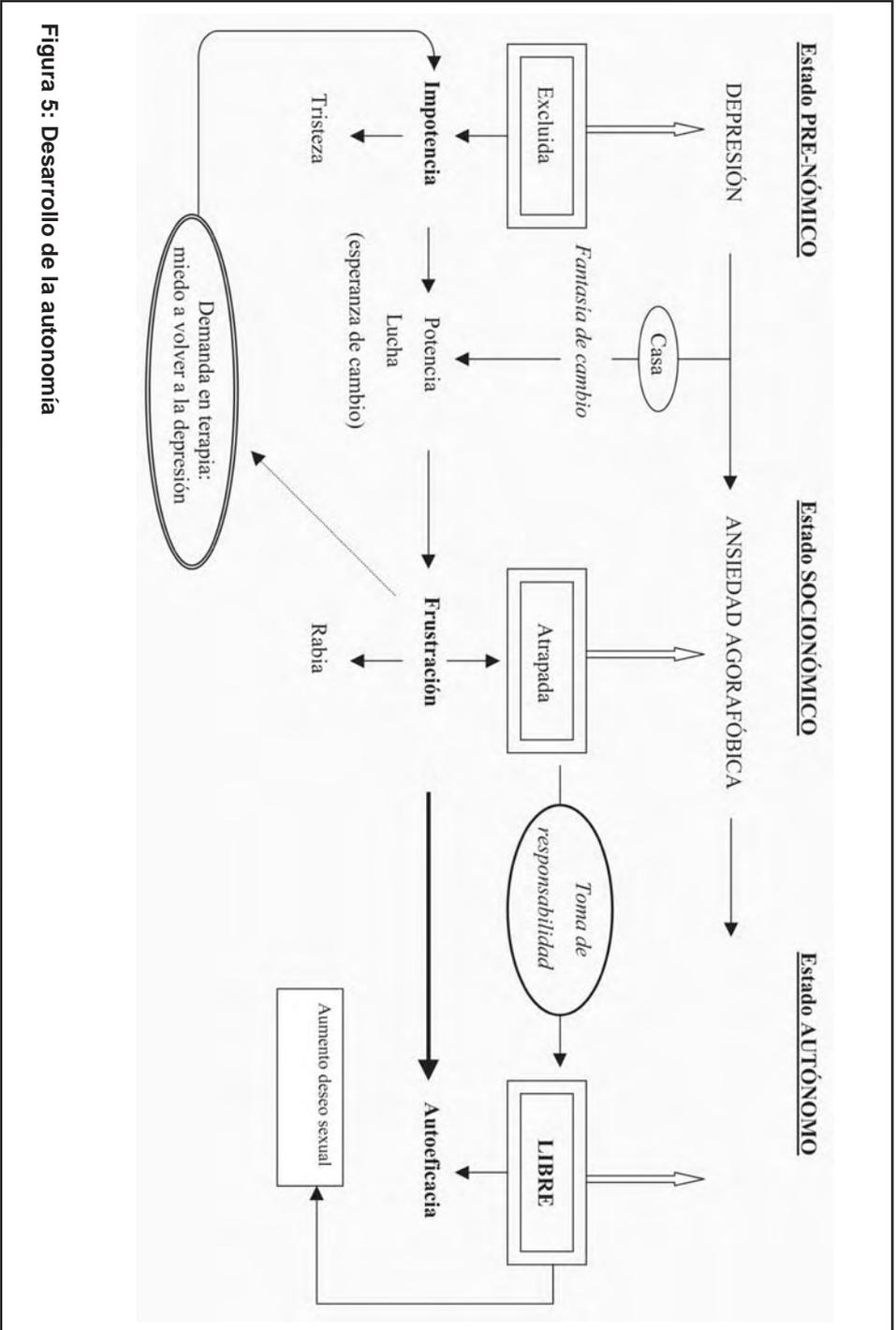


Figura 5: Desarrollo de la autonomía

## COMENTARIOS FINALES

Como consecuencia de esta nueva forma de ver y abordar el mundo Clara se siente más satisfecha de sí misma y esto le permite mostrarse mucho más abierta: siente que tiene ganas de salir a la calle, hacer cosas y relacionarse con la gente. Este cambio de actitud ha traído un cambio cualitativo en sus relaciones interpersonales. Antes, cuando su marido quería salir y ella ponía excusas para evitar situaciones ansiosas él se enfadaba: “*no te arreglas, no te pintas, no quieres hacer nada, siempre igual*”. Ahora hacen más cosas juntos y disfrutan de sus momentos de ocio, incluso es ella quien propone muchas de las actividades. Eso ha favorecido un acercamiento de la pareja y por lo tanto una mejora de la relación: existe una mayor comunicación, entendimiento, tolerancia y complicidad entre ellos. Además las relaciones sexuales han mejorado.

El mismo giro se ha dado con sus hijos: habla más con ellos y tiene más paciencia y tolerancia en general. En especial con Javi, a quien ahora es más capaz de comprender y de dar un apoyo ajustado a sus necesidades.

Clara afirma estar mucho mejor, haber hecho un cambio cualitativo de vida y sentir que vuelve a disfrutar de las cosas y de la gente como hacía mucho tiempo que no hacía. No es la Clara que al principio ella quería, la Clara de 22 años, fresca e intacta y sin el peso de esta historia sobre sus espaldas, pero desde luego se siente muy satisfecha de esta nueva Clara más libre que cada vez tiene más ganas de vivir esta libertad, porque ha aprendido a conquistarla.

---

*Este artículo está orientado a la comprensión del trastorno agorafóbico y a su tratamiento desde la perspectiva constructivista. Desde este enfoque se concibe la naturaleza del síntoma agorafóbico, como restricción de la libertad en el ámbito de las relaciones interpersonales, y su tratamiento como promoción de la autonomía psicológica y moral.*

Palabras clave: *Autonomía, agorafobia, constructivismo, libertad, relaciones interpersonales*

## Referencias bibliográficas

- UGAZIO, V. (2000). *Historias prohibidas, historias permitidas*. Barcelona: Paidós.
- VILLEGAS, M. (1993). La Entrevista Evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87.
- VILLEGAS, M. (1995a). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- VILLEGAS, M. (2000). Psicopatologías de la libertad (III): La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 42/43, 49-134.
- VILLEGAS, M. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: El proceso del cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 46/47, 73-118.

# DE LA DINÁMICA AFECTIVA - COGNITIVA A LA EMERGENCIA DE SIGNIFICADO NARRATIVO: ANÁLISIS DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Álvaro T. Quiñones Bergeret <sup>1</sup>  
vgcentre@terra.es

*A therapeutic process of bereavement and affective breaking off is analyzed. The understanding and intervention context was organized using a post-rationalist cognitive model. The articulating axis of the therapeutic process was the generation of an interpersonal context which allows the patient to have a gradual experiential exploration through the auto-observation method ( analysis of sequential scenes) with the objective of obtaining information about his experience that could be narratively coded on a continuous and coherent sense of identity as a function of the psychological well-being.*

*Key words: self, self deception, psychological magnification, emotional dynamics, narrative format, auto-observation method, narrative thruth.*

---

## INTRODUCCIÓN

El proceso psicoterapéutico descrito a continuación sigue una *orientación cognitivo postracionalista* para aproximarse a la comprensión de la descompensación clínica e intervención psicoterapéutica (Guidano, 1987, 1991, 1994; Guidano & Quiñones, 2001). En el presente artículo se muestra una manera de trabajar metódicamente sobre la base de las investigaciones clínicas de caso único llevadas a cabo por el autor y colaboradores (Quiñones, 1999, 2000), con énfasis en el análisis de los procesos afectivos y cognitivos involucrados en una verdad narrativa basada en un significado dinámico que se mueve teóricamente en un eje de procesamiento normal (continuidad narrativa) y procesamiento patológico (discontinuidad narrativa).

La unidad de análisis y exploración para generar reorganización de significado en el cliente es la escena (Tomkins, 1962, 1963, 1987; Guidano, 1987, 1994) en un contexto narrativo. El método para comprender la descompensación clínica del

cliente y generar el cambio terapéutico es el uso de la autoobservación como método principal (Guidano, 1994, 1998) para conseguir conciencia suficiente para generar información, mayor comprensión y nueva reorganización de significado de la propia *organización representacional narrativa* (trama narrativa) de la red de información autorreferencial afectiva, cognitiva, pulsional (necesidades biológicas) y cultural (canonicidad) implícitas en las escenas que generan discontinuidad en la identidad narrativa (Guidano, 1999; Quiñones, 2000).

En el presente caso, se sigue una estrategia de exploración gradual de la dinámica afectiva - cognitiva - pulsional (sexualidad y hambre), de la cualidad de la coherencia en el sentido de sí mismo y del significado emergente en un formato narrativo cultural (Lewis, 1994; Bruner, 1994; Nelson, 1996; Bruner & Kalmar, 1998; Harris, 2000). La estrategia hermenéutica seguida es para lograr un efecto terapéutico basado en la propia revelación y comprensión de la información y significado implícito en los síntomas y signos que necesitan ser re-narrados por el cliente para conseguir un sentido de continuidad narrativa y regulación emocional.

Como marco de referencia para la identificación de información clínica, procesos implicados en la continuidad-discontinuidad narrativa del self, información para la generación de hipótesis de trabajo y características de las estrategias posibles de intervención, se utiliza, como estructura de aproximación al significado personal del cliente (simulación de coordenadas de significado realizadas por el observador), la *organización de la información clínica orientada a develar procesos mentales que configuran un significado narrativo*. Es una guía de orientación (véase Cuadro 1.) que señala la información a considerar para aproximarse a la comprensión de la dinámica de significado y verdad narrativa.

Es necesario subrayar que la exposición del proceso psicoterapéutico tiene un formato lineal de escritura, y es en cierto sentido una “hermenéutica de texto de vida” de un sistema que posee una mente con arquitectura narrativa que se auto-organiza permanentemente en términos biológicos, históricos y temporales; por tanto, lo que se intenta describir a continuación es un proceso complejo de reorganización de significado (cambio terapéutico) que básicamente ocurre en un contexto conversacional-gestual y que es en todo momento un flujo de información intersubjetiva que no siempre se adapta a un formato de escritura.

### **Cuadro 1. *Organización de la información clínica orientada a develar procesos mentales que configuran un significado narrativo***

Fase de identificación de información, valoración y planificación para la reorganización de significado:
-Información y valoración: Datos biográficos y antecedentes familiares. Búsqueda de factores de riesgo. Qué motiva a consultar ahora. Búsqueda de inflexiones en la narración biográfica.

Inspección de la realidad personal narrativizada. Características de la historia vivencial (cronología, temática y causalidad, tono narrativo, imágenes, tema, marco ideológico, episodios nucleares, *imago*s, intentos de resolución de la historia).

-Procesamiento de la información, conciencia y calidad de la integración presente en la verdad narrativa:

Nivel de distinción entre experiencia inmediata (Yo como sujeto) y explicación (Yo como objeto) en los temas de significados a tratar, focalizado en la escena. Evaluar la capacidad de visualizar episodios (secuencia de escenas) cargados de información.

Mecanismos de autoengaño defensivos utilizados en la coherencia de significado (centrados en exclusión, distorsión u omisión de información cognitiva, afectiva y pulsional).

Perfil emocional y procesamiento (emociones positivas y negativas: evaluar frecuencia, calidad e intensidad; inter-emocionalidad, comprensión de la fenomenología de las emociones y regulación emocional).

Perfil metacognitivo: capacidad de descentramiento, diferenciación e integración de la información, reconocimiento de deseos y emociones, comprensión de la "mente ajena". Tipo de atribuciones, tipos de disfunciones cognitivas y valoraciones.

Identificar estilo de apego (A, B, C, A/C). Evaluar fuentes de la información (cognitiva versus afectiva) y grado de integración (integrada versus no integrada) en la representación mental. Identificar uso de: cognición verdadera, cognición falsa, afecto verdadero y afecto falso).

Identificar posibles variables de personalidad temperamentales que predisponen a procesar información y a tipos de comportamiento más probables.

Fase de intervención en un contexto de autoobservación:

-Dimensión de significado en formato narrativo:

Identificación de organización de significado personal y momento del ciclo vital. Reformular el problema (motivo de consulta) en función de un tema de significado: internalización del problema y reformulación en función de significado.

Hipótesis de la dinámica de descompensación clínica y planteamiento de estrategia psicoterapéutica.

Lograr objetivos terapéuticos que comprometan al cliente a explorar sus dinámicas afectivas, cognitivas y pulsionales (necesidades biológicas: sexualidad y hambre).

Entrenamiento en diferenciar experiencia inmediata (Yo - como sujeto) y explicación (Yo- como objeto) en la propia autoobservación. Tareas de autoobservación entre sesiones.

-En la dimensión conversacional de la relación terapéutica:

Los "por qué" sustituirlos por los "cómo" es hecha la experiencia (lenguaje de segundo orden). No caer en la tentación de negociar una *verdad narrativa* sin hacer referencia al dominio emocional, motivacional y pulsional.

Cada explicación que da la persona tiene que ser "sustentada" por la reconstrucción de la experiencia inmediata a la que la explicación se refiere.

Mantener siempre la temática de manera que no cambie el dominio de significado, logrando generar una secuencia narrada de un inicio, desarrollo y final, para generar nuevas auto-integraciones de información afectiva y cognitiva.

-En la dimensión de la relación terapéutica:

Lograr un aumento gradual del compromiso del cliente en la exposición y exploración de las secuencias de escenas relacionadas con temas que afectan la continuidad narrativa.

Lograr y mantener una relación sentida por el cliente como segura, empática y comprensiva para facilitar la autoexploración, reconocimiento y regulación experiencial, que confluyan en una verdad narrativa adaptativa que permita bienestar psicológico.

(Basado y modificado de Quiñones; 2000)

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Elisa tiene 27 años, soltera. Es profesional, de nivel socioeconómico alto, vive sola desde hace cuatro años, desde el momento en que se independizó económicamente. Hace seis meses falleció su padre (63 años) en un accidente de coche. Con su padre describe haber tenido una relación muy estrecha; en sus propias palabras: “mi padre es la persona más importante de mi vida”. Relata que fue un momento difícil y que tuvo que solicitar permiso en su trabajo para ausentarse por una semana para hacerse cargo de los funerales y trámites, puesto que su madre estaba muy afectada y su hermano estaba fuera de la ciudad. Cuando me habla de ello, se muestra muy orgullosa. Por otra parte, hace tres meses terminó su relación de noviazgo de manera imprevista, relación de un año de duración.

Su familia nuclear está compuesta por su madre (60 años), actualmente jubilada, con la cual relata tener una relación de amigas en que “todo se lo cuentan”, y un hermano (25 años) que está finalizando sus estudios en la universidad, con el cual relata tener una excelente relación de amistad y confianza.

No presenta problemas de salud. Sus hábitos alimentarios son relativamente saludables; no obstante, destaca que es un tema (“sentirse gorda”) que siempre está presente, y todos los alimentos que consume previamente son pesados en la báscula de la cocina y nunca improvisa lo que come, sino que calcula las calorías y elige los alimentos en función de la dieta, ya que su figura es algo fundamental para sentirse bien consigo misma. El peso que presenta es el esperado para su edad y estatura. Finalmente, viene a consultar por iniciativa propia, y es la primera vez que acude a un psicoterapeuta.

## **VALORACIÓN CLÍNICA**

El motivo de consulta inicial en sus propios términos era: “No me siento como antes desde hace un tiempo, ya no disfruto de nada y todo se me hace muy difícil cuando tengo que relacionarme fuera del trabajo. No quiero sentirme más así..., tengo malestar y me preocupa mi futuro laboral si empeoro”. Al pedirle mayor información y preguntarle qué es lo que la hace consultar en este momento, dice que es producto de un intenso malestar que ha ido en aumento, dificultades para mantener la concentración en su trabajo desde hace unas semanas, y nota que la velocidad de su trabajo no es la misma de antes. Le preocupa porque su puesto no

permite distraerse, y le intranquiliza no poder mantener su eficiencia ya que de ello depende su puesto y carrera futura en la empresa. Al preguntársele cuándo empezó a sentir malestar, relata que empezó después del término de la relación con su novio. También agrega que la muerte de su padre ha sido difícil para ella, pero que lo ha llevado bien. Llama la atención su cambio de expresión facial cuando habla de su padre, se le ponen los ojos llorosos, y especialmente se aprecia una dificultad para mantener la mirada, con predominio de indicadores de timidez. En cambio, cuando habla de su novio se muestra enfadada y dice de manera contundente que ya “dio vuelta a la hoja” con un semblante de desprecio y asco. Al pedirle más información de cómo ocurrió la ruptura, destaca, con incomodidad y cierta agitación, que la sorprendió totalmente. Básicamente, él le informó que por trabajo lo trasladaban a otra ciudad a un puesto de mayor responsabilidad, que todavía no quería casarse y que para él las relaciones a distancia eran imposibles. Así que era mejor que lo dejaran. Ella relata que la explicación la dejó descolocada y muy confusa en un primer momento. Posteriormente, ella insistió en hablar nuevamente con él, pero él sólo habló por teléfono y no cambió de parecer. No ha sabido nada más de él desde ese entonces.

Además, destacan en las dos primeras sesiones que se dedicaron a evaluación los siguientes indicadores:

- No hay indicadores de deterioro social ni laboral significativos. Su vivencia de la cotidianidad interpersonal la describe como difícil a veces (“tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer mi trabajo a la velocidad de siempre, y siento incomodidad al esforzarme para que no me descubran que no estoy bien”) pero no le impide desarrollar sus actividades cotidianas. También destaca un mayor cansancio, problemas de concentración y aislamiento de sus amigos en la última semana.

- Se observa sintomatología de predominio depresiva: sentido de inferioridad; autoestima afectada, falta de apetito con leve pérdida de peso, sentimientos de impotencia, pensamientos negativos de autoreproche y problemas intermitentes para dormir desde hace dos meses que no alcanzan a cumplir con los criterios de insomnio leve.

- El tema de su figura y dietas lo describe como parte de su preocupación por su salud. Cronológicamente empezó a hacer dietas en la pubertad. Su peso está en el rango normal pero ha perdido peso desde el término de su relación sentimental. Hay antecedentes en la adolescencia de problemas alimentarios: regímenes continuos para mantener la figura, y alta actividad (deporte y preocupación permanente por las calorías), asco por algunos tipos de comida y partes de su cuerpo que no le gustan (esporádicamente se provocaba vómitos en la adolescencia y en el periodo previo a trabajar), no obstante, no cumplía con criterios descriptivos de desorden alimentario, pero sí una clara vulnerabilidad en el presente.

- Un rasgo relacional que destacaba era su hipersensibilidad a información que no coincidiera con sus valores, opiniones o apreciaciones (por ejemplo: su creencia

de que la sexualidad debía estar al servicio de la reproducción). Dicho tema, cuando aparecía en sesión, era acompañado de indicadores de incomodidad y de una actitud defensiva.

- Cuenta con una red de apoyo social estable. A sus familiares y amistades las describe como accesibles. Sus amistades le brindan un apoyo significativo en lo que ella describe como “momentos difíciles”.

- Las características de su narración en el momento de solicitar ayuda psicológica y en sus *escritos narrativos* es de marcado predominio cognitivo. Se destaca lo siguiente: a) tono narrativo: pesimista y de un frecuente autoreproche; b) tema de pérdida afectiva “doble” que tomaba la forma de “injusticia”, “castigo merecido”; “decepción de los hombres”; c) marco ideológico: católico; se percibe rigidez en el tema de la sexualidad; d) *imagos*: “la hija perfecta”, “la mujer íntegra”.

- Ausencia de indicadores de anomalías biográficas, lo que permitió refutar posibles maltratos y abusos, aspectos sobresalientes en psicopatología conectada a la vergüenza.

- Aplicación de instrumentos de evaluación. Se aplicaron dos pruebas psicológicas (BDI y RSE), en cuatro momentos distintos, para controlar en términos cuantitativos la sintomatología durante el proceso psicoterapéutico.

El resultado obtenido en el *Inventario de Depresión de Beck* indicó la presencia de sintomatología depresiva (puntuación de 23), y de acuerdo a las recomendaciones de Beck (Beck y col., 1988) era posible estar en presencia de una depresión moderada, lo cual era coincidente con la valoración clínica de una reacción depresiva. La escala de autoestima de Rosenberg (RSE) se aplicó para contrastar la apreciación clínica de un proceso de duelo unido a sintomatología depresiva. Cabe subrayar que la evidencia clínica señala que los proceso de duelo que no tienen asociado un trastorno afectivo no presentan alteración de autoestima (Worden, 1997). En el presente había indicadores de alteración de autoestima, lo cual se confirmó en la apreciación clínica inicial. El análisis de la primera evaluación de la escala de autoestima muestra que Elisa alcanza una puntuación igual a 22 puntos (autoestima afectada a nivel medio). En esta primera evaluación, los ítems que llaman la atención son: 1-5-6-7-8-10, y una vez investigados en sesión, respectivamente aluden a culpa y vergüenza.

EVALUACIONES	BDI	RSE
Momento 1: inicio (2ª sesión)	23 puntos	22 puntos

Figura 1.1. Resultados.

## VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN UN CONTEXTO DE AUTOOBSERVACIÓN

Para aproximarse a la comprensión de la descompensación clínica e intervención psicoterapéutica desde una orientación cognitiva postracionalista, se conceptualizó como un caso de organización de significado personal de desorden alimentario psicogénico (Guidano, 1991, 1987). Elisa presentaba un procesamiento descompensado como consecuencia de la repercusión en su identidad de la muerte del padre y ruptura sentimental con el novio, lo que desencadenó un sentido de inferioridad magnificado (*dominio emotivo con predominio del afecto de vergüenza / culpa*).

El duelo es un proceso complejo que se experimenta de varias formas en función de las diferencias individuales de procesamiento y dinámicas cognitivo / afectivas involucradas en las escenas grabadas en la memoria. El duelo es una pérdida en el modo específico de sentir más que la ausencia objetiva de la persona (Guidano, 1994), y en cuanto a identidad es una interrupción en la estabilidad de la coherencia narrativa. Conceptualmente, la existencia de la relación entre vínculo afectivo y preservación de un sentido de identidad personal (Guidano, 1987) se utilizó para construir la *hipótesis de la dinámica de descompensación clínica* como un elemento conceptual para simular y comprender la experiencia desde coordenadas de significado. Un aspecto que se consideró pertinente al hacer el análisis de la información fue la presencia de tres factores de riesgo (Rutter y Rutter, 1993) que se evaluaron como posibles dificultades en el procesamiento del duelo en Elisa: 1- Perder a alguien con quien se tuvo una relación de vínculo dependiente o ambivalente; 2- Efecto de la muerte inoportuna de alguien con el que la persona era íntima; 3- Si la pérdida se produce al mismo tiempo en que se sufren otros trastornos y tensiones, el comportamiento desorganizado se acrecienta.

Para orientar y estructurar el proceso psicoterapéutico se trabajó con tres hipótesis generales en función de una estructura de significado posible:

- 1° *Hipótesis de trabajo: Sensación de exposición permanente (hipersensibilidad al juicio de los demás) ligada a temor a la desaprobación, unido a un significado emergente de inferioridad y un dominio emocional de vergüenza como afecto organizador.*
- 2° *Hipótesis de trabajo: Estilo de apego evitante (dinámica evitante inhibida a complaciente<sup>2</sup>). Un discurso marcado por el predominio cognitivo con inhibición de las emociones negativas.*
- 3° *Hipótesis de trabajo: Procesamiento de duelo bloqueado por inhibición emocional, complicado por ruptura sentimental.*

En relación con el *motivo de consulta*, se procedió a reformularlo temáticamente en función del significado personal, con el propósito de que se pudiera ir trabajando en explorar la *secuencia de escenas cargadas de información afectiva - cognitiva – pulsional*, implicadas en la verdad narrativa emergente y la calidad de

la coherencia (dinámica experiencia – explicación) en su sentido de sí misma. No hubo mayores dificultades para identificar cronológica y temáticamente las áreas problemáticas que Elisa identificaba externamente, lo que en la primera visita narró como una sensación de desmotivación expresada en que a nada le encuentra sentido “como si a momentos ya no fuera la Elisa que todo lo puede, que sé lo que tengo que hacer”, auto-valoraciones negativas, tendencia al aislamiento interpersonal, y sensación subjetiva de dificultades para mantener su efectividad en el trabajo al tener que vencer su desgano y problemas de concentración. En lo fundamental, los temas relacionados con estos estados de discontinuidad narrativa eran los siguientes: la injusticia de la vida para con la gente honesta, trabajadora y sacrificada; padre ejemplar que había trabajado toda su vida y no merecía morir en un accidente; el cambio de la vida familiar y el sufrimiento de su madre; la desconfianza de las “intenciones verdaderas de los hombres”; arrepentimiento por haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales; no haber sido una hija a la “altura de lo que se esperaba de ella”.

Al explorar con mayor precisión estos síntomas y los temas asociados, se observa que empiezan a emerger con poca frecuencia e intensidad al poco tiempo de la imprevista muerte del padre, lo cual ella va identificando a medida que explora sus recuerdos rememorados en sesión (“escenas”) y se hace consciente del aumento de la intensidad y frecuencia de su malestar cuando ocurre la imprevista ruptura con su novio tres meses después. Gradualmente, dicha conexión apareció al explorar “el cuándo” aumentó la frecuencia e intensidad de su malestar, y Elisa aceptó observar las posibles conexiones entre ambos sucesos no muy convencida en un comienzo, pero estuvo de acuerdo con la interpretación que se le dio de que ambas experiencias se conectaban en la valencia emocional negativa, intensidad emocional, sentido negativo de sí misma; y mostraban su manera personal de responder a dos acontecimientos inesperados y que compartían tratar sobre dos personas que quiso de manera diferente pero que le daban un sentido unitario a su vida.

## TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas que se utilizaron en un contexto de autoobservación para analizar las escenas cargadas de información en una estructura de significado fueron esquemáticamente las siguientes:

1-*Técnica de la moviola*: Es una técnica que se basa en el método de la autoobservación<sup>3</sup> (Guidano, 1991, 1998, 2001); permite la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico desde un punto de vista autorreferencial (se trabaja en la interfase sentir / explicar). Es una manera de observar las propias dinámicas de construcción de significado al poner en práctica el procedimiento de análisis de escenas (moviola) y guiar al paciente a cambiar de punto de vista desde el porqué al cómo. Para ello hay que hacer que se vea desde dos puntos de vista alternativos: 1º Desarrolla una escena en primera persona (punto de vista subjetivo);

2° Se observa a sí mismo desde afuera (punto de vista objetivo).

- *Autoobservación de las dinámicas afectivo cognitivas y re-narración en el aquí y ahora.* En el proceso de contar la propia historia vivida se activan funciones cognitivas que ayudan a generar posibilidades de aumentar la propia comprensión organizada en formato narrativo en un contexto de autoobservación focalizado en la escena (dinámica afectiva / cognitiva----sentido de coherencia y perspectiva), orientado a facilitar la emergencia de significado que produzca autorregulación cognitiva emocional y bienestar psicológico, ya que el cliente al contar su “historia vivida” observando la base experiencial en que se basa su narración presente (diferenciando en las escenas experiencia inmediata / explicación), trata la tensión asociada con acontecimientos pasados “que presionan por su sentido” en el presente y obtiene nueva información afectiva y cognitiva que cambia y se manifiesta al reapropiarse de aspectos de la historia relacional que ayudan a aumentar el sentido y agencia personal.

- *Escritos narrativos.* Para generar información en formato de escritura, a diferencia del formato oral, se solicita al cliente que escriba en primera persona sobre lo que le pasa, en un cuaderno personal, sobre lo que considera que le incomoda y/o desea expresar en ese preciso momento y que quiera compartir en sesión. Además, cuando escribe de otra persona, tiene que escribir en términos no sólo de comportamiento (lo que hizo) sino de deseos, emociones, pensamiento e intenciones. No hay límite de extensión (Véase Quiñones, 1999; 2000). Es una técnica para generar diferenciación emocional y descentración, a partir de la propia observación y verdad narrativa.

-*Fases de duelo y proceso normativo:* Las fases del duelo que plantea Parkes (1980) son las que se siguieron en general como marco de referencia para contextualizar y ordenar la información cognitiva y afectiva que iba surgiendo en el proceso de exploración de Elisa: 1) Período de insensibilidad que se produce en los momentos cercanos a la pérdida; 2) Anhelos y búsqueda de la figura; 3) Desorganización y desesperanza; 4) Fase de mayor o menor grado de reorganización. También se utilizó como referente para la intervención las tareas del duelo planteadas por Worden: *Aceptar la realidad de la pérdida; afrontar plenamente que la persona querida está muerta y no volverá; trabajar las emociones y el dolor de la pérdida; adaptarse a un medio en que el fallecido está ausente; recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.*

## **HIPÓTESIS DE DESCOMPENSACIÓN CLÍNICA Y ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN**

Con la información obtenida en las sesiones dedicadas a evaluación, se conceptualizó el caso como un momento de reorganización del sentido de sí misma (punto de inflexión en su vida), como respuesta a la necesidad de una adecuación a las nuevas circunstancias afectivas y pérdida de su modelo de referencia (“un

espejo y perspectiva”) para mantener un sentido estable de sí misma. En concordancia con lo anterior, se procedió a internalizar el motivo de consulta, implicándola en que lo que le ocurría tenía que ver con su manera personal de reaccionar a una situación difícil para cualquier ser humano. Se logró que conectara su manera de sentir “extraño” (“nunca me había sentido así”) con sus experiencias recientes de pérdida, con especial atención a su hipersensibilidad a buscar aprobación y atención. Elisa, presentaba evidentes dificultades para generar una verdad narrativa equilibrada, que se sustentara tanto en información afectiva como cognitiva verdadera (Crittenden, 1995, 2001) en cuanto a lo que le ocurría en sus relaciones interpersonales. Ello se apreciaba en que su malestar presente era sólo identificado por su sentir “extraño y mal”, por ejemplo: estallidos de llanto inmotivados sin llegar a un significado psicológico. De hecho su procesamiento emocional (perfil emocional) aparecía muy limitado, no obtenía mucha información de sus propias emociones, poca habilidad para identificar la emoción sentida físicamente y el estado psicológico asociado, y presentaba poca habilidad para dirigir las propias emociones. Las emociones desbordantes en principio solamente las reconocía como malestar, sin llegar a una decodificación narrativa que facilitara la regulación emocional. Asimismo, a nivel metacognitivo, al explorar en moviola las escenas se observa un déficit de descentramiento, ya que presentaba carencia de descripciones articuladas de los estados de los demás y en conectar el estado interior con acontecimientos interpersonales.

1- Lo imprevisto de la muerte de su padre genera un sentido de vacío, impotencia y confusión producto de falta de guía. Se acompaña de un leve sentido de inferioridad y dudas sobre su propia capacidad.

2- La inesperada ruptura sentimental con su novio magnifica la vergüenza como afecto primario organizador de la identidad, expresado en un sentido de sí misma de ser menos que los demás y emociones relacionadas como culpa, asco y humillación.

Dinámicamente, tales temas interconectados generaron una situación de vulnerabilidad - estrés expresada en un creciente grado de pérdida de significado de la experiencia vivida y narrada como “me siento sin brújula en mi vida” y una progresiva percepción de temor a la incontrolabilidad en su quehacer laboral (identidad laboral) que era lo único que le daba un sentido estable de sí misma después de acaecida la “pérdida doble”.

La *estrategia de intervención* que se siguió, para generar un significado cualitativamente más complejo que facilitara un nuevo ajuste psicológico, fue reconocer y revisar escenas con su padre y novio cargadas de información (cognitiva – afectiva- pulsional), para adquirir conciencia de su manera de organizar sus dinámicas de información en función de su estrategia complaciente para coordinarse con los demás y lograr un sentido de autoeficacia con predominio de la emoción de orgullo. Emoción que le daba un sentido de autoeficacia –continuidad narrativa,

y que cuando no la vivenciaba era indicador de inquietud y confusión.

Se acordó trabajar en los siguientes objetivos terapéuticos:

- 1- Comprender cuándo había empezado su malestar psicológico y la forma que había ido tomando.
- 2 - Ayudarla a resolver los conflictos de pérdida de su padre.
- 3- Investigar el posible impacto que tuvo la imprevista terminación de su relación sentimental en su bienestar psicológico.

El foco central de intervención era comprender la magnificación<sup>4</sup> de la vergüenza que fue la hipótesis de trabajo principal, explicitado en *sentirse inferior a los demás* y observado en sus marcados signos de expresión facial cuando hablaba de su padre y su sexualidad.

Para entrar en sus dinámicas internas de significado, desde un inicio en el proceso psicoterapéutico se tuvo especial atención en motivar para explorar el sentido de extrañeza de sus síntomas y signos, reforzando la tolerancia a observar su “dolor emocional” considerando su estrategia de inhibir sus emociones negativas de su procesamiento mental y comportamental. El problema que se intentó manejar desde un principio fue su poca confianza en la información que otorgaban sus propias emociones negativas, aspecto que podía dificultar la actitud de autoobservación que era clave para develar la dimensión de significado implícito en sus síntomas y signos. Por tanto, era prioritario identificar escenas cargadas de información para explorar el reconocimiento emocional y estado psicológico asociado y sus dificultades en diferenciar su propio sentir, desear y explicar en relación a las personas significativas (padre y novio) de las que esperaba aprobación, atención o cariño; y además revisar su estrategia para mantener su autoestima y perspectiva. En tal sentido, se mantuvo en todo momento una actitud por parte del terapeuta de calidez emocional, dando tiempo y espacio para que Elisa se autoobservara, reconociera y se expresara verbalmente, pero al mismo tiempo inspeccionando el que al sentirse inevitablemente expuesta no se sintiera rechazada por poner atención en sus procesos internos, sobre todo emocionales, que aparecían deficitarios y omitidos en su verdad narrativa. Una vez identificados los episodios, una manera de facilitar su exploración de escenas a través de la técnica de la moviola, en un comienzo, fue la instrucción de que cerráramos ambos los ojos y escuchara mi voz, ello permitió no interferir en experimentar su propia experiencia y observar su dinámica emocional centrada en la vergüenza<sup>5</sup> como afecto organizador al disminuir su predisposición a verse automáticamente inadecuada al estar pendiente de la mirada producto de la magnificación psicológica de sentirse expuesta.

Una de las reformulaciones graduales que se utilizó para generar un contexto de exploración y reforzar la disposición de Elisa a explorar su mundo privado fue más o menos la siguiente: “Es importante hallar un significado y perspectiva a lo que te sucede ahora en tu vida, porque la vida de cualquier ser humano no es sólo encontrar el bienestar y evitar el dolor a cualquier precio, sino encontrar un sentido

a lo que a uno le ocurre. Por eso, es importante esforzarnos por encontrar sentido a la información implícita en tu malestar psicológico. La idea es que ambos intentemos, a base de revisar tus vivencias, “iluminar y develar” una comprensión de la que por el momento no se dispone”. Esta reformulación tuvo un efecto considerable en Elisa, puesto que ayudó a que aumentara la tolerancia al malestar por muy perturbador que fuera, y se comprometiera a explorarlo, de manera de ir descubriendo la información omitida y distorsionada en su verdad narrativa al ir mejorando el foco de atención en su relación dialógica consigo misma y en su manera de organizarse en sus relaciones interpersonales.

## **PROCESOS DINÁMICOS, ANÁLISIS DE ESCENAS Y CAMBIO DE SIGNIFICADO**

La dificultad que más sobresalía al recordar escenas significativas, y llevar a cabo las reconstrucciones a través de la técnica de la moviola, era su manera de generar coherencia personal (diferenciar entre su experiencia inmediata y explicaciones) y sentido de continuidad narrativa de sí misma. Por una parte, presentaba dificultad de “leer” sus propios estados internos en sus relaciones interpersonales; y por otra, su manera de lograr un sentido estable de sí misma a través de corresponder a las expectativas e inhibir sus emociones negativas. En tal sentido, el procesamiento mental observado en Elisa, era de predominio de información cognitiva y escasa identificación de la información emocional negativa. Le era difícil el reconocimiento de emociones negativas (rabia, impotencia, vergüenza, culpa) que eran “leídas” como malestar e incomodidad con un sentido emergente de sí misma de confusión. Asimismo, su verdad narrativa y coherencia era deficitaria desde un punto de vista metacognitivo, ya que su discurso presentaba escasa diferenciación y reconocimiento emocional, insuficiente capacidad para diferenciar sus propias expectativas, emociones, deseos, creencias y valores de las personas significativas que eran vistas como “su espejo y guía”. Se logró mejorar en precisión, a través del método de autoobservación y escritos narrativos, que aprendiera a poner atención a sus estados intencionales (mundo interno) y estados internos que infería de las personas significativas, para aumentar la coordinación social y utilización de la información afectiva y cognitiva en sus representaciones mentales.

Al explorar escenas ligadas a su malestar psicológico, se fue develando un “sentido de sí misma desdibujado y acompañado de verse disminuida socialmente”, con pérdida de control atribuido a la injusticia de la vida y un temor a su futuro en la empresa, en correspondencia con una cada vez mayor conciencia de fracaso personal. Posteriormente se vinculó la coordenada de significado “expectativa – resultado” a su sentido de autoestima que se ligaba a la dimensión afectiva orgullo / vergüenza. El aumento de conciencia de su manera de generar significado, al

conectar estas dos dimensiones, permitió reformular que su sentido de inferioridad y orgullo era para ella un indicador de la percepción inmediata de haber logrado el resultado o no, lo cual se expresaba en orgullo personal cuando lograba el resultado esperado y en sentirse avergonzada (“sentido de ser inferior”) cuando valoraba haber fallado. La reformulación fue más o menos como sigue: “Pareciera que el hecho de no haberte casado genera en tí un sentido de fracaso expresado en sentirte menos que los demás. Tu novio es la persona que te daba una lectura de ti misma como una mujer especial y orgullosa, y a medida que valorabas que os casaríais sentías que todo lo podías. Pero al ver tus expectativas no cumplidas pasas a sentirte menos que los demás, es como si en un instante se borrara toda la historia con la persona que tuviste una relación íntima; es decir, con sus momentos buenos, medios y malos. Parece que el resultado anula la existencia del proceso de tu relación, y omite información vivida por tí, ya que sólo destacas el final de la relación focalizada en que tus expectativas de casarte no se cumplen. Es como si vivieras más en la expectativa que en el aquí y ahora, parece que la relación la mides según el criterio de si se cumple o no la expectativa, es decir, es este criterio el que le da forma definitiva a tu interpretación de lo que ocurrió, pero la experiencia con otra persona no es solamente expectativa”. Elisa aceptó esta reformulación con inquietud y cierta curiosidad, y en las sesiones posteriores aumentó su atención a los procesos internos.

Gradualmente se fue orientando el proceso terapéutico a vincular los dos temas: “doble pérdida” (muerte y ruptura sentimental) en su relación cronológica (aumento de intensidad y pérdida de agencia), temática (evitar sentirse menos que los demás) y causal (no cumplir con las expectativas y dificultades de diferenciación “yo / otros” con su sentido de fallo moral). Conjuntamente, adquirió conciencia de que su parámetro de quién era ella estaba poco diferenciado con la manera de sentirse evaluada por su padre, y su sentido de orgullo o de inferioridad coincidía con dicho parámetro.

Empezamos a explorar su vida familiar con más detalle. Ella describía a su familia como muy armoniosa hasta que ocurrió el accidente. Para ella todo se transformó en diferente hasta llegar a sentirse sin rumbo al romper con su novio, al cual su familia, y especialmente su padre, valoraba como un “excelente partido”, “un hombre exitoso y de buena familia”, lo que contribuyó a verse fracasando. Al revisar la historia con su padre con mayor precisión, aparecían reproches frecuentes desde su adolescencia hasta que se fue de casa una vez se independizó económicamente, ya que la relación con su padre era difícil, y el tema del guión era : no alimentarse lo suficiente. Ante ello, su padre se enfadaba y le hacía advertencias del tipo: “hay mucha hambre en el mundo y tú eres una privilegiada ya que lo único que tienes que hacer, mientras yo me preocupo de sacar a la familia adelante, es estudiar para ser una excelente profesional y preocuparte de tu salud”. Cuando sucedían estas discusiones, el guión era: ella protestaba unos minutos con una sensación de

malestar creciente hasta que se callaba, y su padre la sermoneaba por varios minutos, después no le hablaba y se distanciaba de ella durante horas. Ella recordaba uno de estos episodios de una cena familiar con una intensa sensación de malestar y al revisar la secuencia de escenas se fue develando una emocionalidad recurrente de vergüenza y culpa, y una verdad narrativa de ser una hija no digna del cariño de su dedicado padre.

Otro episodio que se investigó, y que tuvo un gran efecto en su comprensión de sí misma, fue un episodio que ella recordaba y que definía como un “malestar de tripa”. Elisa, cuando estaba en plena pubertad, tenía algo de barriga y granos en la cara y no le gustaba su aspecto. Empezó a preocuparse de su cuerpo, se inscribió en un gimnasio y comenzó a hacer dietas para mejorar su cutis. En una cena de celebración familiar tuvo una gran reprimenda de su padre, por casi no comer ni probar el bizcocho que hacía la madre en ocasiones especiales. El padre le echó una intensa bronca y la obligó delante de todos a comer lo que no había tocado en la cena, y mientras comía “visualizaba en su imaginación su barriga y granos” y al mismo tiempo sentía náuseas y ganas de desaparecer al sentirse muy despreciada. Posteriormente, y a escondidas vomitó en su habitación. Se develó que ésta era una escena de fusión de vergüenza y asco que permitió comprender momentos actuales en que sentía asco por sí misma sin saber “por qué”.

Para facilitar la exploración de su relación sentimental, se le hizo ver que expresar el dolor emocional no era algo inadecuado en sí mismo, porque las emociones sirven para comprendernos y ayudan a coordinarnos con los demás de manera efectiva, y el hecho que la relación no funcionara con su novio no era signo inequívoco de su “fallo personal”, sino que era una posibilidad propia de cualquier relación sentimental humana. Poco a poco, se fue develando la importancia del aumento de su sentido de vergüenza que tenía un matiz emocional de humillación, al ser abandonada después de todo lo que sentía que había hecho por la relación, incluso accediendo a tener relaciones sexuales. Cuando se exploró el cómo había accedido a tener relaciones sexuales, se pudo reconstruir que no fue un momento impulsivo sino que ocurrió después de meses de peticiones y ruegos de su novio que la agobiaban primero y que después le producían temor a ser abandonada. Lo que se develó en la secuencia de escenas fue que su relación sexual fue con muy poca excitación y fue una manera de complacerlo y evitar ser abandonada; pero cuando se aumentó el foco pudo apreciar que ella anticipaba que era el “paso final y decisivo” para llegar a la meta de casarse, lo que le llevó a tener relaciones sexuales. El momento del “debut sexual” fue preparado con antelación y para la ocasión ella se compró ropa especial. Esto tuvo un fuerte impacto en Elisa al observar que su verdad narrativa omitía información relevante de su experiencia, ya que no era sólo complacer al novio sino que tenía la motivación fundamental de asegurar el resultado de casarse, consecuencia que ella sentía garantizada después de haber tenido relaciones sexuales.

Llegados a este punto se procedió a reformular la “pérdida doble” en función de la estructura de significado como pérdida de referentes que le afectaban su manera de verse a sí misma. Al explorar con mayor precisión la relación de los dos sucesos con el efecto sobre su sentido personal y autoestima, se percató de que su estrategia basada en complacer e inhibir (deseos, emociones verdaderas y opiniones) era para evitar el riesgo de rechazo, desaprobación o retirada de cariño. En Elisa este proceso de emergencia de nueva información le produjo un importante impacto en su significado personal, sobre todo un grado de decepción personal por percatarse que más bien buscaba reflejos de perfección para sentirse bien consigo misma. Logró poco a poco verse a sí misma y a los demás como seres humanos con historia, produciéndose una re-lectura de la información implícita omitida o distorsionada en su procesamiento mental, alcanzando un mayor sentido de diferencia de los demás y ya no centrada en la estrategia complaciente para verse siempre perfecta.

Para entrar en su tema de “haber fallado” unido a un sentido de ser inferior, la reformulación usada fue la siguiente: “Lo que estás experimentando como malestar frecuente, y en ocasiones intenso, es información de tu experiencia que presiona por buscar sentido y que no es saludable inhibir. Estás viviendo la expresión de tu proceso de adaptación a una pérdida doble, tanto de un ser tan significativo como fue tu padre, y la decepción de tu novio y de ti misma por el término de la relación y la manera como acabó. Ambos sucesos son importantes de explorar para comprender mejor el momento de tu vida. Tenemos que explorar cómo llegas al juicio sobre ti misma de que “fallaste”, lo que se expresa ahora en un diálogo contigo misma en que predominan los reproches, alimentando un sentido de inferioridad que palpas cotidianamente. Tienes que hacer un esfuerzo para no evitar lo que estás “experimentando y diciéndote” por muy desagradable y duro que pueda ser. Es una posibilidad para aprender de tu manera de relacionarte contigo y con los demás, es el camino para salir adelante”.

Cada vez se fue haciendo más consciente de que las escenas conectadas temáticamente con “haber fallado” tenían relación con el miedo a ser rechazada por su padre, eran producto de las relaciones sexuales prematrimoniales y el hecho de no haberse casado (“no haber logrado el resultado que purificaba el desliz primero y después flagrante error”), lo que se cristaliza en un sentido de vergüenza y culpa que dificulta el procesamiento del duelo y cuyo principal indicador, apreciado en la exploración en moviola, eran rumiaciones de autoreproche en forma de una “voz interior acusadora”. Al analizar un episodio intenso emocionalmente (secuencias de escenas), en donde aparecían dichas voces internas (“dentro de su cabeza”), fue el momento en que intentó hablar con su novio para tratar de continuar la relación pero él se negó. Después de colgar el teléfono ella se sintió muy mal, con una sensación de humillación y rechazo intenso que la llevó a estar todo ese fin de semana en casa sin salir ni hablar con nadie. Se observó que la humillación en el momento más intenso coincidía con la “voz interna que la reprochaba”. Al ver en sesión las escenas

se fue dilucidando que dicha voz era masculina y muy grave: “tener relaciones sexuales fuera del matrimonio es sucio”, “eres una deshonra”, y la acompañaba la expresión facial de un hombre mayor que no podía identificar y que al mejorar el foco de la escena, y yendo hacia atrás y hacia adelante, se llegó a que era la expresión desaprobadora de su padre. Esta fue la sesión más importante y produjo un intenso llanto en Elisa y una mezcla de emociones dolorosas para ella marcadas por la vergüenza reconocida.

Posteriormente el foco del proceso de intervención se centró en lograr comprender causalmente su manifiesto sentido consciente de inferioridad y vergüenza como afecto organizador de la dinámica de significado y verdad narrativa. Elisa comprendió, al revisar sus experiencias, que era evidente que su nivel de autoconciencia estaba centrado en una dinámica emocional de vergüenza – humillación, que vivió en un primer momento como malestar y confusión, con mecanismos de autoengaño defensivo focalizados en distorsiones de la imagen del padre (idealización) y en una decepción sentimental en principio negada y que se expresaba en distorsiones cognitivas como sobregeneralizaciones (“los hombres solamente buscan a las mujeres para tener sexo y nada más”) y atribuciones externas que generaban inseguridad y pérdida de control. Todos estos procesos tenían la función de proteger su propia identidad para no decepcionarse de sí misma y no asumir su propia responsabilidad en sus decisiones. Se percató de que su estrategia de inhibir sus emociones negativas no funcionaba puesto que se veía a momentos humillada y había un afecto emergente de asco por partes de su propio cuerpo y una cada vez mayor preocupación por lograr una figura perfecta a través de practicar ejercicio frecuente y una estricta dieta para lograr mejorar su autoestima. Todo lo cual se interpreta como una estrategia de distracción para no procesar información y obtener un grado de control de predominio cognitivo para lograr un leve sentido de autoestima y evitar estados emocionales aversivos por la ruptura sentimental que desencadena desregulación emocional.

Elisa pudo “abrirse” a su información afectiva y comprender sus dinámicas emocionales. Fue develando que las emociones implícitas en su malestar, que ahora ya reconocía que compartían una sensación de ser menos, y la pauta que conectaba era un significado de “haber fallado moralmente” a su padre, conclusión a la que Elisa llega al verse incapaz de poder revertir el término de la relación con su novio. Empieza con una escalada de reproches generado por no haber cumplido con las expectativas de su familia y el autocontrol de lo que debía hacer una mujer “decente”. Esta falta de cumplimiento de las expectativas coincide con su creciente sensación de verse expuesta, llegando a tener imágenes intrusivas de su comportamiento sexual con un sello de vergüenza, culpa intensa que desencadena pensamientos automáticos de no merecer la confianza de su padre. Todo ello se transforma en un eje de malestar intenso que alimenta una verdad narrativa angustiada (diálogos internos con temáticas de reproches y desdén, imágenes sexuales de ella, sensacio-

nes de confusión y asco de sí misma) con un sentido discontinuo de sí misma.

El descubrimiento gradual de su estrategia de inhibir sus emociones negativas y de complacer a los demás, unido a una conciencia gradual de su déficit para diferenciarse psicológicamente de su padre, genera intensas respuestas emocionales en diferentes sesiones. Ello permite una reorganización gradual de significado en dirección hacia el polo del eje de continuidad narrativa de su identidad, que tiene el efecto de liberar y otorgar significado gradualmente a su carga emocional inhibida, obteniendo una reorganización de significado llegando a una verdad narrativa que le otorgó serenidad y ajuste psicológico al disiparse su sentido de inferioridad, producto de lograr al final de la terapia separarse de su padre psicológicamente.

### **PROCESAMIENTO DEL DUELO**

Las fases del duelo de Parkes (Parkes, 1980) facilitaron evaluar los avances en la asimilación y acomodación de nueva información al explorar en Elisa escenas cargadas de información representacional de su padre. Al mismo tiempo, y para generar proactividad se utilizaron las tareas del duelo de Worden (Worden, 1997) para lograr un nuevo equilibrio producto del procesamiento de nueva información y conciencia de su manera de funcionar.

En principio Elisa mostraba un proceso defensivo de negación al inhibir su sentir, apoyado en la creencia “siempre estoy bien”, y en el falso afecto mostrado para no generar rechazo o desaprobación. En la exploración de la relación con el padre había indicadores de dificultad en reconocer el sentir más allá de la incomodidad y malestar leve y revivir aspectos incómodos sucedidos. Sólo había evocación de aspectos positivos y agradables, excluyendo de su conciencia aspectos que no ayudaban a tener una imagen realista del padre. Este aspecto se fragmentó al analizar escenas, donde se percibía y evaluaba que el padre se mostraba disponible y sensible emocionalmente cuando Elisa correspondía, pero era rechazante, crítico y a veces hostil cuando ella no se comportaba según lo esperado. Se trabajó en explorar esta discrepancia para generar una imagen de su padre de mayor coherencia y realismo al considerar diferentes tipos de información omitida o distorsionada en su conciencia, como estrategia para develar información no considerada en su verdad narrativa, y así lograr observar al padre ya no como un hombre todopoderoso sino como una persona con virtudes, aspectos neutros y defectos.

Al revisar las representaciones del padre con una mayor conciencia de su manera de funcionar (dinámica de apego evitante), y gradualmente identificar escenas en donde pudiera re-experimentar las inhibiciones de rabia y vergüenza, le permitió entender cómo ella aprendió a relacionarse encajando permanentemente con las expectativas del padre para sentirse segura pero expectante. Lo que apareció fue que constantemente estaba pendiente de la expectativa del padre y con cierta leve ansiedad de base, lo cual fluctuaba en sentirse orgullosa o avergonzada en función

de verse aprobada o rechazada. En este sentido, al revisar varios episodios (secuencia de escenas) pudo percibir y revalorar con claridad el origen evolutivo de su estrategia basada en la evitación de sentirse rechazada (vergüenza) e insegura, y que ésa era su manera de mantener la proximidad con su padre. Lo más relevante fue percatarse de que era una estrategia defensiva recurrente y que también se aplicaba a la relación con su ex-novio. Llegados hasta aquí, pudo conectar su estrategia con su sentido de inferioridad magnificado (Tomkins, 1962, 1963) en el presente, como un proceso sustentado en la imaginación de verse expuesta y desaprobada por su padre.

Su nivel de información y conciencia de su manera de auto-organizarse permitió pasar de aceptar la realidad de la pérdida conceptual a un procesamiento afectivo. Es importante señalar que Elisa no presentaba indicadores de distorsión metacognitiva (confundir fantasía con realidad) que afectara su procesamiento del duelo. No obstante, el problema era la inhibición de la afectividad negativa, y la impotencia era el afecto sobresaliente que no permitía desbloquear el duelo y sentir la tristeza contenida, proceso necesario para empezar a otorgar significado psicológico a la experiencia de pérdida. Por ello, se trabajó en el reconocimiento de las dinámicas emocionales, partiendo del reconocimiento y expresión del dolor de la pérdida. Para ello se le hizo ver que era imposible perder a la persona más significativa de su vida (según su propia descripción), sin experimentar dolor emocional; dolor que podía tomar diferentes formas y expresarse a veces como “extrañeza cotidiana de lo que le ocurría” y sensaciones de sentirse sin rumbo. Se hizo la siguiente reformulación gradual, para que pusiera la atención en lo que le ocurría y posibilitar un significado adaptativo: “tu malestar y pérdida de sentido de futuro es un indicador de un proceso de reordenamiento, adaptación y adecuación a una nueva manera de estar en la vida sin la persona de referencia que era tu padre, y es necesario que te permitas sentir para empezar a comprender mejor lo que te ocurre”.

Como estrategia terapéutica se decidió explorar las dinámicas cognitivas - afectivas implícitas en la comunicación entre los miembros de la familia para aproximarse a la impotencia. Se observó que se organizaban en un predominio de información cognitiva e inhibición de la información afectiva negativa (patrón de apego evitante inhibido). Apareció la creencia familiar de que no era adecuado expresar dolor explícitamente y de que abandonarse al dolor era negativo, insano y desmoralizador. Esta creencia disfuncional contribuía a mantener la impotencia e impedía la manifestación abierta de la tristeza y el apoyarse mutuamente ante la pérdida. Esta creencia fomentaba la no expresión explícita del dolor por la muerte del padre en Elisa al anticipar la indiferencia y distancia de su madre y hermano menor.

Este desvelamiento de las dinámicas de su familia facilitó que Elisa comprendiera su intensa impotencia de no poder ayudar a su madre, y, a la vez, de no

permitirse sentir su tristeza. Pero también adquirió conciencia de que el sentimiento de impotencia se manifestaba en narraciones de “sentirse sin brújula” cuando se miraba a sí misma y emergía un sentido de estar sin guía en la vida.

Elisa fue consiguiendo dar un uso generativo a la información que iba apareciendo en su conciencia unida a una mayor flexibilidad cognitiva al poder verse alternadamente “desde fuera” y “desde dentro” en las escenas (técnica de la moviola), unido a verbalizar su sentimiento de impotencia diferenciando su personal experiencia de lo “esperado” y “pensado” por su familia, y tuvo como consecuencia que la estrategia de afrontamiento fuera cambiando gradualmente en su familia. Elisa logró hablar de su dolor abiertamente con la familia y tolerar su temor a ser criticada, aspecto que no ocurrió y que desencadenó, sobre todo en su madre, la expresión de su intenso dolor y de apoyarse mutuamente.

Se sugirió, una vez ocurrida la apertura emocional, que todos juntos fueran al cementerio a dejar flores como una manera de abrir el camino hacia la cicatrización, puesto que al funeral sólo asistieron ella y su hermano. Esto ayudó a que Elisa disminuyera su sensación de impotencia al no ver la posibilidad de ayudar a su madre que estaba muy afectada, y que la tristeza en su familia se reconociera y se fuera compartiendo cada vez más, logrando un ambiente de mayor calidez y comprensión mutua, refutando en la cotidianidad que manifestar dolor “es malo en sí mismo”. Ello tuvo un efecto terapéutico significativo al comprender que compartir dolor (abrirse a los sentimientos) es parte de un proceso sanador y también saludable en las relaciones interpersonales.

De la misma manera, el logro gradual de flexibilidad cognitiva y descentramiento permitió una reorganización de su imagen consciente, de la imagen del padre y de su historia familiar que seguía siendo “escrita”. Toda la “información nueva” que emergió en la conciencia de Elisa le permitió mejorar su propio conocimiento de sus estrategias relacionales y apreciar su historia familiar no únicamente centrada en el logro de una imagen de familia “en que todo marcha de maravilla”. En este sentido, hubo una apertura significativa a manifestar y explorar cada vez con mayor motivación la vergüenza y culpa que sentía con su padre y a develar su personal significado de haber “fallado”. Una reformulación que se hizo para entrar en su culpa fue del tipo: “Una manera de recuperar a tu padre ahora, es sentir a tu padre “como juez” en tu imaginación, y ello te da un sentido de ti misma negativo pero estable. Es una manera de recuperar al guía que ya no está, y nada se puede hacer por cambiar la situación”. Esto tuvo un efecto terapéutico, hacerla conectar con sus necesidades afectivas y no ver el fallecimiento de su padre solamente como un tema conceptual-religioso. Así, el malestar que era un conjunto de emociones poco comprendidas y reconocidas como extrañas, posteriormente se transformó en conocimiento personal al percatarse de que su “fracaso moral” era producto de no haber alcanzado el resultado buscado de casarse. Hubo una toma de conciencia del complacer al otro como estrategia estereotipada y empezó un aprendizaje de usar sus

capacidades de “lectora de mente” para coordinarse con los demás. Se produjo una apertura emocional significativa y el consiguiente procesamiento de las emociones y sensaciones “extrañas” en una verdad narrativa no centrada en la distorsión y omisión de información afectiva.

Finalmente, el proceso de duelo y el bienestar psicológico logrado por Elisa implicó un reconocimiento gradual de su experiencia informacional omitida y distorsionada en su verdad narrativa, que le magnificaba un sentido de inferioridad (dinámicas afectivas / cognitivas) y complicaba el procesamiento del duelo. Al develar esto gradualmente, se pudo iniciar el proceso de asimilación y acomodación de las nuevas tonalidades emocionales como la tristeza y significados relacionados surgidos como reacción a la pérdida y a su sentido de sí misma desdibujado, que apareció y creció por la ruptura con su novio. La *recolocación emocional de su padre fallecido* se logró a medida que pudo abrirse a la tristeza y al procesamiento narrativo de aceptar lo irreversible emocionalmente. Se consideró suficientemente logrado una vez Elisa empezó a hablar de su padre en pasado, activarse emocionalmente cada vez menos, todo ello acompañado de la emergencia de un sentido de serenidad. Todo este proceso permitió que se reorganizara el dolor en un sentido de continuidad narrativo basado en la aceptación de la pérdida, llegando a comprender que las pérdidas de los seres queridos son categorías experienciales y no castigos por comportamientos, logrando recolocar emocionalmente a su padre fallecido y continuar con su vida al aceptar la imposibilidad de cambiar la situación.

## **LA INTERVENCIÓN EN UN CONTEXTO DE AUTO OBSERVACIÓN: RESULTADOS**

En Elisa, a medida que iba aumentando la exposición de su “mundo privado” en sesión y fuera del encuadre terapéutico, se corroboró un creciente compromiso y tolerancia a expresar su malestar y reconocer la fenomenología de sus emociones en la relación terapéutica. Se generó una relación sentida como segura que facilitó explorar la dinámica de afectos negativos y expresarlos con precisión; cada vez se fueron expresando con mayor frecuencia e intensidad ligados a “escenas críticas” en torno a su sentido de inferioridad como núcleo generador de sentirse sin futuro, perdida y despreciada. Se procedió a facilitar la autoexploración, reconocimiento y valoración de su “experiencia sentida” diferenciándola de su búsqueda de aprobación como eje articulador para ayudar a una reorganización de significado. En este sentido, la autoobservación guiada y los escritos narrativos entre sesiones ayudaron a una mejor focalización de la atención en la información omitida y distorsionada que otorgaban sus emociones (perfil emocional inhibido) y que no consideraba en su verdad narrativa. Básicamente, el efecto terapéutico fue comprender experiencialmente que sus procesos cognitivos estaban en función de corresponder con expectativas y sentirse aprobada. El efecto fue que sus explicaciones ahora consideraran más su propia experiencia, y logró salir del círculo vicioso de estar

correspondiendo a las expectativas de los otros estereotipadamente.

La construcción y logro de una relación terapéutica segura, empática y comprensiva desde la que Elisa pudiera reconocer, sentir, expresar y explorar el “contacto con su dolor interior” sin confirmar su expectativa de rechazo en una relación real fue terapéutico en sí mismo. Gradualmente tomó conciencia de que su “dolor interior” estaba asociado a la pérdida de su figura de referencia que era su guía, facilitado por el hecho que se fuera expresando sin que ocurriera el rechazo que ella anticipaba, producto de su historia familiar, en que las expresiones de los afectos negativos eran castigados con indiferencia y distancia emocional. Elisa mostraba un tipo de estilo de apego “evitante” con predominio de estrategia complaciente e inhibida (Crittenden, 1995, 2000), lo que se corroboró al hacer las revisiones de las secuencias de escenas implícitas en las relaciones con el padre, y también en cómo se mostraba en sesión al presentar dificultades en reconocer sus emociones y dar preponderancia a la información cognitiva (anticipaciones de la imaginación en qué hacer para corresponder), con déficit cognitivo de descentramiento. La actitud permanente del terapeuta para que Elisa identificara la emoción sentida físicamente y el estado psicológico asociado, que se expresara emocionalmente y no sólo cognitivamente, permitió generar un camino para revisar sus experiencias, pasando de coordenadas de significado externo a interno, y además se logró de manera conjunta facilitar la simbolización de la información contenida en sus escenas poniendo énfasis en las fuentes de información que no se consideraban en función de “hacer lo correcto socialmente y valóricamente” (“expectativas interiorizadas del padre”).

También se trabajó en la identificación de combinaciones de emociones (perfil emocional) y estados contradictorios de sentimientos como orgullo y vergüenza. El lograr que aprendiera a dejarse sentir y diferenciar sus emociones y a observar cómo sus expectativas se ensamblaban con la inhibición emocional fue muy importante para conseguir un nuevo bienestar. El hecho de que reconociera y explorara la dinámica vergüenza-orgullo y autoestima, reconociendo y nombrando verbalmente, diferenciando las consecuencias de la información reconocida en su sentido personal con déficit de descentramiento, le ayudó a conocer con mayor precisión su estrategia personal de corresponder a las expectativas de los demás de forma estereotipada, y el papel que jugaba en su dominio emocional la vergüenza que era una dimensión de significado que permitía reorganizar su malestar psicológico. En tal sentido, los episodios de malestar mostraban el aspecto nuclear de un marcado sentido de inferioridad (Tomkins, 1962, 1963) acompañado de autodesprecio por infracciones morales, aspecto que Elisa atribuía a no haber podido manejar sus propios impulsos y que comprendió que obedeció a la expectativa del resultado de casarse. Asimismo, se evidenciaron los episodios de culpa por haber transgredido la moral, cuyo contenido era haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales y no haber logrado casarse, aspecto que era deseado y esperado en la imaginación, lo

cual significaba para ella un rotundo fracaso personal y desprecio de su padre.

De igual manera, la tristeza contenida estaba centrada en la pérdida de su padre y se logró reorganizar al aceptar que no había posibilidad alguna de recuperar lo perdido y a medida que desaparecía su conciencia de fallo moral al poder descentrarse. Lo más importante fue que, una vez develado el sentido de inferioridad, se pudo empezar a procesar el duelo y salir de la impotencia.

El trabajar en las dos temáticas interconectadas y facilitar gradualmente la comprensión de su manera de funcionar en su relación con el padre (vergüenza-orgullo) y en su relación con su novio (impotencia- tristeza; culpa –desprecio -humillación) facilitó que Elisa pudiera reconocer y verbalizar en sesión emociones que nunca se permitía identificar, explorar y expresar, e incluso inhibía haciendo ejercicio físico cuando sentía malestar; y esto en sí tuvo un efecto terapéutico de aumento de conocimiento de sus dinámicas afectivo / cognitivas involucradas en su sentido de identidad, con la identificación y conciencia de su estrategia complaciente. Aprendió a reconocer y diferenciar sus emociones, y utilizar sus propias expectativas, deseos e intenciones para coordinarse interpersonalmente; descubrió que las relaciones no eran “olimpiadas para conseguir la medalla de oro” y que el buscar permanentemente el reflejo de la perfección la agotaba y tensaba. El no seguir focalizada en complacer para lograr verse siempre de una manera perfecta y adecuada en sus relaciones interpersonales fue un elemento informacional que surgió en su conciencia y que tuvo un efecto esencial en su cambio personal al impactar su verdad narrativa, al estar ahora más centrada en su comprensión de sus omisiones de información emocional y dificultades de descentramiento cognitivo. Todo ello, le abrió un mundo nuevo en su manera de estar, al empezar a palpar la inmediatez de la experiencia y de las relaciones descentrada de los otros.

Por último, destacaré los resultados psicométricos para objetivar la sintomatología observada. A partir de la sesión decimocuarta se volvió a aplicar las dos pruebas psicológicas (BDI y RSE) para controlar la sintomatología observada en un inicio. Los resultados se muestran en la figura 1.2:

EVALUACION	BDI	RSE
Medio 2: medio(14 sesión)	15 puntos	28 puntos

Figura 1.2. Resultados.

El BDI muestra una puntuación de 15 puntos, lo que indica una disminución de sintomatología depresiva, no obstante hay presencia de depresión leve al seguir las orientaciones de Beck. Es de destacar que la disminución de la puntuación se interpretó como una mejoría producto del mejor foco de atención en su experiencia y una mayor comprensión de su manera de funcionar y procesamiento del duelo.

La escala de autoestima de Rosenberg (RSE), confirmaba la temática de sentir

haber “fallado y traicionado a su padre”. En la segunda evaluación, alcanza una puntuación de 28 puntos (autoestima levemente afectada). Hay un cambio significativo en los ítems referidos a la primera evaluación y se aprecia una mejoría significativa, que alude a un sentimiento general de mayor aceptación de sí misma y a una disminución del sentimiento de culpa y vergüenza como consecuencia de una mejor diferenciación, flexibilidad cognitiva y regulación emocional.

En la tercera evaluación (sesión 24), ambas pruebas se volvieron a aplicar para controlar el bienestar psicológico logrado a partir de la sesión 18-19. Los resultados (véase figura 1.3) muestran remisión total de síntomas depresivos y una autoestima ajustada y adaptativa.

EVALUACION	BDI	RSE
Momento 3: final (24 sesión)	0 puntos	35 puntos

Figura 1.3. Resultados.

Finalmente, en la sesión de seguimiento se aplicaron nuevamente los instrumentos, pero se apreciaba ausencia de indicadores de deterioro del bienestar psicológico logrado. Los resultados psicométricos del proceso terapéutico en su conjunto se muestran en la figura 1.4:

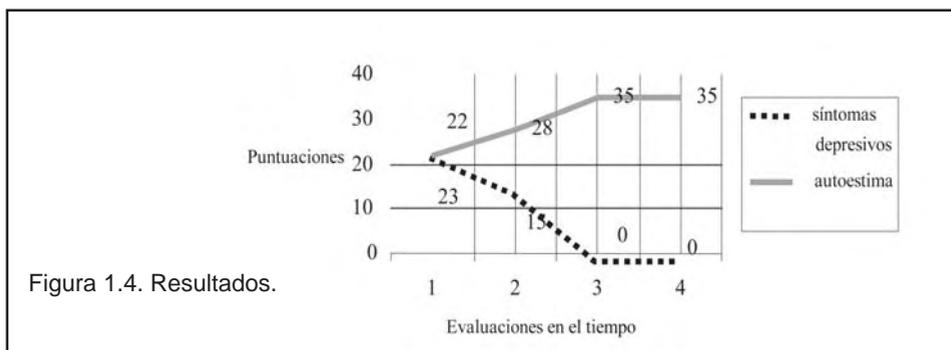


Figura 1.4. Resultados.

## RECAPITULACIÓN

La temática nuclear identificada en Elisa, que daba forma a su sentido de discontinuidad narrativa al momento de solicitar ayuda psicoterapéutica, era “haber fallado a su padre” por haber mantenido relaciones sexuales prematrimoniales y no lograr cumplir la expectativa de casarse, aspecto que era fuente de un intenso sentido de vergüenza moral. El tema de la pérdida de su padre (vivenciado como “pérdida de guía”), hipotéticamente había adquirido un efecto de discontinuidad narrativa en su identidad personal vivida como “fallo moral”.

Se orientó el trabajo de intervención psicoterapéutica en que la ausencia del

resultado esperado (“casarse”) era el núcleo que configuraba su significado personal descompensado. En este sentido, el eje temático de orientación para la intervención clínica fue lograr una creciente conciencia de su estilo de predominio de información cognitiva y estrategia estereotipada de corresponder a las expectativas de los demás como manera de organizarse idiosincrásicamente.

En el proceso de intervención se generó un significativo aumento de comprensión en Elisa del significado de sus vivencias actuales, poniendo el foco de exploración (autoobservación) en sus inhibiciones emocionales y el predominio cognitivo para organizar su visión de sí misma y del mundo, revelándose como manera estereotipada de generar predicción, regulación emocional y verse a sí misma aprobada, aceptada y centro de atención. Igualmente, se logró una revisión de los modelos representacionales del padre, consiguiendo una narrativa más íntegra y coherente de la relación con su padre al develar una imagen más ajustada y acorde a la historia relacional de ambos.

Especialmente significativo para el cambio terapéutico fue el logro de una comprensión vivencial de que su sentido de vergüenza magnificado era una consecuencia de las dificultades para diferenciarse psicológicamente de su padre en su ciclo vital. Ello hizo posible el proceso de reorganización de significado, a partir de la comprensión de su manera de funcionar (organización de significado personal: su manera de generar conocimiento) consigo misma y en sus relaciones interpersonales llegando a generar nuevas auto-integraciones de su propia información vivencial develada, antes omitida o distorsionada, y reorganizarla en una nueva verdad narrativa de mayor coherencia y flexibilidad. Todo ello desembocó en la asimilación y acomodación gradual de los sectores de su experiencia dolorosa más sobresalientes: vergüenza y culpa. Específicamente, en su realidad personal narrativizada se logró reorganizar la pérdida “afectiva doble” en una secuencia narrada de un inicio, desarrollo y final resolutivo que le permitió alcanzar una mayor representación de su propia mente y la ajena. Igualmente, se consiguió que obtuviera información y significado psicológico de su experiencia que en principio solamente reconocía como sufrimiento (síntoma y signos) y que ahora era información sobre sí misma y su manera de relacionarse, y que tal descubrimiento lo conectara y articulara en su red de significado representacional (trama narrativa), otorgando a sus emociones, cogniciones, pulsiones y normas culturales (internalizadas) un “espacio informacional más equilibrado” en su coherencia de identidad en formato narrativo (narración más íntegra y coherente).

Se finalizó el proceso terapéutico una vez que Elisa alcanzó un equilibrado y estable balance cognitivo-afectivo. Empezó a centrarse en planes y metas sobre su carrera profesional, y en consolidar su nueva relación sentimental que la tenía motivada y con una emocionalidad regulada de predominio positiva (sorpresa, alegría y gozo) acompañada de ausencia de cogniciones disfuncionales, indicando el logro de una adecuada relación dialógica consigo misma que generaba auto-

comprensión experiencial, manteniendo una adecuada diferenciación, modulación de la sensibilidad al juicio y descentramiento de los otros. Prueba de ello era que desaparecieron las rumiaciones culpabilizadoras e imágenes de su padre “juez omnipotente” y también su sentido de inferioridad (vergüenza) y de humillación.

Finalmente, el proceso terapéutico duró siete meses y medio, con una frecuencia de una sesión semanal, y se consideró finalizada la terapia, de mutuo acuerdo, una vez logrado un bienestar psicológico estable a partir de la sesión 18-19 y mantenido hasta la sesión 29, que fue la última. Es de señalar que a partir de la sesión 25 se distanciaron las sesiones cada 15 días, y con posterioridad a la finalización de la terapia se hizo una sesión de seguimiento siete meses después, comprobándose que Elisa no había tenido recaídas y mantenía su bienestar psicológico.

---

*El presente artículo trata de un proceso psicoterapéutico de duelo y ruptura afectiva. Se organizó el contexto de comprensión e intervención desde un modelo de orientación cognitivo postracionalista. El eje articulador del proceso psicoterapéutico fue generar un contexto interpersonal que facilitara al cliente una gradual exploración experiencial a través del método de autoobservación (análisis de secuencia de escenas) con el propósito de obtener información de su experiencia que pudiera ser codificada narrativamente en un sentido de identidad continuo y coherente en función del bienestar psicológico.*

*Palabras clave: sí mismo, autoengaño, magnificación psicológica, dinámica emocional, formato narrativo, método de autoobservación, verdad narrativa.*

## Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1995). *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- BECK, A.T.; STEER, R.A. & GARBIN, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- BRUNER, J. & KALMAR, D. (1998). Narrative and metanarrative in the construction of Self. In M. Ferrari, R. Sternberg (Eds.), *Self-awareness*. New York: Guilford Press.
- BRUNER, J. (1994). The remembered self. In U. Neisser & R. Fivush (Eds.), *The remembering self*. New York: Cambridge University Press.
- COLE, P., MICHEL, M., & TETI, L. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In N.A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral consideration. Monographs of the society for research in child development*, 59 (2-3, serial N° 240), 73-100.
- CRITTENDEN, P. (2001). Transformaciones en las relaciones de apego en la adolescencia: Adaptación frente a necesidad de psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 48, 33-62.
- CRITTENDEN, P. (2000). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 41, 67-82.
- CRITTENDEN, P. (1997) Toward an integrative theory of trauma: A dynamic-maturation approach. In D. Cicchetti and S. Toth (Eds.), *The Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol. 10. Risk, trauma, and mental processes* (pp. 34-84). Rochester: University of Rochester Press.
- CRITTENDEN, P. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir and J. Kerr (Eds.), *John*

- Bowby's *Attachment theory: Historical, clinical and social significance* (pp. 367-406). New York: The analytic Press.
- GUIDANO, V.F. & QUIÑONES, A.T. (2001). *El modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- GUIDANO, V.F. (1999). Psicoterapia: Aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva postracionalista. *Revista de psicoterapia*, 37, 95-105.
- GUIDANO, V.F. (1998). La autoobservación en la psicoterapia constructivista. En A. Neimeyer & M. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V.F. (1997). El estado de la cuestión en la terapia cognitiva postracionalista. En I. Caro (Comps.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V.F. (1994). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V., & DODET, M. (1993). Terapia cognitiva sistemico-processuale della copia. *Psicobiettivo*, 13, 29-41.
- GUIDANO, V.F. (1991). Affective change events in a cognitive therapy system approach. In J. Safran & L. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- HARRIS, P. (2000). Understanding emotion. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press, Second Editions.
- KAUFMAN, G. (1989). *The psychology of shame*. New York: Springer.
- IZARD, C & ACKERMAN, B. (2000). Motivacional, organizational, and regulatory functions of discrete emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions. New York: Guilford Press, Second Editions*.
- LEVINSON, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3-13.
- LEWIS, M. (1994). Myself and Me. In S. Taylor Parker; R.W. Mitchel and M.L. Boccia (Eds). *Self Awareness in animals and Human*. New York: Guilford Press, Second Editions.
- MCADAMS, D. (1999). Personal narratives and the life story. In Lawrence Pervin and Oliver Jones (Eds.), *Handbook of personality*. New York: Guilford Press.
- MCADAMS, D. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7, 295-321.
- NELSON, K. (1996). *Lenguaje in cognitive development. The emergence of mediate mind*. Cambridge, University Press.
- PARKES, C. (1987). Models of bereavement care. *Death studies*, 11, 257-261.
- PARKES, C. (1986). Evaluating of bereavement service. *Journal of preventive Psychiatry*, 1, 179-188.
- PARKES, C. (1980). Bereavement counselling: Does it work? *British Medical Journal*, 281, 3-6.
- QUIÑONES, A.T. (2001). Notas. En Quiñones, A. (Compilador), *El modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica*. Desclée De Brouwer.
- QUIÑONES, A.T. (2000). Organización de significado personal: una estructura hermenéutica global. *Revista de psicoterapia*, 41, 11-33.
- QUIÑONES, A.T. (1999). *Una propuesta cualitativa de análisis de proceso psicoterapéutico a través de atlas-ti: análisis y resultados de un caso clínico desde un modelo postracionalista*. Tesis, Universidad de Barcelona.
- RUTTER, M., & RUTTER, M. (1993). *Developing Minds: challenge and continuity across the life span*. Harmondsworth: Penguin Press.
- TOMKINS, S. (1962). *Affect, imagery, consciousness, Vol.1: The positive affects*. New York: Springer
- TOMKINS, S. (1963). *Affect, imagery, consciousness, Vol.2: The negative affects*. New York: Springer.
- TOMKINS, S. (1987). Script Theory. In Aronoff, A; Rabin, A & Zucker, A. (comps), *The emergence of personality*. New York: Springer.
- TOMKINS, S. (1991). *Affect, imagery, consciousness. Vol 3: Anger and fear*. New York: Springer.
- WORDEN, J. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.

# EL LENGUAJE SIMBÓLICO COMO MEDIADOR EN LA RELACIÓN Y PROCESO TERAPÉUTICOS: DEL SÍMBOLO A LA RELACIÓN.

María R. Ventosa Villagrà

*In this article therapy is considered as an interpersonal process that focuses on the exchange of meanings between patient and therapist. In the case presented here symbolic or analogical language is used as a means to facilitate interpersonal communication. Specially, dreams offer the possibility of sharing and elaborating experiences that otherwise can not be analyzed.*

*Key words: Dreams; symbolic language; therapy; interpersonal exchange; images*

---

## INTRODUCCIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Cuando los terapeutas conductuales más ortodoxos, como Wolpe o Cautela, empezaron a utilizar la imaginación (imágenes, fantasías, recuerdos) en su práctica de la terapia conductual, ellos probablemente “no imaginaron” que estaban poniendo en escena a un protagonista inexcusablemente olvidado, *los procesos cognitivo-afectivos* mediadores entre el entorno y la conducta del individuo. En aquel tiempo, la fantasía y las imágenes se utilizaban meramente para realizar procesos de descondicionamiento o desensibilización, sin “imaginar” que este nuevo instrumento en la terapia acabaría convirtiéndose en el “personaje” o elemento esencial para comprender y modificar la relación del individuo con su entorno en cualquier tipo de intervención terapéutica.

Una de las principales hipótesis de la terapia cognitiva, tal como Ellis la formuló finalmente en su “*Rational Emotive Therapy*” (1977), hace referencia directa a la imaginación y la fantasía, y sostiene que *los pensamientos* no son solo auto-enunciados, palabras o frases (“diálogo interno”), sino que *también son imágenes, fantasías y otras clases de representaciones pictóricas o gráficas*. Las hipótesis cognitivas introducidas por Ellis en 1962 fueron posteriormente aceptadas, reformuladas y desarrolladas por otros muchos terapeutas, como Beck (1976), Meichembaum (1977), D’Zurilla y Goldfried (1971), Goldfried y Davidson (1976),

Mahoney y Lazarus, entre otros.

Los procesos cognitivos, tales como la percepción, la evaluación, la denominación o “etiquetado”, la interpretación, la representación simbólica y la imaginación, adquieren a partir de entonces un valor y una utilidad nuevos. Estos procesos son entendidos como factores mediadores entre el ambiente y la conducta particular de un individuo. El *énfasis* que las técnicas de terapia conductual ponían en los eventos o estímulos ambientales como antecedentes y consecuencias de la conducta, se centra ahora en *cómo una persona percibe, evalúa y organiza en imágenes y significados* estos estímulos mediante su particular sistema cognitivo.

En el caso que se presenta, el diálogo (“*self-talk*”) en voz alta y el relato de los sueños funcionaron para el cliente como un elemento cognitivo analógico (decisivo, según la apreciación del paciente, para su cambio personal), mediando a través de la relación terapéutica, entre su mundo interno y el entorno, permitiéndole construir una realidad diferente. A través de un *diálogo personal* consigo mismo y con la terapeuta, y utilizando un *lenguaje subjetivo*, que incluye las *imágenes y símbolos oníricos*, irá descubriendo nuevos significados y llevando a cabo la construcción de una identidad adulta y un yo autónomo que le permitirán, paso a paso, ir acercándose a los otros sin temor para, finalmente, conseguir integrar sus sentimientos de forma responsable en una adaptación satisfactoria.

El lenguaje del pensamiento onírico comparte con los mitos y, en ciertos aspectos, con el pensamiento delirante, el carácter simbólico. Las imágenes cobran especial intensidad, y las categorías de tiempo y espacio, que limitan nuestra actividad cotidiana, pierden su poder estructurante.

El lenguaje simbólico de los sueños, citando a Fromm (1971): “... es un lenguaje en el que las experiencias internas, los sentimientos y los pensamientos son expresados como si fueran experiencias sensoriales, acontecimientos del mundo exterior... , con una lógica distinta a la lógica convencional, una lógica en la que el tiempo y el espacio no son las categorías dominantes, sino la intensidad y la asociación”. En el sueño:

*“Abrimos la puerta a un depósito de experiencias y recuerdos.... A pesar de las extrañas características de las representaciones oníricas, las experimentamos como algo muy real”.*

Fromm estudió el tema desde la antropología, incluyendo los mitos, hasta la psicología. Desde esta perspectiva, el lenguaje simbólico sería el único lenguaje universal, igual para todas las culturas a través de la historia, con una gramática y sintaxis propias. A pesar de ello, el hombre moderno parece haber olvidado la importancia de este lenguaje cuando está despierto. El lenguaje simbólico ha sido relegado y sustituido por un lenguaje eminentemente pragmático, que simplifica y hace difícil la expresión de emociones y sentimientos. Por ejemplo, tenemos un vocablo para cada tipo de automóvil, pero solo disponemos de la palabra amor para expresar las distintas clases de sensaciones afectivas.

En las primeras décadas del siglo XX, tanto las investigaciones de los antropólogos, como J.J. Bachofen, como el psicoanálisis freudiano produjeron un cambio de actitud hacia los mitos y los sueños. Después de limitarse a utilizarlos como un instrumento analítico para ayudar a los neuróticos en la comprensión de sus conflictos, Freud profundizó en el estudio de los *sueños como fenómeno humano universal, común a sanos y enfermos*, no esencialmente diferentes de los mitos y los cuentos.

La historia de la interpretación de los sueños comienza, en un estadio primitivo del desarrollo de la conciencia, con los intentos de entender su significado, no como un fenómeno psicológico, sino como verdaderas experiencias del alma, o como voces de espíritus o fantasmas, que recuerdan a las ideas e interpretaciones delirantes de la experiencia psicótica. En las culturas orientales, se atribuía a los sueños una función pronosticadora, como el sueño del faraón interpretado por José en la Biblia. Curiosamente, en las culturas indias y griegas, esta función pronosticadora se dirigía especialmente a diagnosticar las enfermedades. La interpretación psicológica de los sueños, en contraste con las interpretaciones animista y pronosticadora (próximas a la interpretación delirante), que los consideran hechos reales o mensajes de fuerzas exteriores al hombre, trata de entender los sueños como manifestaciones de la mente y la experiencia del soñante.

El universo de las palabras (2º. sistema de señales), que abarca, además del lenguaje oral y escrito, los pensamientos y diálogos internos recibe la atención central de los terapeutas cognitivos, mientras que el vasto mundo del lenguaje analógico, las imágenes y la fantasía, en el que podemos incluir las representaciones mentales del durmiente, sigue siendo en general ignorado por los autores que centran su atención en el universo cognitivo, a pesar de ser probablemente el principal elemento mediador entre las emociones y sentimientos y los procesos cognitivos de la persona.

En el lenguaje común, encontramos frecuentemente la dificultad de describir con palabras un sensación gustativa o de explicar un estado de ánimo en que, por ejemplo, nos sentimos perdidos, cansados o confusos. En cambio, en el sueño, una escena o escenas pueden representar figuradamente ese estado con toda la intensidad y complejidad con que nosotros lo habíamos experimentado sin poder describirlo, facilitándonos así su comprensión o “*insight*”. Por ello, los sueños son un claro exponente de la complejidad de nuestra experiencia o vivencia interna del mundo, de los otros y del propio yo, una maqueta de cómo organizamos el complejo entramado de imágenes, sensaciones, emociones y significados en el contexto de una realidad interpersonal y cambiante.

Para Erich Fromm, los temas e imágenes de los sueños no son sólo expresión de nuestros temores o deseos irracionales, sino que también reflejan aspectos importantes de nuestra personalidad y nuestras metas en la vida. En su obra “El lenguaje olvidado”, Fromm (1971) introduce una perspectiva de la comprensión del

lenguaje simbólico que va más allá de la mera interpretación psicógena y psicodinámica, vinculándola a la necesidad del hombre de encontrar nuevas soluciones a sus problemas.

Esta nueva perspectiva que Fromm propone en la comprensión del lenguaje onírico, se aproxima a los intentos de re-estructuración y comprensión de significados que muchos autores cognitivos empiezan a introducir en su trabajo terapéutico con las representaciones y esquemas cognitivo-semánticos del paciente (Garety y col., 1999, 2000, 2001). En el caso que se presenta a continuación, los sueños son incorporados al trabajo terapéutico desde esta perspectiva frommiana, tomando en cuenta la necesidad que planteó el cliente tanto de comprender y de descubrir el significado de sus experiencias, como de encontrar soluciones alternativas.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO.**

Se presenta el caso de un joven de 26 años, que un año antes de iniciar la terapia había sufrido una crisis diagnosticada como episodio psicótico agudo con posible componente afectivo y que, al comenzar las sesiones, presentaba síntomas de tipo depresivo junto a una importante disfunción social. El interés que despertó en mí, como terapeuta, reside en dos cualidades que me sorprendieron en el transcurso de la terapia con este cliente: (a) la vinculación con la terapia desde la esfera cognitiva a través de la aparición espontánea de un diálogo personal (“*self-talk*”) en presencia de la terapeuta, y (b) la aparición espontánea de los sueños y representaciones oníricas del cliente incorporadas a este diálogo en el que se permite progresivamente participar a “el otro”-terapeuta-, primero como “observadora”, después como “guía” o “experta” y, finalmente, como colaboradora, con quien se comparten, redefinen y co-validan las experiencias pasadas y presentes y los proyectos futuros.

El proceso terapéutico que se describe se prolongó durante tres años y tres meses con sesiones quincenales de 45 minutos de duración y entrevistas familiares bimensuales o trimestrales. Actualmente, el cliente está en programa de seguimiento, al que se incorpora periódicamente su pareja.

### **Biografía**

El cliente, Germán, es el segundo y único hijo varón de los tres hijos de esta familia. Los padres son emigrantes del mismo lugar de origen y parecen estar muy vinculados a sus familias respectivas. Ambos pertenecen a familias numerosas que hubieron de separarse. Aunque gran parte de sus miembros no reside en Cataluña, se visitan con frecuencia, y mantienen una estrecha relación con los que residen aquí, especialmente con la familia materna.

Germán tuvo una infancia y desarrollo aparentemente normal, si bien era tímido y poco comunicativo fuera del entorno familiar. Recuerda haber tenido amigos y jugado con ellos en el colegio, pero no fuera de él. Cree que los compañeros le apreciaban y su rendimiento escolar era bueno. Desde pequeño tenía miedo a la

obscuridad y hasta el comienzo de la pubertad durmió con su hermana menor.

Germán vivió en un clima familiar de protección afectiva y relación intra-familiar intensa. En casa no tenía problemas de comunicación. El padre, siempre estuvo pendiente de los hijos, especialmente de éste. Le acompañaba a todas partes... La madre, protectora y sobre-implicada, con el crecimiento y progresiva independencia de las hijas, acostumbraba a recriminarle y expresar temores sobre su futuro.

Al comenzar la adolescencia, aparecen dificultades en la relación con los compañeros que, asociadas a su timidez y un retraso (real o percibido) en el desarrollo biológico, irán incrementando sus temores y complejos hasta el punto de decidir abandonar los estudios por sentirse incapaz de enfrentarse a la situación. En este momento se estanca el proceso de autonomía y evolución psico-social de Germán. Apegado a la familia, hermanas, padres y algunos miembros de la familia extensa, ésta le ofrece su protección, mermando aún más sus recursos personales y escasa autonomía. “Atrapado” en un mundo de relaciones infantiles, experimentará cada vez mayor dificultad para relacionarse con los otros, a los que ve desde su posición “inferior” (sentimiento de inferioridad) como potencialmente amenazantes o desaprobadores. A consecuencia de estos complejos, aumenta su miedo a hablar con la gente, lo cual le produce cada vez mayor tensión por temor a ser rechazado, llegando a evitar de forma activa la relación con los otros. Pasa varios años (entre los 16 y los 20) “apegado” a su familia, sin más contactos externos que los compañeros de trabajo, con los que cada vez le resulta más difícil relacionarse. Vivía la situación laboral como “algo obligatorio”, necesario, que aguantaba estoicamente con un estado de ánimo cada vez más depresivo. A los 20-21 años inicia relación con una pareja, que parecía no ser del agrado de toda la familia. Esta nueva relación externa modificará las relaciones familiares, básicamente homeostáticas, y así surgirá el “embrollo” relacional y la confusión (según Germán refiere en terapia) que el cliente se sintió incapaz de clarificar y ordenar, y que abocaran en la crisis psicótica.

### **Síntomas clínicos**

Germán contacta en dos momentos clave con los servicios de salud mental: (1) Al comienzo de esta relación de pareja, realiza una consulta psicológica por dificultad en las relaciones sociales, acompañada de inquietud y estado de ánimo depresivo; refiere tensión e inseguridad en la relación con los otros y evita el contacto social con personas externas al núcleo familiar (tiempo libre, trabajo...); se diagnostica una fobia social. (2) Tras la ruptura sentimental con esta pareja, un año después, acude a un Servicio de Urgencias con un cuadro agudo de características psicóticas y componente afectivo-depresivo, siendo diagnosticado como un trastorno psicótico agudo. Presentaba ideas delirantes de perjuicio, posesión del pensa-

miento, con sentimientos de muerte y una intensa vivencia de angustia, de aproximadamente un mes de evolución, que remitió dos meses después de iniciar tratamiento farmacológico con neurolépticos. En cambio, los síntomas depresivos persistían aún cuando fue derivado, 17 meses después, a tratamiento psicológico. En este momento, se redujeron los neurolépticos y se inició tratamiento con antidepresivos.

### **Proceso terapéutico**

Se prolongó durante algo más de tres años. Para facilitar la exposición, podemos dividirlo artificialmente en cinco fases:

#### **1ª. Formación de una relación o alianza terapéutica con el cliente y la familia.**

Tras un contacto inicial con el paciente, en el que se evalúa su situación y nivel funcional actual (trabaja tres horas diarias, no sale con amigos, ni desarrolla ninguna otra actividad), se entra en contacto con la familia para valorar su visión del problema, las dificultades percibidas por cada uno de sus miembros, su situación relacional tras los cambios recientes, sus prioridades y necesidades básicas y sus posibilidades de colaboración. En las dos entrevistas familiares de evaluación, a las que asisten además de los padres y Germán las dos hermanas de éste, ya casadas e independientes, todos están de acuerdo en que Germán siempre tuvo dificultades para expresar sus sentimientos, era reservado y “callaba sus problemas”. La madre cree que su hijo ha tenido dificultad para “hacer el cambio de niño a hombre”, pero “no sabe por qué”. Los padres parecen tener buena relación con sus familias de origen y con sus hijos, pero difieren en sus perspectivas de futuro sobre quedarse en Cataluña o regresar al lugar de origen. Acostumbran a salir acompañados de los hijos o la familia extensa. La familia también difiere en la forma de ver la relación de Germán con su ex-pareja. La madre cree que “se hizo reacio con ellos”, que no estaba seguro y se sentía presionado. En cambio, la hermana mayor, que ya estaba fuera de casa, “le veía feliz con ella”. Como sucesos significativos del último año están la muerte de la abuela paterna, el matrimonio e independencia de la hermana menor y la ruptura de Germán con su pareja. La familia está claramente en el estadio de la independencia de los hijos y parece tener algunas dificultades en este proceso. Por otro lado, se trata de una familia con vínculos intensos, tanto en la familia nuclear como en la familia extensa, que pueden dificultar los procesos de individuación.

Durante las entrevistas familiares, Germán permaneció en silencio, sin intervenir en ningún momento y respondiendo con monosílabos. Coincidió con su familia en que le costaba relacionarse, pero curiosamente no quiso hacerlo en su presencia (¿inhibición o enfado?). Por ello, les propuse iniciar un psicoterapia individual con sesiones quincenales y mantener entrevistas familiares más espaciadas, cada dos o tres meses.

A pesar de que el silencio de Germán no auguraba una relación terapéutica

fácil, ya en la primera entrevista el cliente se mostró deseoso de hablar de sus temores infantiles, de sus complejos de adolescencia y de sus deseos actuales. Con la peculiaridad de que, en cierto modo, habla a un “otro impersonal” o “distante”, con el deseo de ser escuchado y comprendido, y la necesidad imperiosa de recibir ayuda, pero sin contacto afectivo aparente. Explica que las dificultades empezaron cuando “entró en casa” esta pareja y cree que a algunos miembros de su familia no les gustó. Él empezó a sentirse inseguro hasta notarse “enfermo” y dejó la relación. Confiesa que fue duro porque “se sintió solo” y “tuvo que empezar de cero”. Esto ocurrió un año antes de la crisis. Durante este tiempo estuvo deprimido, cada vez más aislado socialmente y trabajando menos horas.

En la segunda entrevista, Germán refiere la experiencia de la crisis como algo traumático y los temores asociados a ella, especialmente los relativos a las expectativas negativas de la madre sobre sus posibilidades de autonomía en el futuro.

Objetivos paralelos, formando parte de la terapia global, fueron: (1) facilitar el desarrollo de habilidades sociales, mediante su participación en un grupo, donde solo permanece tres meses; y (2) conseguir la reinserción socio-laboral trabajando la orientación y motivación profesional en colaboración con los profesionales de un recurso específico de reinserción.

Aproximadamente a los 5 o 6 meses, Germán experimenta una clara mejoría y un primer cambio, a la vez que se consolida la relación terapéutica. Se siente más tranquilo y seguro de sí mismo (por ejemplo, al conducir su coche), sin cavilaciones ni preocupaciones por el futuro, vive más en el presente. Se encuentra más animado, motivado para trabajar, toma iniciativas, interesado en formar círculo de amistades, inicia relación amistosa con una joven de su edad. Explica a la terapeuta, en relación a los sucesos significativos de los 2 ó 3 últimos años –incluyendo las dificultades con su familia y su ex pareja, que no tenía a nadie a quien “explicar sus cosas como un adulto” porque cree que en casa le trataban como a un niño. Germán tampoco tenía un círculo social fuera de la familia -recordemos que desde la adolescencia se había ido alejando cada vez más de los otros. Por primera vez, **se personaliza la relación terapéutica**, definiendo al otro como “aliado” y “confidente”.

Ante estos cambios, la familia reacciona con temor a la desestabilización del sistema y responde con control e hiper-vigilancia. Se trata de tranquilizarles y que Germán aprenda a negociar con ellos como adulto. Germán aún no se siente capaz de hablar directamente con sus padres y se encuentra más tranquilo cuando está fuera de casa. Todavía utiliza estrategias infantiles y juegos inapropiados para tomar distancia de ellos.

## 2ª. El lenguaje simbólico: los sueños

Dos meses después, en la 10ª. entrevista individual, la relación terapéutica ya está firmemente establecida. El cliente empieza a expresar abiertamente sus temores

infantiles respecto a las figuras parentales y habla por primera vez de sus sueños en los que expresa sentimientos de enfado. Se ve agresivo con su familia porque no le dejan salir o hacer algo y se sorprende de contestarles de esta forma. Habla de la relación con la chica que ha conocido y “*trae escritos*” sus sueños compartiéndolos con la terapeuta. Se trata de una serie de cuatro sueños en los que Germán se enfrenta a sus temores de desligarse de la relación afectiva dependiente y empieza a actuar por sí mismo, tomando el control de un afrontamiento autónomo. En el sueño principal aparece el elemento simbólico de “el tren que pasa”- el viaje, la evolución, que se repetirá en el transcurso del proceso marcando etapas significativas.

*“Espera en el andén con el hermano de un amigo. Este cae a la vía, Germán se agacha para ayudarlo y le coge de la mano; el tren se acerca a gran velocidad y piensa “o le suelto y se muere él, o sino nos morimos los dos”. Decide soltarle y el otro muere. Se siente tranquilo porque no ha podido hacer otra cosa; aun así, el tren le ha rozado y arrojado sobre el suelo del andén. Entonces se siente mal; uno de sus tíos le ayuda diciéndole que el ha hecho lo que ha podido. En principio, RENFE no le cree hasta que comprueban en la cinta de las cámaras de video que dice la verdad”.*

Tras explicar este sueño, hace referencia a sueños y experiencias pseudoalucinatorias con espíritus, al intentar dormir, cuando empezó con la depresión hace dos años y como se iba asustado a refugiarse en el cuarto de su madre. En este mismo sentido de recuperar el control de sí mismo y de su vida, poco tiempo después, sueña frecuentemente con su coche, que no lo coge durante días y está lleno de polvo o helado, que se da un golpe, etc. Su tío le dice que lo va a vender por un dinero y él sabe que vale más. Finalmente, se decide a conducirlo “voy a intentar moverlo”.

Aproximadamente a los 10-11 meses, tras conseguir una estabilidad laboral, negocia con sus padres sobre sus horarios, etc. y afronta los sentimientos de inferioridad e inseguridad que le produce el hecho de cuestionarse la relación con esta pareja.

*Sueña que estaban haciendo una tarea manual en **el trabajo** y él hizo un plato de macarrones; **la profesora** le dijo que estaba bien, pero, de pronto, ya no tenía los macarrones sino un paquete de arroz; y la **maestra** se metió con su personalidad y su carácter: “tu no vas a llegar lejos en tu vida”.*

En este sueño, la decepción de esta relación y la decisión de terminar con ella, le enfrenta al temor de no ser capaz de conseguir afecto por sí mismo y a la relación primaria dependiente de las figuras femeninas, investidas para él del poder de confirmar, dar afecto y calmar temores, con el riesgo de depender nuevamente de ellas.

Al final del primer año, justamente a los doce meses de iniciar la terapia, Germán se siente muy cambiado y empieza a afrontar los sentimientos negativos ambivalentes hacia su familia. Explora y revisa sus relaciones familiares, incluidas las de sus padres y la abuela y el papel que él ha podido desempeñar en ellas

(triangulación), a través de un sueño familiar que no reproducimos por respeto a su intimidad y del que citamos solo una frase “*como si yo tuviera que dar la cara por ellos*”. Afronta resentimientos infantiles por conflictos familiares que presenció, sin comprender, y le ocasionaron mucho sufrimiento. Recuerda que “de pequeño lloraba mucho” y “sentía rabia por dentro”. Rabia e impotencia que pudieron generar sentimientos de desconfianza e inseguridad frente a los otros. Tras afrontar estos sentimientos y percibir en sí mismo cambios importantes, Germán revisa y afronta con nuevos recursos la experiencia sufrida durante la crisis.

Esta nueva reflexión viene seguida de una serie de sueños asociados a su crecimiento emocional y al afrontamiento de los sentimientos infantiles hacia las figuras parentales. Al primer sueño de “muerte infantil” (en el que se ve como niño desvalido en las rodillas de su madre, con vivencias de angustia relacionadas con su alergia al gluten), le sucede un sueño en el que se ve como adulto, relacionado con el trabajo (en él produce comida, bocadillos, etc., en lugar de piezas). Este sueño asocia su destreza y competencia en el nuevo trabajo con su nueva capacidad para conseguir (“fabricar”) por sí mismo el afecto (“comida”) de otros (amigos, pareja, compañeros...), que antes (“le daban”) encontraba solo en su madre y su familia. En el siguiente sueño, asocia los sentimientos agresivos hacia el padre con su enfermedad y el tratamiento:

*“Presentía que iban a matar a su padre, por la noche, y se levantó para protegerle...; le llevaron al psicólogo porque le decían que tenía ideas raras... No le querían atender porque tenían mucha gente... Finalmente, le atendió un profesional y le dijo que tenía que subirle la medicación porque otra vez tenía “ideas raras””.*

Tras explicar este sueño, habla de los sentimientos negativos hacia su padre por las diferencias de carácter (“te corta”, “se enfada por cualquier cosa”, “no acepta una broma”), auto-afirmándose de este modo a través de las diferencias. Expresa su malestar por tratarle todavía como a un niño, pretendiendo acompañarle a todas partes, y verbaliza resentimientos infantiles. Le expresa su enfado por la falta de reconocimiento como adulto, y empieza a poner límites en la relación con el padre. El comentario al final de esta entrevista: “me he dado cuenta de que tenía que cambiar y he cambiado yo solo”, pone de relieve su proceso de autonomía.

A partir de este momento, ya no volverá a salir solo, como hacía antes, siempre le llaman amigos, amplía el círculo de relaciones sociales e inicia la relación con su actual pareja. Se muestra gratamente “sorprendido”, está descubriendo nuevas facetas de sí mismo, su personalidad se desarrolla y se amplían sus recursos personales. Entusiasmado e interesado, comenta que “quiere hablar de sus sueños”. Hay un **paralelismo** evidente *entre los sueños y el auto-descubrimiento y construcción de su identidad o su “self”*. El hablar de ellos con la terapeuta le permite redefinir por sí mismo sus experiencias no sólo cognitiva sino afectivamente, gracias a la intensa carga emotiva de las imágenes y experiencias oníricas (Jung,

1970).

Después de afrontar el tema de los sentimientos ambivalentes y la autonomía de las figuras parentales, Germán se enfrenta en el sueño a las amenazas o peligros externos. Reaparecen los temores a una nueva crisis asociados a la relación con un compañero de trabajo en el contexto laboral, que es vivida de forma persecutoria y amenazante como un peligro que ha de afrontar (aparece en el sueño el símbolo del *lagarto*, que Germán asocia con “marrón” o “embrollo”) y que esta vez sí consigue superar (“*dio un manotazo al lagarto y se hizo pequeñito*”). En la realidad, poco después, fue capaz de enfrentarse al conflicto con el compañero de trabajo, aclarando la situación con su superior. No obstante, esta actitud de auto-afirmación viene acompañada de los temores que le asaltaban en el pasado con sus compañeros de colegio. En los sueños, intentará nuevamente refugiarse en su casa, pero ésta ya no aparece como el lugar seguro “donde poder encontrar la solución” adecuada, porque entonces “*se ve en casa enfermo, como subnormal, con babas*”, como cree que estuvo durante y tras la crisis, “*su padre le abrió la puerta y su madre comentó: “le queda poco tiempo de vida”*”. Entiende que la solución no está aquí, que ha de encontrarla el mismo.

### **3ª. Fase: proceso personal de autonomía y búsqueda de soluciones.**

Tras el último sueño, expresa sus temores a estar más enfermo de lo que estuvo y volver a experimentar “aquellas terribles sensaciones de muerte”. Intuye que en ese mundo de protección infantil, su “yo” se hace tan pequeño que corre el riesgo de “desaparecer”. Revisa la experiencia de la crisis desde su “yo actual” más fuerte, sus relaciones, sus logros y relativiza estos temores. Este último *sueño, en cierto modo preventivo*, mueve en él toda la dinámica interna del conflicto relacional previo a la crisis. Reflexiona sobre lo sucedido y va relativizándolo (“haciéndolo más pequeño”, como al lagarto) a medida que lo verbaliza desde su posición actual adulta. Habla de las difíciles relaciones con su hermana..., se queja del trato diferencial y sobreprotector de la madre..., de no haberse sentido apoyado... Piensa que “cuando te dicen a todo que no” (desconfirmación), acabas creyendo “serán imaginaciones mías” y dudando de lo que ves, sientes o piensas.

Transcurrido este primer año, consolida la relación con su nueva pareja e inicia una relación adulta, más positiva, con el padre a través del tema laboral. Los sueños, con su lenguaje simbólico, siguen permitiéndole experimentar de forma amortiguada sus temores intensos ante cualquier cambio, vivido como amenaza, ayudándole a prepararse para afrontarlo. La situación laboral, poco gratificante económica y profesionalmente, le lleva a plantearse la necesidad de un cambio de trabajo, pero todo cambio es vivido inicialmente como un peligro, en este caso a perder a su novia, con la que ya ha hecho proyectos de futuro. El hablar del sueño y entenderlo de otro modo le permitirá deshacer los temores infundados y reducir suficientemente el nivel de tensión o angustia para poder afrontar el problema externo del cambio

laboral de forma efectiva. El sueño del tren (la vida que pasa, el viaje) se repite en dos secuencias distintas en un intervalo de dos sesiones:

*“Está esperando a su novia que llega en tren o metro. Se acerca a la puerta para verla e intenta entrar, pero las puertas se cierran y él cae desmayado al andén. El tren se va. Los compañeros de trabajo le recogen y ese día no va a trabajar, sintiéndose mal por ello. Tiene la certeza de haber perdido a su novia”.*

Después de un corto viaje gratificante con su pareja, tras dos sesiones más, vuelve a explicar un sueño similar al anterior, con una variante importante, que dice “le preocupa”:

*“Está nuevamente esperando a su novia en la estación. Ella llega en el metro, pero no se baja. El le pide que lo haga...(en tono suplicante)”.(Experimenta tristeza).*

Sin acabar el relato, triste y pensativo, se pregunta y pregunta en voz alta dirigiéndose a la terapeuta: “¿Porqué no baja?”. En este caso, como en muchos otros sueños, aprovechamos el material onírico, no para hacer una interpretación analítica, sino una redefinición de la situación o del problema, intentando tener en cuenta el lenguaje simbólico personal y universal (paralelismo del símbolo del tren y del viaje con el proyecto de vida que desea y teme emprender). La terapeuta le responde que *“es él quien tiene que subir al tren de la vida, del futuro, que ella no puede descender a la posición en la que el está”* (esperando que el otro haga por él). La relación terapéutica queda claramente establecida a través del lenguaje simbólico y el diálogo interno que el paciente establece consigo mismo a través de sus sueños y del que hace partícipe a la terapeuta, situada en una posición de **“colaboradora experta”, “guía” o “acompañante” en este proceso**. En esta relación, la **comunicación va siempre de lo simbólico-emotivo a lo afectivo-relacional, de la imagen a la palabra, del sueño a la realidad**.

Se ve a sí mismo muy cambiado, lejos del chico tímido; plantea las dificultades que sus padres tienen para aceptarlo. En este momento crítico de cambio y acompañando la preocupación de Germán por la aceptación de sus padres, se realiza una entrevista familiar. La madre parece triste, deprimida, “cansada”; al padre se le ve más adaptado al cambio familiar: independencia de las hijas, y ahora de Germán, en el periodo de tres años. Se les apoya como pareja y como familia en este nuevo etapa que comporta nuevos roles –ya son abuelos. Se redefinen sus temores como algo normal “siempre miedo y angustia” de la madre antes de emanciparse los hijos.

En el lapso temporal del cambio del primer trabajo a uno nuevo, que encontrará por sí mismo, experimenta cambios notables de carácter, más abierto, bromista, feliz. En este intervalo, en que se encuentra desocupado, vuelven los sentimientos de inseguridad y los temores a recaer, sueña con frecuencia que vuelve a enfermar, con la misma obsesión de que su hermana le hiciera daño, “algún hechizo o magia”. Los temores cobraban vida y las cosas cotidianas se convertían en imágenes

amenazantes. Cuando enfermó también creía que su novia le había hechizado para enamorarle- “magia negra”. Parece que en realidad, esta chica le regalaba muñecos (“mi habitación parecía la de un niño pequeño”). Se ve a sí mismo comportándose como un niño y le molesta, ahora no lo entiende. Recuerda que empezó cogiendo miedo a la habitación, no dormía, presentía como si hubiera “algo”. Soñaba con espíritus. Ella le había llevado alguna vez a una vidente, quien le dijo que tenía “mal de ojo”. Se pregunta si es bueno volver sobre esto.

Comprender de otro modo las vivencias negativas de la crisis, despojarlas de la carga emocional traumática y del sentimiento de impotencia o imposibilidad de control, es parte de un largo proceso en el que intervienen las capacidades cognitivas del paciente (no el C.I., sino su capacidad de introspección e imaginación o visión interior), además de su entorno relacional primario y actual (con quién y cómo es la relación –segura vs. amenazante, etc.). En este sentido, se ha comprobado en repetidos estudios que una relación terapéutica estable es fundamental para predecir los resultados de la terapia (Rogers, C.R. y col., 1967; Frank, A. F. y Gunderson, J.G., 1990, etc.), pero el **lenguaje en que se construye y sustenta esta relación** es un elemento fundamental que merece nuestra especial atención. Podríamos esperar que cuanto más se construya con o se incorporen elementos del propio lenguaje del cliente, mayor será el reconocimiento, más eficaz será la terapia y los cambios conseguidos, que el cliente experimentará como logros propios.

Finalmente, refiere un sueño aclaratorio de la relación patológica con su ex pareja, con quien parece él no podía asumir un rol masculino ni autónomo “*me dejaba llevar de acá para allá*”-debido a la indiferenciación y dependencia del rol infantil que representaba.

*“Ve a su ex pareja duchándose desnuda, dotada de órgano sexual masculino por delante y femenino por detrás”*. Comenta que “*le chocó verle los dos sexos*”. Dudaba, reflexiona Germán, de su capacidad para asumir el rol masculino.

#### **4ª. Fase: sueños de identificación y crecimiento.**

Empieza a trabajar. La relación de pareja avanza con proyectos de vivir juntos. Ante su inmediata independencia, la madre actitud pesimista, temerosa, el padre actitud perfeccionista, exigente. En la entrevista familiar en la que volveremos a abordar las dificultades percibidas y sentimientos dolorosos asociados a la autonomía de Germán, éste pide abiertamente a sus padres “que le apoyen y le sepan entender” y expresa su deseo de “verles más felices a ellos”. Germán está aprendiendo a expresar sus sentimientos, incluso sus deseos infantiles, hacia sus padres como adulto. Hay un cambio de nivel en la posición en la relación con las figuras parentales. El padre irá dando, a veces con cierta dificultad, cada vez más apoyo al hijo y también a la esposa.

Poco después, Germán inicia un nuevo trabajo en el que se adapta bien a la tarea

y a la relación con los compañeros. La familia parece aceptar la relación con esta nueva pareja. Se le ve contento y animado; ya no tiene pesadillas. Un sueño con su sobrina refleja las sensaciones y sentimientos del yo infantil al que ahora puede mirar con la distancia de su yo actual adulto:

*“Su sobrina estaba encerrada en una bola pequeña, como un tapón... Era como si se ahogara y le llamara desesperadamente: “tito, tito, ayúdame, que me ahogo. Él fue..., rompió la bola”.*

A partir del contenido simbólico del sueño (imágenes, sensaciones o emociones, acciones...), se intenta construir un diálogo que permita la comprensión emocional y la redefinición cognitiva de la experiencia de su evolución personal. Él acepta que *“quizás se sintió así, encerrado”* por su timidez, por no tener amigos, no salir, estar siempre en casa, deprimido, hasta que la bola se hizo tan pequeña que lo asfixiaba y fue entonces cuando sobrevino la crisis. El sueño ofrece los símbolos que permiten construir una **metáfora terapéutica** de lo que ocurrió evolutivamente los años previos a la crisis, desde su adolescencia, y lo que puede hacer para evitarlo: *“De modo que tu crecías y tu mundo seguía siendo pequeño, como sucedía en el sueño a tu sobrina o en el cuento de Alicia, no cabías en ese mundo, te asfixiabas y creías morir, hasta que pudiste crecer y ayudarte a ti mismo, romper la bola, agrandando tu mundo y tu “yo” que ahora son bastante más amplios y más seguros”*. Germán responde *“Sí, muchísimo desde hace más de un año”*.

Después de este sueño de carácter evolutivo, relata dos sueños en los que se integra en esa evolución el círculo familiar y, especialmente, la figura del padre, intentando identificar el problema que impide el crecimiento y buscando soluciones. Transcribimos el segundo sueño, que recuerda vagamente, pero que tiene especial relevancia:

*“Veo un barco en el que iba con mi familia; estábamos encerrados; me acuerdo de mi padre. Había un peligro, una bomba o un incendio, y había que buscar la salida... (pensativo), una solución”.*

En este punto, el diálogo terapéutico continúa incluyendo los elementos simbólico-analógicos del sueño. Germán sabe que la terapeuta intentará descubrir con él “la solución”. Le pregunto por su padre y por cuál podría ser realmente el peligro en el que estaban. Germán recuerda que su padre estaba “encerrado” como él y tenían que buscar una solución para que “la bomba” no explotara y destruyera a la familia. Comenta que como su padre es “más bien serio” y “no le gustan las bromas”... La terapeuta continúa la reflexión: *“¿Quieres decir que es difícil la comunicación y entonces puede ser fácil aislarse ante la dificultad y no buscar soluciones?”*; Germán comenta que él también es cerrado y se aísla, y que a los dos les cuesta abrirse a los otros. Añade que le preocupa un poco su novia porque también le cuesta comunicarse. **Descubre que el peligro para él con su familia es la incomunicación y que la solución es aprender a comunicarse**. Pero ya no está solo en esta empresa familiar, se identifica con su padre, ambos se aíslan, y tienen

que buscar juntos la solución. El siguiente sueño es una continuación de estos descubrimientos:

*“Sueña que participa en un concurso televisivo “Gran Hermano” y le da vergüenza verse en T.V. Ve a su padre en la “tele” y es como si para él, hubiera sido el ganador. Le impresiona mucho verle; es como si hubiese descubierto “algo”, a otro hermano o una chica muy morena. Pensaba que era un engaño por parte del padre. Veía una foto suya de pequeño. Está en su casa y suena el teléfono. Es Anabel (su pareja, la chica morena)”*.

Tiene la impresión de “algo” oculto, que él desconocía. Empieza a descubrir, intuir y pensar en otros aspectos y facetas del padre, desconocidas para él hasta ahora, que el cree intuir y le reprocha le haya ocultado (reforzando la relación infantil en el pasado). Explica dos sueños más, en los que parece estar recuperando facetas de su vida y de sí mismo. Germán confirma este enriquecimiento y cambio personal, que ahora ya es corroborado por la familia : “yo lo noto”, “mi familia lo nota”.

La pareja quiere vivir juntos e inician búsqueda de piso. Hace varios meses que no tiene sueños de temor a nuevas crisis. No obstante, es este momento de cambio, trabajamos estrategias para prevenir aumento de tensión. Parece que no se siente suficientemente apoyado por los padres en los trámites bancarios, y en ésto no puede ayudarle la familia de su pareja, quien está sola en el país, sin medios económicos. Se inicia lentamente una crisis de pareja y se hace una convocatoria en terapia. Ella, poco comunicativa en la entrevista, recelosa o desconfiada, muy cerrada en sí misma; expresa el deseo de que Germán viaje con ella a su país para conocer a su familia..

A la espera de finalizar los trámites de la adquisición de vivienda, en el contexto de las dificultades para formalizar el contrato hipotecario y de la crisis con Anabel, vuelve a aparecer, por última vez, un sueño de angustia en el que revive las experiencias negativas del inicio de la enfermedad.

*“Se ve otra vez en casa, encerrado con su familia...., desorientado..., como si no supiera dónde está la carpintería de al lado o dónde vive su hermana..”. “Es como una persecución”. “Es como si en el sueño yo supiera cuál puede ser el problema y yo fuera buscando la solución..., como la película de una mente maravillosa”(comenta). “Como una agonía, un sufrimiento, y estoy buscando la solución a verme mal, “ido””*.

Germán continúa dialogando con la terapeuta , “es como si en el sueño supiera lo que tengo que hacer para salir , pero no lo hago”. Durante estos últimos cuatro años ha estado soñando con frecuencia con la enfermedad, especialmente en situaciones temidas o de cambio, cada vez con menos frecuencia, con nuevos elementos, perspectivas. Hacía cuatro meses que no soñaba con ello. Ahora busca la solución para él, para su familia (las ve relacionadas), y sabe que va a encontrarla, pero es un momento difícil, un paso que requiere responsabilidad y decisión de ambos miembros de la pareja. Ha aprendido estrategias para relativizar y reducir sus

temores (“hacerlos más chiquititos”, como al lagarto del sueño), pero su compañera no le está ayudando porque es ella quien entra en crisis es estos momentos, desarrollando un cuadro depresivo (que después explicará en terapia como consecuencia de un duelo patológico que venía sin resolver desde que dejó su país, tras la muerte del padre). Germán, que no entiende lo que ocurre (incomunicación), se siente decepcionado y empieza a distanciarse de Anabel, quien realmente necesita su ayuda. Aparecen comportamientos regresivos y evitadores y finalmente rompe la relación con Anabel. Ésta regresa a su país, tras la visita a un facultativo, quien recomienda la necesidad de ser cuidada por su familia.

Germán se siente mal por la crisis y la ruptura con su pareja. Le duele que ella haya tenido que marchar después de casi dos años de relación. Reflexiona sobre su dificultad para asumir el compromiso de una relación. Él hace crítica y lo explica como falta de madurez personal; cree que aún no tiene suficiente libertad para tomar decisiones propias y pone por delante la opinión o pauta evitadora de su familia, que se asusta e intenta apartarle del peligro potencial de la enfermedad de Anabel, en lugar de comunicarse e intentar resolver el problema. No obstante, Germán sigue adelante con su proyecto de independencia, ya tiene el piso y planifica irse a vivir en él.

### **5ª. Fase: Resolución. El viaje**

Tras la marcha de Anabel, en poco más de un mes, Germán realiza un proceso de autocritica y toma de conciencia de la situación. Empieza a valorar la relación que perdió y se plantea que *“es él quien tiene un problema con sus sentimientos”*, que *“le cuesta vivirlos”* y *“hacerse responsable de ellos”*. Triste y confundido..., llora. Cree que es inmaduro afectivamente y que tendría que haberla ayudado. Comunica a la terapeuta la decisión de ir a verla a su país y hablar con ella para aclarar la relación. Realiza los preparativos del viaje sin comunicarlo a su familia hasta que los tiene todo resuelto. Tendrá que viajar muchas horas, convivir durante 15 días con gente desconocida, en un país extranjero, nuevo para él.

Por fin, realizará un largo viaje para encontrarse con Anabel y volverá *“seguro de sus sentimientos”* con nuevos proyectos para el futuro inmediato. Este viaje representa una experiencia positiva de autonomía e independencia, en la que afronta sin miedos los riesgos y temores previos a la enfermedad. Está gratamente sorprendido de haber podido dar este paso por sí mismo, sin la aprobación familiar, de haberse atrevido a emprender el viaje para resolver su relación, de ser propietario de un piso, de pensar que dentro de unos meses podrá independizarse..., *“como en un sueño”*, comenta.

En el último sueño, satisfecho por haber realizado el viaje e ilusionado ante la perspectiva de recuperar su relación y el paso inminente de su independencia, el niño se despedirá de la relación infantil con su familia.

*“Iba por la calle, despistado, “ido”; encontré a mi amigo C y éste me llevó*

*a casa. Luego me vi de pequeño, que me moría. Veía mi entierro: mi madre, hermana, sobrina..., llorando, y mi padre, tranquilo, me llevaba en brazos a enterrar. Era yo claramente, como un niño de meses. Me daban dos minutos para despedirme de mi familia, pero ellos no me veían a mí”.*

En este sueño, bien diferente de los sueños de muerte angustiada relacionados con la experiencia o temor a la crisis, elabora la muerte de su yo infantil en una posición de aceptación o resignación por parte de su familia. No obstante, refleja aun temores a problemas de comunicación y contacto con la familia tras su independencia (no podía conectarse con ellos: “ellos no me veían a mí”). Germán comenta que lo que más teme es “cómo será la relación con sus padres” cuando se vaya de casa, si interferirán en su relación con Anabel, etc. Cree que él es responsable de sus actos y reivindica su derecho a equivocarse y rectificar, como hizo en relación con Anabel. Le tranquilizo, ayudando a entender que ésta es su despedida: “En el sueño quien muere es el niño que tu has sido para ellos y no te pueden ver ni decir nada porque ya no lo eres, simplemente lloran o están tranquilos. Ahora ya eres un adulto y podrás tener con ellos una relación y un contacto como tal”.

A continuación, explica que su hermana M soñó que Anabel estaba aquí, embarazada de tres meses. Germán soñó que se casaba. Durante el mes siguiente, realiza los preparativos en el piso para el regreso de Anabel. La crisis depresiva de ésta le ha ayudado a neutralizar las preocupaciones sobre su enfermedad, preocupándose también por ella y por su presente (“ya no le doy vueltas a las cosas”), y ha permitido establecer una complementariedad flexible “fuerte - débil” entre él y ella sobre la base de que ninguno de los dos es “superior o inferior”, “sano o enfermo”, sino que ambos necesitan ayudarse y apoyarse mutuamente.

Anabel regresa de su país y ambos comienzan una vida juntos. Mantenemos el seguimiento quincenal con el cliente, e incorporamos a su pareja a sesiones mensuales o bimensuales. Ella explica el motivo de su crisis (que Germán desconocía por tratarse de una experiencia dolorosa que no había elaborado ni comunicado), y lo mucho que ha aprendido en estos tres meses. Nos participa un sueño que tuvo recientemente, al que antes de conocer a Germán “no hubiera dado valor”: “Cruzaba un puente estrecho y delante veía un espacio amplio, amplio..., como una gran llanura, o el mar”. Ya no ve obstáculos para construir un futuro con su pareja. Ella explica su significado. Germán la escucha absorto. Ahora ya tiene a alguien con quien sí puede comunicarse y compartir los sueños.

## **RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN**

En el momento de iniciar la terapia, Germán es una persona extremadamente introvertida que apenas tuvo y tiene relaciones con los otros fuera de la familia. Más aún, se sintió dañado y herido por ellos y desconfía de las relaciones interpersonales. Seguramente por esta dificultad relacional, frecuente en muchos trastornos, la vinculación a la terapeuta no se realiza desde la esfera afectiva, sino más bien desde

la esfera cognitiva de las representaciones mentales cognitivo-analógicas (imágenes y emociones asociadas), primero en relación a las experiencias psicóticas y vivencias relacionadas y, posteriormente, a las experiencias oníricas que el cliente “vive” en sus sueños, los cuales “trae” a la terapia como “algo valioso” de sí mismo que le puede ayudar a comprender. Los sueños irán reflejando, a la vez, las dificultades pasadas que Germán irá re-experimentando en el presente y las soluciones que irá ensayando a partir de la necesidad de encontrar nuevos significados a sus experiencias que le permitan sentirse más seguro y afrontar los problemas y dificultades que irán re-apareciendo en este proceso.

El cliente va construyendo con la ayuda y guía de la terapeuta un **nuevo marco cognitivo-afectivo**, ampliando y enriqueciendo los esquemas y parámetros de referencia de su mundo infantil y modificando, paralelamente, las vinculaciones afectivas dependientes con las figuras familiares significativas, descubriendo las posibilidades de nuevas relaciones con otros desde una vinculación no dependiente. La relación terapéutica evoluciona, paralelamente, desde la distancia emocional (teme vincularse) a la confianza y, posteriormente, a la colaboración.

Germán pone una considerable distancia afectiva en sus nuevas relaciones; desde la esfera cognitiva irá analizando la posición del otro y finalmente la suya propia con una mínima implicación emocional. Le cuesta asumir responsabilidad por sus emociones y afectos porque teme no poder controlarlos y que le desborden, o que el otro los controle, sintiéndose invadido y alienado. A medida que avanza en el proceso de construcción de una identidad autónoma e independiente –“yo adulto”-, llegará finalmente a preguntarse por sus sentimientos: “si éstos son verdaderos”, “si son realmente suyos” (si el es dueño y responsable de ellos), “si sabe querer..., o es egoísta”, y podrá tomar una decisión propia, independiente de su familia, en relación a su vida emocional y personal.

Es el cliente quien **“trae” los elementos básicos a la terapia**, que serán la materia prima del trabajo terapéutico, que son: (1) **sus miedos** (desde el temor infantil a dormir solo por la noche al temor a sufrir una nueva crisis); (2) **sus deseos de cambio** (deseo de encontrar una mujer, deseo de vivir independiente sino le diera miedo estar solo por la noche – que es cuando más le obsesionan las recriminaciones de su madre); y (3) **sus sueños**; la actividad onírica aumentará en momentos de cambio o afrontamiento de una dificultad o situación nueva. El primer elemento representa a su yo infantil, el segundo su yo adulto y el tercero el lenguaje con el que establece una relación cognitivo-analógica (a nivel simbólico) consigo mismo y con la terapeuta.

El cliente sitúa a la **terapeuta como mediadora** en su diálogo interno. El contacto empático - afectivo no es lo primario. Inicialmente, el cliente no desea vincularse emocionalmente, necesita poner distancia para empezar a confiar. Esto lo hará mediante aproximaciones graduales en las que se sienta confirmado y comprendido. Necesita salir de relaciones en las que la excesiva vinculación

emocional invadió su espacio personal y se convirtió en una amenaza para el desarrollo de un “yo” y una identidad autónomas.

Germán es capaz de hacer análisis críticos, sus esquemas cognitivos están adaptados a los esquemas de la lógica social, pero sus emociones aún están ligadas a conflictos y relaciones infantiles, que no pudo superar y le desbordan cada vez que intenta avanzar afrontando situaciones que requieren una interacción adulta y autónoma, pudiendo llegar a comprometer su lucidez y confundirle. Los sueños, con sus representaciones simbólicas, en menor grado amenazantes o angustiosas, le ayudaran a conectar sus emociones y sentimientos - temor, enfado, impotencia e inferioridad, deseo...- con las situaciones reales y personas significativas de su entorno, permitiéndole expresar y conocer sus sentimientos, a la par que ensayar, como un “rol playing”, de forma no amenazante, nuevas posiciones relacionales y estrategias de afrontamiento más eficaces y gratificantes en la solución de sus problemas.

Hay una necesidad de comprender el sentido de la crisis en el momento en que se produjo. En cada momento de cambio significativo o situación nueva que ha de afrontar, se produce una revisión y afrontamiento de la crisis con recursos y elementos nuevos incorporados a su evolución personal. Esto le permitirá situar lo ocurrido en un contexto y con un significado en su proceso evolutivo y prevenir las situaciones o estados cognitivo-afectivos que pudieran comportar un riesgo de tensión superior a su capacidad de afrontamiento.

## CONCLUSIONES

1. La utilización del lenguaje simbólico en terapia permite conjugar los elementos cognitivo-emocionales de nuestras vivencias a través del símbolo análogo a la realidad de la experiencia. Permite acercarnos a personas muy aisladas o con importantes dificultades de comunicación. En los clientes en que la producción onírica es escasa, la imaginación o la fantasía, pueden ayudarnos a conectar con su mundo interno.

2. Los sueños, con su lenguaje simbólico-analógico, permiten experimentar de forma atenuada los temores intensos ante cualquier cambio, vivido como potencial amenaza, ayudando al cliente a prepararse para afrontarlo. Desde esta perspectiva, los sueños se convierten en un instrumento o situación ideal de aprendizaje, algo “parecido” a lo que sucedía con las representaciones mentales y la relajación en la desensibilización sistemática. Hay un cierto paralelismo, en el sentido de que tenemos los componentes básicos del proceso de descondicionamiento arriba mencionado: (a) la representación de lo real -las escenas oníricas o situaciones imaginadas- (b) el elemento protector o atenuador de la angustia- símbolos y/o relajación -; y (c) el elemento o componente de afrontamiento, gradual o progresivo en ambos, como pudimos ver en la evolución de la producción onírica del cliente.

La diferencia crucial es que en el sueño se manifiestan múltiples aspectos de la personalidad y situación vital del soñante, ofreciendo la oportunidad y reforzando la motivación para conocer más de sí mismo, de su relación con el mundo y de sus posibilidades de realización personal.

3. El lenguaje en que nos comunicamos con el cliente es un elemento fundamental en la terapia, define la forma de intervención, más allá de la técnica o el modelo. De hecho, un mismo modelo, como el paradigma sistémico, puede utilizar varios lenguajes. Lo más importante sería que este elemento de la terapia se adapte a la realidad del cliente y se construya entre ambos, cliente y terapeuta, conformando y definiendo la relación. Las posibilidades de la comunicación se enriquecen utilizando el lenguaje simbólico, podríamos decir que el lenguaje fluye **de la imagen a la palabra, del símbolo a la relación.**

4. El relato de los sueños, por sí mismo, encadenados unos a otros, va configurando un lenguaje interno propio en el que se repiten símbolos -imágenes y emociones amalgamadas- la muerte, el tren, el viaje, la caída, la comida, el lagarto que se hace pequeñito, la bola de cristal..., que irán cambiando de contexto, incorporando nuevos elementos y significados a medida que el cliente evoluciona. A través de este lenguaje el cliente afrontará sus sentimientos infantiles, se enfrentará a situaciones temidas, experimentará emociones y sensaciones y ensayará nuevos recursos.

5. La incorporación del lenguaje del cliente a la terapia y construcción de un lenguaje común, sitúa al terapeuta en una posición de acompañante, colaborador, **mediador** entre la realidad personal del cliente y el mundo externo, incluido el universo del “saber” científico y profesional. Más que un agente de cambio, **el terapeuta media en el proceso de cambio** que el cliente realizará o no, con su ayuda; pone a su disposición conocimientos y recursos (modelos, estrategias, técnicas) en función **de la oportunidad y el tiempo:** necesidades (deseos) y posibilidades (recursos personales y contexto socio-familiar) del cliente en ese momento.

No se trata meramente de personalizar la relación terapéutica, ni de adaptar o elegir la intervención adecuada a los problemas del cliente (como un producto más que el puede escoger o nosotros recomendarle). Hablamos de la **personalización que se basa en el sistema de feedback interactivo creado entre cliente y terapeuta y en la que el lenguaje que se construya entre ambos es el instrumento fundamental** que permite el cambio y la evolución de este sistema en el sentido del desarrollo positivo y eficaz de la terapia para ambos.

Por todo ello, quiero agradecer especialmente a Germán su disposición y colaboración que hizo posible un proceso terapéutico en el que ambos descubrimos y aprendimos cosas nuevas trabajando juntos. A él le han ayudado a rehacer su vida y a mí me han servido para ampliar horizontes profesionales, lo cual he querido compartir también con vosotros.

*En este texto se considera la terapia como un proceso interpersonal focalizado en el intercambio y co-construcción de significados entre paciente y terapeuta. Resulta particularmente determinante para el caso aquí presentado el recurso espontáneo al relato de sueños que permitieron elaborar experiencias y analizar contenidos internos que de otro modo habrían resultado inaccesibles al trabajo terapéutico.*

Palabras clave: Sueños; lenguaje simbólico; terapia, comunicación, imágenes y visualizaciones.

---

## Referencias Bibliográficas

- BECK, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, Inc., 1976.
- ELLIS, A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
- ELLIS, A. Rational Emotive Therapy. *American Psychologist*, 1977, Vol. 7, 1, p. 2-20.
- FRANK, A.F. Y GUNDERSON, J.G. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 47: 228-236, Marzo, 1990.
- FROMM, E. *El Lenguaje Olvidado*. Librería Hachette, S.A. Buenos Aires, 1971.
- GARETY, P.A. Cognitive Approaches to Delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 1999, **38**, (2), 113-154.
- GARETY, P.A., FOWLER, D. Y KUIPERS, E. Cognitive Behavior Therapy for Medication-Resistant Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1):73-86, 2000.
- GARETY, P.A. and col. A Cognitive Model of the Positive Symptoms of Psychosis. *Psychological Medicine*, 2001, **31**, 189-195.
- GOLDFRIED, M.R. Y DAVIDSON, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston,
- JUNG, C.G. Lo inconsciente: en la vida psíquica normal y patológica. Ed. Losada, S.A. Buenos Aires, 1970.
- MEICHEMBAUM, D.H. Theoretical and treatment implications of developmental research on verbal control of behavior. *Canadian Psychological Review*, 1975, 16, 22-26.
- MEICHEMBAUM, D.H. and Goodman, J.R. Training impulsive children to talk to them-selves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 77, 115-126.
- MEICHEMBAUM, D.H. (1977). *Cognitive Behavior Modification*. New York: Plenum Press.,
- ROGERS, C.R. y col. *The Therapeutic Relationship and its Impact: A study of Psychotherapy with schizophrenics*. Madison, Wis., University of Wisconsin Press, 1967.

# **REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

**Dirección y Redacción:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**Numancia, 52, 2º 2ª**

**08029 BARCELONA**

**Fax.: 933 217 532**

**e-mail: mvillegas@psi.ub.es**

**Gestión y Administración:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**GRAO (IRIF, S.L.)**

**c./ Francesc Tàrrrega, 32-34**

**08027 BARCELONA**

**Tel.: 934 080 464**

**Fax: 933 524 337**

**e-mail: revista@grao.com**