

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

NUEVAS PERSPECTIVAS EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen XVI - 3er./4º. trimestre 2005

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € **63/64** Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, 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^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, 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 XVI - Nº 63/64 - 3er./4º trimestre 2005

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 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
EL FIN DE LA ILUSIÓN DE PINEL Y LA NUEVA PSICO(PATO)LOGÍA	5
Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega	
EL PODER DE LA ESCRITURA EN PSICOTERAPIA	27
Héctor Fernández-Alvarez	
PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DEL DESARROLLO MORAL	59
Manuel Villegas Besora	
EL DÍALOGO ABIERTO COMO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LA PSICOSIS AGUDA: SU “POÉTICA” Y “MICROPOLÍTICA”	135
Jaakko Seikkula, Ph.D. y Mary E. Olson, Ph.D.	
UN MARCO NARRATIVO-HISTÓRICO PARA LA TERAPIA POST-RACIONALISTA: ACTUALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS PSICOTERAPÉUTICOS	155
Leonor María Irrázaval Correa	
MANUAL DE INTERVENCIÓN EN DILEMAS IMPLICATIVOS	179
Joana Senra, Guillem Feixas y Eugénia Fernandes	
LA SEMÁNTICA DE LA OBESIDAD: UNA CONTRIBUCIÓN EMPÍRICA	203
Marco Castiglioni y Laura Contino	

EDITORIAL

La presente monografía está compuesta de diversas propuestas novedosas, tanto desde el punto de vista teórico como por sus implicaciones prácticas. Este es el motivo por el que la hemos titulado “nuevas perspectivas en psicoterapia”. Quedan muchas otras propuestas que no han podido recogerse en este número, pero confiamos que las que ahora publicamos constituyan un testimonio de la vitalidad de las energías que se mueven en el campo de la profesión psicoterapéutica.

Abre la monografía un artículo de Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega que revisa el modo en el que el concepto de enfermedad mental propuesto por Philippe Pinel a comienzos del XIX ha permanecido presente en la historia de la Psiquiatría, proponiendo frente a ella una concepción constructivista de los trastornos mentales, fundamentada en la naturaleza narrativa de los mismos. Desde esa perspectiva se exploran posibles explicaciones de los trastornos y las posibles formas de actuar sobre ellos haciendo hincapié en sus aspectos relacionales.

Héctor Fernández Álvarez considera en su artículo el poder terapéutico de la escritura en psicoterapia como un desarrollo coherente de la curación por la palabra, describiendo las diversas modalidades a través de las cuales la escritura expresiva contribuye a promover el bienestar emocional. Escribir sobre las experiencias emocionales se convierte en un proceso terapéutico que reporta beneficios específicos, por lo que merece ser utilizado en la práctica habitual de la psicoterapia.

En un artículo titulado “Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral”, Manuel Villegas considera la psicoterapia como un camino orientado a la promoción de la autonomía. Los fracasos o conflictos en su consecución repercuten en distintos trastornos psicológicos de acuerdo con cada uno de los estadios o niveles de construcción moral puestos en juego, los cuales pueden describirse en base al grado de aproximación a ella.

Jaakko Seikkula y Mary Olson describen el modelo integrado finlandés para el tratamiento precoz de la esquizofrenia y las diversas formas de psicosis. A este modelo se le conoce como “diálogo abierto”. Se exponen en el artículo los principios y resultados preliminares de un seguimiento de dos años desde el primer episodio o brote esquizofrénico.

En su trabajo Leonor María Irrarázaval repasa los principios de la terapia cognitiva post-racionalista según sus últimas tendencias teóricas. Es un simple intento de promover la continuidad de las implicaciones clínicas de este modelo siguiendo su desarrollo conceptual en el marco de la fenomenología y la hermenéutica.

El trabajo de Joana Senra, Guillem Feixas y Eugénia Fernandes, surgido de la colaboración entre la Universidad de Miño y la de Barcelona, constituye un manual de intervención enfocado a la resolución de dilemas implicativos, tal como son identificados a través de la Técnica de Rejilla. Se trata de una propuesta de intervención estructurada, destinada al uso en investigación y en formación de psicoterapeutas, dentro de una perspectiva de Terapia de Constructos Personales.

La investigación llevada a término por Laura Contino revisa la tesis de Valeria Ugazio relativa a la semántica del poder como dimensión destacada de la obesidad, tanto en términos puramente cuantitativos de frecuencia de las categorías vinculadas a esta semántica, como en términos cualitativos de importancia, que se pone de manifiesto en los índices de jerarquización y de intensidad. Los constructos centrales en la obesidad se organizan alrededor de la polaridad semántica vencedor-perdedor.

EL FIN DE LA ILUSIÓN DE PINEL Y LA NUEVA PSICO(PATO)LOGÍA

Alberto Fernández Liria

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá.
afliria@terra.es

Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid

This paper reviews the way in which the concept of mental illness that Philippe Pinel proposed at the beginning of the XIX century has influenced the history of Psychiatry and proposes instead a constructivist understanding of mental disorders grounded in a narrative conception of these disorders. From this point of view we explore possible explanations of mental disorders and the way we can act over them in the phylogenetic evolution of the human specie and the ontogenetic development of human beings with a special reference to relational aspects

Key words: Psychiatry, mental disorders, evolution, attachment

LOS ORÍGENES DE LA PSIQUIATRÍA Y LA ILUSIÓN DE PINEL

El mito del origen: el Padre Jofré y Michel Foucault

Es frecuente que se refiera el fundamento de la atención psiquiátrica a la conmoción que causó al Padre Jofré en la Valencia de principios del siglo XV asistir al maltrato que un grupo de niños propiciaba, en plena calle, a un pobre *inocente* (probablemente un niño con retraso mental). De aquella conmoción surgió, según este mito fundacional, la decisión de crear un lugar donde tales pobres inocentes pudieran recibir *hospitalidad* (porque no con otra cosa tiene que ver el origen de la palabra *hospital*). Lo cierto es que los hospitales surgen como instituciones caritativas, para proteger a estos seres débiles de la crueldad de sus congéneres *normales*. Y los funda y los sostiene la Iglesia. Nada parecido a un psiquiatra participa en esto. Tampoco hay un concepto elaborado de nada parecido a la *enfermedad mental*.

Michel Foucault (1964) hace una lectura bastante diferente de estos hechos.

Los hospitales, que en el siglo XVII se habían extendido como setas por los alrededores de todas las ciudades europeas, organizarían lo que él ha denominado el *gran encierro*. El procedimiento consistía en controlar —y hacer desaparecer de la vista de los habitantes de las ciudades— a individuos molestos que en las sociedades rurales del medioevo habían sido apartados y controlados por otros procedimientos ahora inservibles. El Hospital General de París, que llegó a alojar a 8000 personas —iba a escribir que llegó a tener 8000 camas, pero la idea de que las personas alojadas en el hospital disponen de una cama es muy posterior y corresponde a otro concepto de *hospital*— cuando la ciudad sólo contaba con 500.000 habitantes. Dependía del arzobispado y disponía de un especie de policía propia que recogía personajes que vagabundeaban y los conducía a su interior, donde un especie de *tribunal evaluador* decidía si debían quedarse o no y, en caso afirmativo, si lo debían hacer con o sin azotes. (En realidad se trata de una medida cuyos ecos remotos —sin latigazos— aún resuenan en el programa *HELP*, que nuestro compatriota Rojas Marcos puso en marcha para el Ayuntamiento de la ciudad de Nueva York hace unos años). Se ha discutido si el término de *gran encierro* y la voluntad de ocultar que Foucault atribuye a estas instituciones son acertados. Considero que sí, a pesar de que, como señala Dörner como contraargumento (1969) —en un especie de rizado del rizo— instituciones como el hospital de Bedlam, a las afueras de Londres, expusiera en sus puertas, convenientemente encerrados en jaulas, algunos locos que consideraba curiosos, para solaz de las familias que se desplazaban a la campiña de los alrededores a disfrutar del fin de semana.

El origen de los mitos: Philippe Pinel y la delimitación de la locura

Las revoluciones burguesas trajeron a Europa un nuevo orden que se pretendía basado en la Razón y que suponía la existencia de ciudadanos libres y responsables de sus actos ante una justicia, igual para todos, impartida por los tribunales. Una institución como los hospitales de la época clásica no podía tener cabida en este nuevo orden (Gracia, Espino, 1979). A los jueces les correspondía el dictaminar sobre el comportamiento que se atenía a este principio. Para el comportamiento que se resiste a dejarse gobernar por la razón había que proveer una explicación. ¿Quién mejor que la Ciencia para explicar las excepciones a las leyes de la razón? Los médicos fueron, pues, llamados por primera vez para hacerse cargo de los hospitales y cumplir con esta función de determinar con exactitud quién y por qué era —más allá de su voluntad— incapaz de someter sus actos a los dictámenes de la Razón que acababa de ser proclamada como última referencia de la vida en sociedad. El espacio del manicomio queda, entonces, definido como el que corresponde a personas que manifiestan conductas estadísticamente anormales y socialmente inaceptables (condenables), pero que son jurídicamente irresponsables (porque son incapaces de controlar sus actos o de distinguir el bien del mal), por lo que no se ajustan a lo que

constituyen los requisitos para la actuación del aparato jurídico-penal normal. El loco deja legalmente de ser un infrahombre para ser un ciudadano enfermo. La locura deja de corresponder con un comportamiento punible por los jueces para convertirse en una conducta que debe ser estudiada y explicada por los científicos (los médicos). La psiquiatría nace, pues, cuando los médicos son llamados a hacerse cargo del espacio, preconstituido, del manicomio. Los médicos encuentran en los hospitales que heredan del antiguo régimen una población heteróclita. Klaus Dörner (1969) la pinta así:

“Mendigos y vagabundos, gentes sin hacienda, sin trabajo o sin oficio, criminales, rebeldes políticos y herejes, prostitutas, libertinos, sifilíticos y alcohólicos, locos, idiotas y hombres estrafalarios, pero también esposas molestas, hijas violadas o hijos derrochadores fueron, por este procedimiento, convertidos en inocuos y, aun, hechos invisibles”.

Si la imagen del mito originario era la del Padre Jofré presa del escándalo humanitario, la de esta fundación de todos los mitos posteriores es la de Philippe Pinel (1801) —nombrado director del Hospital por el gobierno revolucionario de París— liberando a los locos de sus cadenas. Pinel se consideraba un científico, e influido por las ideas filosóficas de Condillac (Gracia, Espino 1979), creyó que, exactamente igual que la aplicación de la observación rigurosa de las plantas había hecho desplegarse ante los ojos de Linneo todo el abanico impresionante de las especies naturales, la observación inocente de sus pacientes haría aparecer ante los suyos el orden que, sin duda, había de regir las *especies morbosas* (las enfermedades) que privaban a estos ciudadanos de la razón -y a la Razón de ellos-. Se conservan aún los cuadernos con los que Pinel (1793) recorría las salas del hospital anotando sus intentos de establecer criterios para diferenciar “locos por amor”, de “locos por penas domésticas” o “locos por acontecimientos de la Revolución”. De resultados de este trabajo, Pinel nos legó una clasificación en cuatro categorías de estos habitantes de los manicomios. Muy en resumen los había: 1) que nunca fueron inteligentes (idiotas); 2) que lo fueron, pero habían dejado de serlo (dementes); 3) que tenían comportamientos extraños (maníacos), y 4) que estaban, sobre todo, tristes (melancólicos). Pocas clasificaciones tan sabias ha habido en la historia de la psiquiatría. Philippe Pinel y sus discípulos -entre los que destaca Esquirol (1838)- delimitaron el campo de la locura y su naturaleza, y establecieron los límites de la acción de los psiquiatras. Hay algunas cosas que, sin embargo, no lograron. En primer lugar, las especies morbosas -más allá de la primera clasificación de Pinel- se resistían a revelarse con la misma claridad con la que lo habían hecho, por ejemplo, las vegetales, y los intentos de clarificar los límites se tradujeron a lo largo del siglo XIX en una proliferación incesante de categorías que, además, se solapaban entre sí. Por añadidura -o, quizás, como consecuencia- tampoco encontraron un modelo de enfermedad que permitiera articular el conocimiento de las causas de la misma con el medio de tratarlas, y, a pesar de los esfuerzos del

tratamiento moral, las instituciones psiquiátricas siguieron siendo lugares de confinamiento (y no instrumentos de curación). El siglo XIX empezó con el loco convertido en ciudadano, pero aún sin esperanza fundada de sanación, y terminó con la resistencia de las especies morbosas a dejarse aprehender por la observación.

En este trabajo llamaremos *ilusión de Pinel* a la convicción de que en la Naturaleza existe realmente algo parecido a unas *entidades morbosas* y que el comportamiento y las experiencias de los enfermos mentales puede considerarse como resultado de que, de algún modo, estas entidades se han encarnado en ellos. De ésta se derivaría una *ilusión de segundo orden* que consiste en suponer que el conocimiento y la delimitación de tales entidades es importante para los psiquiatras porque les permitirá descubrir un remedio específico para cada una de ellas.

El mito de la enfermedad: Emil Kraepelin y el paradigma de la parálisis general progresiva

Lo que los psiquiatras alemanes de finales del siglo XIX y principios del XX, con Kahlbaum (1863) y Kraepelin (1905) a la cabeza, supusieron es que el hecho de que las especies morbosas no se dejaran ver por la observación inocente de los primeros pinelianos (ya hablaremos de los segundos) no quería decir que no estuvieran allí. Según su propuesta, para que tales entidades fueran aprehendidas por el psiquiatra era preciso que éste se acercara a ellas desde un modelo previo de *enfermedad*. Durante los primeros años de la historia de la psiquiatría el loco paradigmático había sido alguien que “se creía Napoleón”, esto es: el personaje más poderoso del mundo en aquel momento. Por entonces pudo establecerse que el trastorno que más frecuentemente afectaba a los sujetos que presentaban este cuadro *megalomaniaco* era la parálisis general progresiva (PGP), esto es, la fase cuaternaria de la enfermedad sifilítica. Eran sujetos que primero habían padecido chancros genitales, luego lesiones dérmicas y más tarde tabes. En 1826 Bayle había publicado su descubrimiento de que el cuadro tenía que ver con una alteración anatómica de la aracnoides que podía encontrarse en estos pacientes cuando se les practicaba la autopsia. Años más tarde se identificaría un agente causal (el *treponema pallidum*) y un remedio (primero el *salvarsan*, luego la penicilina). Los psiquiatras alemanes del cambio de siglo pensaron que con un esquema así sí que podrían identificarse enfermedades y hacerse predicciones sobre su curso, y describieron con esa idea las entidades nosológicas que han articulado la historia posterior de la psiquiatría: la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva...

La psiquiatría que nace de Kahlbaum y Kraepelin asume la *ilusión de Pinel* según la que las especies morbosas existen en la naturaleza más allá de las conductas y las experiencias de cada *enfermo*. Pero consideran que la *observación inocente y atenta* de los síntomas a través de la cual Pinel esperaba verlas aparecer ante sus ojos no es suficiente. Para reconocerlas el médico ha de ir pertrechado de antemano con un concepto complejo de enfermedad, entendida como una entidad que se caracte-

riza por unos cuadros de estado, un curso, una etiología, una anatomía patológica, una patogenia, un pronóstico, e idealmente (porque también asumen la ilusión de Pinel de segundo orden), la respuesta a un tratamiento específico. Es más, la enfermedad podría ser reconocida -y, a veces, tratada- aunque en un momento dado del desarrollo de la medicina no se conociesen todos estos aspectos (como sucedía, entonces y ahora, con la esquizofrenia y lo que hoy se llama trastorno bipolar).

De haberse confirmado la hipótesis, las palabras, las conductas del loco se habrían convertido definitivamente en síntomas identificables que nos remitirían a una enfermedad que habita en quien la padece, y no a él como persona.

En realidad, la clínica siempre se resistió a ajustarse a tal pretensión, y desde Bonhoeffer y su reacción exógena no cesaron de describirse cuadros idénticos producidos por causas distintas y respuestas muy diferentes a noxas semejantes. Kraepelin, de hecho, era, al final de su vida, poco optimista respecto a la legitimidad de su intento, cuyo mantenimiento justificaba por la inexistencia de una propuesta mejor (Bercherie, 1980).

El DSM, Pinel y el cluster analysis: el mito de la operativización

Se ha calificado injustamente a los promotores de las nuevas clasificaciones pretendidamente *ateóricas* o *de consenso*, de *neokraepelinianos*. Me parece que su concepción de los trastornos mentales sería calificada más justamente de *neopineliiana*. La pretensión de *ateoricidad* hace referencia a la renuncia a partir de un concepto previo de *enfermedad* o de *trastorno* que, como hemos visto, era precisamente lo que caracterizaba la propuesta de Kraepelin. Lo que los autores de los DSM han puesto en juego son nuevos elementos (el grupo de consenso y el *cluster analysis*) para potenciar la observación inocente y atenta de Pinel. Con el muy pineliano convencimiento de que tal observación les llevará a ver dibujarse ante sus ojos auténticas *clases*.

Quizás nos haga falta un Gödel (Nagel, 1958) que demuestre para este terreno lo que las sucesivas ediciones parece que van poniendo de manifiesto inductivamente: que no se puede aspirar a disponer de un sistema que sea a la vez consistente y completo, y que cada vez que se intenta delimitar con rigor una categoría se consigue a base de crear a su alrededor cajones de sastre y solapamientos.

En esta nueva edición de la *ilusión de Pinel*, la intención de los clasificadores ha estado guiada, más claramente que en la primera, por lo que calificábamos de *ilusión de segundo orden*, esto es, por la idea de que la delimitación exacta de entidades bien definidas permitiría localizar tratamientos específicos de las mismas. Aquí el fracaso ha sido aún más notorio. Los fármacos que se pretendían cada vez más específicos para el tratamiento de trastornos cada vez mejor definidos (piénsese en los ISRS y la depresión) han visto multiplicarse sus indicaciones -para entusiasmo de la industria que los produce- y, hoy, los mismos remedios resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos depresivos de varios tipos, pánico con

o sin agorafobia, trastornos obsesivos, trastornos de la conducta alimentaria, diversos trastornos de la personalidad, trastornos del control de impulsos, fobia social y, a poco que se sea generoso, formas de ser o cualidades de la vida como la timidez o la insatisfacción. Es difícil no preguntarse si, puestos a volver a Pinel, no sería mejor que intentáramos imitarle también en el número de categorías a incluir en nuestro sistema (tampoco disponemos de muchas más que cuatro clases de psicofármacos). Aunque quizá sea más productivo abandonar la idea de que estamos intentando describir entidades que tienen existencia en sí y repensar la psiquiatría desde otro planteamiento epistemológico (que es la propuesta de este trabajo).

LA ENFERMEDAD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Llamaremos enfermedad a un estado -involuntario e indeseable- que produce un malestar frente al que una sociedad está dispuesta a articular un procedimiento que incluye exención de obligaciones, provisión de cuidados especiales y actividades de sanación (en nuestra cultura, médicas) encaminadas a resolverlo o paliarlo.

Desde esta perspectiva, la determinación de qué condiciones van a ser consideradas como enfermedad y cuales no, corresponde a cada sociedad. Por eso hay sociedades en las que determinadas condiciones que en otras son consideradas normales (y, a veces, incluso deseables) son consideradas enfermedades.

La delimitación entre la *enfermedad en general* y lo que no lo es depende, según esto, de una decisión que sería mejor entendida como *política* o, en todo caso, *cultural* que como resultado de una investigación científico-natural.

La distinción entre enfermedades diferentes adquiere sentido en la medida en que sirve para poner en marcha distintos procedimientos y para hacer predicciones sobre cuáles serán los resultados obtenidos con estos. Los mayas saben qué deben hacer y qué cabe esperar que suceda con los *espantos*, y qué hacer con los *males echados* o el *k'ak'al ontonil*, o *ek ti'ol* (Fernández Liria 1995). Nuestras familias y nuestros médicos saben qué deben hacer y qué cabe esperar que suceda con la varicela, y qué hacer con el síndrome de Down, la tuberculosis o los ataques de pánico. Por eso, aunque tengan el mismo agente causal, la varicela y el herpes zoster son enfermedades diferentes.

Según este modo de ver las cosas, podríamos decir que en nuestra cultura *las enfermedades son constructos referidos a condiciones en las que un individuo experimenta un malestar, sobre el que existe un consenso en la idea de que debe ponerse en marcha un procedimiento que incluye la intervención del sistema sanitario, y que permiten hacer predicciones sobre las actuaciones de los médicos.*

No hay especies morbosas escondidas en alguna parte de la naturaleza esperando a encarnarse en enfermos. No hay nada más allá de los enfermos. Es la acción de los médicos -y los resultados que se espera emanen de ella- la que distingue unas enfermedades de otras. La aseveración de que un enfermo es aquél

que va al médico, es más que una tautología. No hay nada de sorprendente en el hecho de que si queremos estudiar la epidemiología de los trastornos mentales debamos resignarnos a que la definición de *caso psiquiátrico* deba hacerse en términos de aquel sujeto que padece un malestar ante el que los médicos indicarían un procedimiento de tratamiento o cuidados (Goldberg, Huxley 1992).

Si aceptamos esta hipótesis, lo lógico será construir nuestra *nosología* mirando más a los condicionantes de la intervención que a la observación de los síntomas. No es nada que no se haga en otras disciplinas médicas que han extraviado menos su rumbo que la psiquiatría. Los cánceres de mama no se clasifican por la dureza o la proximidad a la areola del tumor. Se clasifican en *grado I* o *grado n* según lo que la práctica indica que es la respuesta esperable a cada uno de los procedimientos disponibles para actuar sobre ellos. Y esa clasificación permite determinar cuál es el protocolo que va a aplicarse a un paciente dado y qué cabe esperar que suceda con él (qué parece más probable a la vista de lo sucedido con otros pacientes similares). El pragmatismo de los cirujanos ha enseñado a los oncólogos a dirigir su pensamiento de la intervención a los síntomas, más que de los síntomas a la intervención.

En psiquiatría sucede hoy exactamente lo contrario. Poseídos por la *ilusión de Pinel* los psiquiatras se esfuerzan por observar los síntomas esperando que estos (convenientemente pasados por el *cluster analysis*) dibujen solas entidades para las que ya alguien (¿la industria farmacéutica, quizás?) encontrará después remedios apropiados. Los intentos de encontrar remedios cada vez más específicos para cuadros cada vez mejor definidos han fracasado. Los remedios más específicos (antes señalábamos el caso de los ISRS) han resultado aplicables para cuadros que no tienen relación entre sí en nuestras nosologías. Y esto no ha sucedido sólo con los psicofármacos. Es bien conocido el caso de Christopher Fairburn (1991, 1993), quien para proporcionarse una intervención placebo manualizada con que comparar la terapia cognitivo-conductual de la bulimia nervosa decidió utilizar el manual de terapia interpersonal de Klerman (Klerman *et al.*, 1984) para el tratamiento de la depresión. Lo que sucedió fue que, aunque la terapia cognitivo-conductual producía mejores resultados al terminar las 18 sesiones de tratamiento, los resultados a 6 y 12 meses de las pacientes que habían recibido terapia interpersonal (que seguían mejorando después de terminada la terapia) eran incluso mejores. De este modo, Fairburn *descubrió* (que no *inventó*) la terapia interpersonal de la bulimia nerviosa. (¿No había pasado algo parecido con la clorimipramina).

Podemos congratularnos de tales *descubrimientos*. Pero, aunque nos sirvan para atender mejor a nuestros pacientes, lo que en definitiva muestran es que en nuestro trabajo como clasificadores no ha respondido a nuestras expectativas. Tendremos que plantearnos qué enseñanzas podemos extraer de ello.

La investigación en el terreno de la psicofarmacología se ha visto relativamente encorsetada por este prejuicio. En el terreno de las intervenciones psicosociales los efectos están siendo devastadores. Guiados por esa idea se pretende organizar

la investigación sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales (y, posteriormente, establecer su indicación y su pago) a partir de las categorías delimitadas por los flamantes nuevos sistemas consensuados de clasificación. Las diversas listas de *psicoterapias empíricamente validadas* que han reunido diversos grupos (entre los que destaca la Asociación Americana de Psicología) están configuradas de este modo, y tienen como epígrafes diversas categorías del DSM bajo las que figuran listados de intervenciones que generalmente comienzan con la expresión *terapia cognitivo-conductual* o *terapia interpersonal* y acaban con el nombre de la categoría o de una subcategoría.

Hasta que los grupos encabezados por Beck (1979) y Klerman (Klerman *et al.*, 1984), a cuya orientación aluden estos prefijos, decidieron, a finales de los años 70, someter su trabajo a la prueba del ensayo clínico aleatorizado, había un consenso entre los psicoterapeutas acerca de que las categorías diagnósticas, tal y como las dibujaban las clasificaciones, no eran una guía útil para el trabajo práctico con los pacientes. Hoy se han propuesto múltiples sistemas de constructos que sí lo son, y que han conseguido, muchas veces a través de un trabajo finísimo de investigación, dotarse de un respaldo empírico. Pero la falta de correspondencia entre estos sistemas y las clasificaciones al uso hace difícil que este trabajo pueda pasar el filtro que la comunidad psiquiátrica *neopineliiana* se está organizando para imponer, bajo la bandera de la *medicina basada en pruebas*, a toda información que pueda llegar a sus miembros.

Delimitar los términos de la crisis

El trabajo de consenso que ha desembocado en la elaboración de los grandes sistemas *ateóricos* como la DSM y la CIE ha sido importante, sobre todo porque, convenientemente interpretado, puede haber servido para cuestionar algunos prejuicios bien asentados en algunas de las antiguas psiquiatrías *nacionales* de uno y otro lado del Atlántico y porque ha creado un campo unificado de discusión clínica y teórica de ámbito mundial. Pero, de no ponerse remedio, tales aspectos positivos pueden resultar inapreciables ante la realidad de la instalación de tales sistemas, de los procedimientos empleados para su elaboración y de los muy discutibles planteamientos epistemológicos de que parten, como auténticos dogmas, defendidos *urbi et orbe* por una auténtica Iglesia, dotada de una verdadera Inquisición que blandirá (blande ya) como martillo de herejes los prontuarios de la *medicina basada en pruebas*.

El trabajo específico de los psiquiatras y de los otros profesionales de la salud mental consiste en reducir al mínimo la presencia de los trastornos mentales y de las consecuencias negativas de los mismos en nuestra sociedad y -hoy por hoy, sobre todo- en elaborar y poner en marcha planes individualizados eficientes de atención a las personas que la sociedad considera autorizadas para solicitar y obtener nuestra ayuda.

En este momento lo que sería pertinente es el estudio de cuáles son las variables que pueden guiar la confección de tales actuaciones preventivas y tales planes individualizados (qué estrategias interpersonales, qué soportes biológicos, psicológicos y sociales). Propuestas no han faltado en estos últimos años. Buena parte de ellas se han basado en modelos de vulnerabilidad que, a veces, se han construido sobre categorías propuestas por las grandes clasificaciones, como la esquizofrenia (Ciompi, 1989; Harding, Zubin, Strauss, 1987; Leff, 1987; Nuechterlein, Dawson, 1984; Zubin, Steinhauer 1984), la hipocondría (Barsky, Geringer, 1988; Warwick, Salkovskis, 1990) o los trastornos de la conducta alimentaria (Garner, Garfinkel; 1988) y, a veces, han servido de soporte a propuestas de sistemas dimensionales como la de David Goldberg para los trastornos mentales comunes. Otra fuente de información proviene de la investigación en psicoterapia que en ocasiones ha dado lugar a sistemas de conceptualización de los problemas a atender, como los propuestos, por ejemplo, por Luborsky *et al.* (1971, 1984, 1988, 1992, 1996) Strupp y Binder (1989), Horowitz *et al.* (1976, 1984, 1988, 1997), Beutler *et al.* (1983, 1990, 1991) o Beitman y Yue (1999). De este tipo de investigación derivan también constructos (diferentes del de enfermedad) que han permitido hacer predicciones, por ejemplo sobre los efectos de los psicofármacos. Así por ejemplo, Beitman ha publicado un estudio (Beitman, *et al.*, 1994) en el que la evaluación de los estadios del cambio en los términos propuestos por Prochaska *et al.* (1984, 1986, 1991, 1992) permite predecir la respuesta al tratamiento del pánico... ¡con alprazolam!

En este camino de construcción (como en una práctica clínica que se refleja en esas sesiones cuya finalidad parece consistir en demostrar que un paciente cumple determinado número de criterios) las clasificaciones actuales (como el pretendidamente aséptico concepto de *trastorno* del que tan orgullosos están sus promotores) operan como un obstáculo epistemológico. Para avanzar los clínicos deberán sortearlo (o, mejor, criticarlo).

LA ENFERMEDAD COMO RESPUESTA

La perspectiva filogenética

Una teoría de la enfermedad tendría que poder explicar ésta como un estado particular (o mejor un proceso) que afecta a un organismo. Y para ello necesitará de un concepto de ser vivo. Adoptaremos en este trabajo la propuesta por el biólogo español Faustino Córdón (1978) que define al organismo como un foco unitario de acción experiencia que emana de la acción combinada de los organismos de nivel inferior (en el caso del hombre y los otros animales, células) que constituyen su soma.

Lo que llamamos enfermedad es el modo que tiene este organismo de adaptarse a alteraciones del medio externo o de la acción combinada de los organismos de nivel inferior que ponen en peligro su existencia.

Los medios que utilizamos para actuar sobre el organismo enfermo (el veneno,

el cuchillo o la palabra) han de ser, pues, congruentes con la naturaleza de esa doble interacción que define (que es) el organismo.

El organismo humano es un organismo animal que emana de la acción conjunta de las células que constituyen su soma y que como todo organismo animal, actúa sobre su medio a través de acciones mecánicas. Tiene la particularidad de estar, por utilizar el término acuñado por Cordón, *trabado por la palabra*, de modo, que, a partir de un momento en la filogénesis, el lenguaje se ha convertido en mediador inexcusable de esa relación con el medio (Cordón 1981).

Por ello, la elección de las narrativas como marco desde el que abordar el tema de la psicoterapia en particular y el de los trastornos mentales en general no es arbitraria. Responde a una concepción de tal actividad y de tales trastornos que tiene que ver con una concepción general del ser humano. Y, por cierto, con una concepción que no se presenta como alternativa a una concepción biológica, sino, al revés, como resultado de una preocupación sobre la naturaleza del organismo y, por tanto, de la acción y experiencia de ese animal particular que es el hombre. Lo que ocurre es que nos hemos acostumbrado a llamar abusivamente biología al estudio bioquímico de las sustancias de deshecho de los seres vivos y no a una disciplina que intente dar cuenta de la naturaleza de estos.

Una de las teorías sobre el origen del lenguaje (y del hombre) nos retrotrae a la existencia de una manada de monos que se ve obligada a abandonar la vida segura en los árboles para buscar alimentos en el suelo de la sabana (Cordón, 1979, 1981). La alta hierba que cubre este suelo condiciona dos fenómenos. En primer lugar, la postura erguida, procurando elevar la vista por encima de la hierba. De este modo los miembros de la horda podrían, por un lado, mantener contacto visual y, así, preservar la cohesión del grupo necesaria para la supervivencia de un animal gregario; además esto les permitirá avistar la posible aproximación de algún depredador. Tendrá además un tercer efecto: liberar las extremidades anteriores (ahora superiores) de sus funciones en la deambulación y permitir su empleo en el manejo de útiles para la recolección (y, más tarde, en la preparación) de alimentos.

Los dos primeros de estos objetivos (mantener el contacto entre los integrantes de la horda y alertar de la presencia de peligros u otros acontecimientos importantes) serán abordados, a la vez, por un segundo mecanismo. El grupo, a diferencia del de sus antecesores arbóreos, deberá moverse silenciosamente para no atraer la atención de posibles depredadores que, aquí en el suelo, podrían alcanzarlos. La emisión ocasional de sonidos significativos a través del aparato fonador de los integrantes del grupo permitirá también alertar a cada individuo ante posibles alejamientos del grupo cuando la vegetación impida el contacto visual o cuando la vista haya de ser empleada en la búsqueda de alimentos, y se convertirá en un instrumento clave para conseguir la cohesión grupal. La posibilidad de emitir sonidos diferenciables permitirá que éstos se conviertan no solo en un instrumento de localización de los miembros del grupo, sino que además informen a éste de la incidencia de aconte-

cimientos relevantes. Un tipo de sonido alertará, por ejemplo, de que ha sido avistado un depredador u otro peligro, y otro de que ha sido descubierto una fuente importante de alimentos. Los sonidos se convierten, así, en significantes de tales situaciones.

Estos sonidos evocan en los individuos del grupo las respuestas emocionales y comportamentales correspondientes a la percepción de un estímulo al que, en realidad no han accedido directamente.

La progresiva diferenciación de la gama de sonidos emitibles y reconocibles por la horda llegará a convertirlos en significantes por un lado de seres (león, fieras...) y por otro de procesos (correr, comer, caer, arder...). Seres y procesos podrán en lo sucesivo ser evocados y relacionados entre sí independientemente de que estén presentes o no en un momento dado.

Este proceso, que culminará —en el medio protegido que el manejo del fuego proporcionará al homínido— con el inicio del lenguaje propiamente dicho, tiene consecuencias importantes. En primer lugar la relación con el medio animal en el que se desenvuelve la vida de cada uno de los integrantes del grupo se va a dar inevitablemente, a partir de entonces, a través de un instrumento generado en la interacción entre los miembros del grupo -el lenguaje- que lo hace aprehensible -y manejable- en términos de seres y procesos. Al contacto con el ambiente no mediado por el lenguaje (no socializado por tanto) pertenecen las excepcionálísimas experiencias de lo innombrable (lo que algunos llaman lo real o lo siniestro, a lo que se refieren escritos como los de Lovecraft), o lo que sufren los paciente psicóticos.

En segundo lugar, esta necesidad de “completitud” del lenguaje obligará a articular algunas categorías de seres particulares como los que se designan con los pronombres personales (yo, tú, él o ella...). La necesidad de reconocer un yo, origen de acción y experiencia, referible como un tú o un él e integrable en un nosotros, vosotros, o ellos por el resto de los miembros del grupo, es decir, la constitución, como efecto del lenguaje -o sea, de un fenómeno social- de un sujeto propiamente humano, abrirá un mundo de posibilidades y de problemas. Buena parte de los fenómenos que atendemos en la clínica pueden entenderse como fracasos en este proceso de constitución o como delimitaciones ineficientes, por no compartidas con las del resto del grupo (como sucede por ejemplo con los que llamamos alteraciones de los límites del yo o con las atribuciones de intencionalidad que hacen sobre otros algunos pacientes delirantes).

El lenguaje se convierte en un instrumento de cooperación que permite anticipar situaciones y hacer colectivamente proyectos que permiten un dominio y una capacidad hasta entonces desconocida de transformar el medio, (que no por ese motivo deja de ser un medio animal sobre el que un organismo animal, que surge de, y guía, la acción concertada de organismos celulares, actúa para procurarse alimento mediante movimientos mecánicos: el habla se produce mediante el movimiento de un conjunto de músculos y se percibe por la acción mecánica de una

vibración sobre unos órganos de los sentidos).

Lo que de esto es relevante para lo que aquí estamos tratando es que el ser humano, desde que lo es, accede a su realidad a través del lenguaje. De algún modo la vive contándose, haciendo –decimos– que las cosas cobren sentido para él o ella. El desarrollo de este proceso a nivel ontológico ha sido estudiado por autores como Vigostky e intuitivamente utilizado en psicoterapia por psicólogos como Meichenbaum antes de que los neurobiólogos (Maturana y Varela, 1984; Maturana 1995; Damasio, 1994) pasaran a ofrecernos nuevos datos que diversos psicoterapeutas (Siegel 1999, Fonagy Vergel & Target, 2004) han volcado en la clínica. La realidad que vive el paciente es la que él mismo se cuenta sobre los elementos del medio con los que se relaciona. Por supuesto, la historia resultante depende de cuales son estos elementos (no estamos proponiendo una óptica solipsista). Pero, al menos algunos de estos elementos pueden ser, en función de esta historia (de esa narrativa), vividos, por ejemplo, bien como amenazantes, bien como objetos de curiosidad o bien como estímulos para la acción, y pueden producir bien miedo, bien asco o bien solidaridad. Lo que llamamos “yo” y lo que consideramos “otros” son también elementos de nuestro medio a los que nos acercamos a través de esas historias que nos contamos y que, de algún modo, somos.

Lo que llamamos trastornos mentales son narrativas que producen sufrimiento evitable (como sucede con lo que en su momento se llamaron trastornos neuróticos) o evocan mundos no compartibles con los del resto de los miembros de la comunidad y que impiden, por tanto las actividades de cooperación o enfrentan al sujeto con el resto de sus integrantes (como sucede con lo que llamamos trastornos psicóticos).

Quizás convenga aclarar aquí que esta naturaleza es lo que convierte en “mentales” a los “trastornos mentales”. Lo “mental” (lo “narrativo”) se refiere al escenario, no a la causa. La causa de un *delirium* puede ser una intoxicación, una privación de una sustancia o una infección. Y su tratamiento consiste en actuar sobre la causa o sobre los mecanismos por los que ésta actúa. Pero el *delirium* consiste en que el sujeto vive una historia no compartida. Tiene una naturaleza narrativa.

La psiquiatría pretende una intervención sobre estas narrativas “indeseables” para la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal (en el caso de la psicoterapia) o de otros medios de actuación sobre el organismo (como en el caso de las terapias que pretendemos distinguir de ésta con el epíteto de *biológicas*, sin reparar en que podrá haber pocas intervenciones más biológicas que la psicoterapia).

La perspectiva ontogenética

Como planteaba hace casi medio siglo Faustino Cordón (Cordón 1966) “los psiquiatras, como los demás médicos, no tratan enfermedades, sino organismos

enfermos. Fundamental para tratar un organismo enfermo es conocerlo; pero también un modo esencial de conocerlo es entender cómo se trastorna”. Cordón nos propone una definición de organismo que es por naturaleza, relacional: “Definiremos como organismo a todo ser de naturaleza unitaria, esto es definido por un modo integrado de acción que lo mantiene en constante interacción con su medio:

En palabras de Cordón (1966): “...hay dos modos esenciales de conocer un organismo: a) entender cómo se mantiene su actividad y b) entender cómo se sale de su actividad regular (cuáles son los límites de mantenimiento de su equilibrio). El primer método remite forzosamente a la comprensión del medio de un organismo y de la relación de tal organismo con su medio; el segundo a la comprensión del conjunto de un organismo y su medio como culminación de la evolución conjunta de organismos de un nivel inferior y sus medios correspondientes” (En el caso del hombre las células y muy especialmente las neuronas). Como veremos el trabajo de los neurobiólogos y los psicólogos evolutivos en la última década ha permitido importantes avances en ambas estrategias complementarias y, además, se han producido importantes confluencias en el trabajo de ambos. Avances que de algún modo han venido a confirmar la intuición de Cordón según la cual “los animales heredan una organización nerviosa de una cierta complejidad y un medio determinado cuya riqueza conviene con dicha complejidad: La vida del animal es un juego incesante entre él y su medio”. Particular trascendencia en este juego tiene el hecho de “que el animal perciba, no sólo el medio, sino el resultado de su acción sobre el medio, gracias a lo cual el animal guía su conducta por su experiencia. Esta facultad -decía Cordón (1966)- es la que, transformada cualitativamente a nuestro nivel se traducirá (con la integración del medio humano) en la conciencia de nuestros yoes humanos”.

La enfermedad (y, por tanto, lo que consideramos trastornos mentales), según este modo de ver las cosas, podría tener dos tipos de causa primaria: El primero estaría provocado por procesos ambientales que inciden sobre la actividad de las células que integran el soma animal alterando al organismo animal, por así decirlo *de abajo a arriba*. El segundo sería “el de las provocadas cuando se trastorna la relación que guardan los procesos ambientales cuya coordinación (estereotipia externa) mantiene la coordinación interna de funciones sobre las que se sostiene la actividad animal en estado de salud (estereotipia interna) ya que “...de hecho, la coordinación de los procesos ambientales de este tipo (cuyo conjunto orgánico puede definirse como medio de un animal o del hombre) es lo que determina la experiencia integrada del animal, conforme a la cual la actividad animal regula (gobernando las actividades neuromusculares) todos los procesos internos para conseguir la conducta general adecuada a cada situación”, de modo que “...en consecuencia, la coordinación de respuestas interiores deja de ser la adecuada a las condiciones exteriores, lo que supone desajustes de algunas células con sus medios y, como efecto secundario, lesiones de células de un determinado órgano”. Estos

desajustes pueden actuar como las enfermedades de primer tipo provocando círculos viciosos. A esto podríamos llamar trastornos *de arriba abajo*.

En la última década este modo de ver las cosas ha recibido un importante apoyo de datos procedentes de la investigación en dos campos: por un lado neurocientíficos como, Damasio (1994), Panksepp (1998) LeDoux (1996) o Schore (1994, 2003), en una línea que ya fue inaugurada años antes por Maturana y Varela (1994), han intentado aprehender, a través del estudio tanto del funcionamiento normal como del enfermo, los sustratos neuroanatómicos y neurofisiológicos de fenómenos como las emociones, el pensamiento, la conciencia, reintroduciendo en el campo del pensamiento científico algunos de los temas clásicos de la psicología que habían sido en muy buena medida ignorados hasta por los psicólogos de los años duros del conductismo y la primera revolución cognitiva. Por otro desde el estudio del desarrollo infantil, los teóricos del apego (Ainsworth, Blehart, Waters y Wall, 1978; Main M, 1999; Crittenden, 2002) han retomado también con una nueva perspectiva y nuevo fundamento empírico, algunos de los temas clásicos de la psicología evolutiva y han resignificado los trabajos de psicólogos evolutivos de la etapa anterior como Vigotsky (1978) o Wallon (1987). Curiosamente los trabajos de unos y otros han llegado a los clínicos a través de la obra de psicoanalistas (Sieguel, 1999; Fonagy, Gergely & Target, 2004) que los han puesto en juego en su práctica asistencial.

Así, este renovado interés por los estudios experimentales sobre el desarrollo humano, con los datos concluyentes procedentes del mejor conocimiento del desarrollo y del funcionamiento del sistema nervioso central y las características de las funciones mentales a las que sirven de soporte, ha abierto nuevas vías de consideración de algunos de los fenómenos de antiguo puestos de manifiesto por la práctica de la psicoterapia (como los fenómenos transferenciales) y, más allá, de la naturaleza misma de la psicoterapia y de los trastornos abordables con ella, amén de las interacciones entre una y otros.

Los estudios sobre las relaciones de apego y sobre la capacidad de predecir las formas de apego que desarrollará un adulto con su hijo aún por nacer, a partir de su relación con su propia historia de apego detectada a través del AAI (Ainsworth, Blehart, Waters y Wall, 1978; Main M, 1999; Crittenden, 2002), han puesto de manifiesto la naturaleza interpersonal de los procesos que guían por un lado la construcción de la identidad y de los esquemas mentales que van a regular en un futuro las relaciones entre el self que así se constituye, y los posibles otros con los que discurrirá su vida. Y han abierto, a la vez, por otro lado, la vía para entender por qué una nueva experiencia de relación interpersonal puede modificar los problemas en estas relaciones que, en definitiva, constituyen la materia sobre la que los clínicos trabajamos.

El niño construye su sentido de sí mismo a través de la interacción con su cuidador adulto, en la medida, y según las condiciones, en las que éste es capaz de

atribuirle estados mentales que potencia o calma a través de su interacción con él o ella. Como resultado de esta misma operación y -diríamos que con los mismos materiales- el niño deviene capaz también de suponer en su cuidador otro, al que también supone estados mentales y con el que tenderá a interactuar según los modelos aprendidos en esta experiencia (con expectativas que, en ese entorno, han resultado sostenibles y con estrategias que han resultado útiles para lograr la regulación de sus afectos).

La capacidad de que hoy disponemos de establecer paralelismos entre este desarrollo de las funciones mentales y el desarrollo de las estructuras y funciones del sistema nervioso central, ha hecho posible explicar cómo este “aprendizaje” se da y se mantiene a través de mecanismos que no son necesariamente accesibles a la conciencia sino que constituyen lo que se conoce como *memoria implícita* que, hoy, sabemos que puede desarrollarse y mantenerse indemne sin la participación de las estructuras cerebrales responsables de la memoria declarativa o el pensamiento consciente.

Damasio (1994), a través de la hipótesis del *marcador somático*, nos ofrece un magnífico modelo de cómo se articulan estas configuraciones y cómo predisponen a la acción y condicionan la respuesta a determinadas configuraciones estímulares de forma automática, sin concurso previo de la conciencia.

Estos conocimientos proporcionan una nueva perspectiva -y confieren un nuevo valor- a algunos de los conceptos propuestos por los psicoterapeutas del siglo veinte para organizar y explicar su práctica clínica, y ofrecen también una nueva vía para explicar cómo contribuyen al cambio en psicoterapia.

Mardi Horowitz (1988, 1997), por ejemplo propuso hace ya mucho años que los modos de relación problemáticos con que los pacientes acuden a consulta resultan de la activación, en determinadas circunstancias, de algunos de los *modelos de relación de roles* que, como producto de sus relaciones tempranas, constituyen el repertorio modelos de relación de cada sujeto, de modo que en cada circunstancia, uno de ellos pasa a constituirse en *modelo de trabajo*, y a guiar las interacciones de este sujeto con quien, en esa circunstancia, actúa como otro. Lo que de algún modo había ya sido prefigurado por Bolwy quien la lo puso en relación con las relaciones de apego. La hipótesis de que aquello a lo que Horowitz se refiere a partir de la observación clínica se corresponde con lo que de algún modo había propuesto Bolwy como producto de las relaciones de apego, y tiene a la vez que ver con la forma en la que se produce el desarrollo del sistema nervioso central en relación con el ambiente abre perspectivas prometedoras (Siegel 1999). Los mismísimos fenómenos transferenciales (y su importancia en psicoterapia) podrían explicarse por esta misma vía.

Los mismos estudios sobre el desarrollo confieren también al lenguaje y a la actividad narrativa que éste hace posible, el papel central en la conformación de los aspectos más específicamente humanos de la conciencia del yo, los otros y la

relación entre ambos y nos ofrecen algunas claves para entender (ora en términos *psicológicos* ora como consecuencia del modo en el que se desarrolla y estructura el sistema nervioso central) algunos de los fenómenos observados en la clínica, como la disociación o las consecuencias de las experiencias traumáticas.

En definitiva, estas nuevas aportaciones al conocimiento del desarrollo y funcionamiento de la mente y del organismo humano (en el que juega un papel muy importante, pero no exclusivo, el sistema nervioso central) abren una ventana al modo en el que el ambiente configura y es configurado por el desarrollo ontogenético.

Se produce, así, un reencuentro (que hace poco parecía improbable) entre los estudiosos del ambiente y los del soma, que, en definitiva, han llegado a confluír en el terreno de un organismo que sólo puede definirse por su relación con el medio (En el caso del ser humano, un medio animal complejo, *trabado por la palabra* que ha abierto un sinfín de posibilidades).

Tal confluencia no podía dejar de tener consecuencias sobre el concepto mismo de *enfermedad* (o de *trastorno* o *problema*) y sobre la definición misma de la Psicopatología.

Además, la irrupción de estas nuevas concepciones, se da en el contexto del derrumbe, no sólo de los sistemas nosológicos a los que hacíamos referencia en un apartado anterior, sino, también, de algunos hipotéticos sustentos que éstos hubieran podido encontrar en el trabajo de los biólogos, que, muy frecuentemente, han llegado a los médicos y psicólogos sólo en la versión mítica en la que se presentan al gran público, o en la visión muy fragmentaria que proporciona la colaboración específica entre ambos para resolver problemas instrumentales.

La decodificación del genoma humano ha sido, sin duda, un importante avance de los biólogos y abrirá posibilidades de tratamiento, hasta hace poco insospechadas, para algunas enfermedades. Pero su comparación con otros genomas paralelamente descodificados (de la mosca del vinagre al chimpancé), hace insostenible la ilusión, que no hace mucho hay quien proclamaba sin vergüenza, de que, de algún modo, aquella cinta de ADN contenía el destino del organismo que surgía de la acción conjunta las células que la formaban. En un magnífico artículo publicado en 2005, Kendler (2005) critica algunos de estos mitos que los médicos en general y los psiquiatras y psicólogos clínicos en particular, hemos asumido acerca de la genética y, resituando en su lugar los conocimientos adquiridos en los últimos años, nos invita a volver los ojos al ambiente y, sobre todo a la relación compleja y bidireccional entre ambos.

No es que aún no sepamos cuál es el gen de la esquizofrenia. Es que ya sabemos no sólo que no hay un gen de la esquizofrenia, sino que si queremos entender el papel de lo genético en la vida en general y en el enfermar en particular, tendremos que abandonar la óptica que Kendler llama *preformacionista* y construir modelos complejos que permitan dar cuenta de la interrelación de lo heredado con el ambiente (o, mejor, con el medio). Kendler nos plantea que quizás tenga más sentido

buscar un gen para algo como la *búsqueda de novedad* o la *evitación del daño* y rastrear la interacción de estos rasgos con los posibles ambientes en los que se pueda producir el desarrollo, que para una entidad como la esquizofrenia.

Los estudios de primates han proporcionado un modelo animal para trastorno *borderline* de la personalidad. En un artículo de 2005, sobre trastornos de la personalidad, el psicoanalista Glen Gabbard (2005) nos resume algunos experimentos llevados a cabo con macacos Rhesus (Gabbard, 2005). Los estudios de primates han proporcionado un modelo animal para el trastorno *borderline* de la personalidad. Entre un 5 un 10% de los macacos *rhesus* son propensos a la realización de piruetas peligrosas en las que se dañan gravemente y exhiben desde antes de la pubertad conductas socialmente inadmisibles por la manada que les llevan a maltratar a los monos más débiles y arriesgarse imprudentemente con los más fuertes. La presencia de este tipo de comportamientos parece estar en relación con el metabolismo de la serotonina. Se ha detectado una relación inversa entre las medidas del metabolito ácido 5-hidroxiindolacético (nos referiremos a él, como a los otros, por sus siglas en inglés: 5-HIAA) en líquido cefalorraquídeo, y la propensión a estas conductas impulsivas. Sin embargo la propensión heredada parece modificarse con las experiencias de apego: los monos criados por madres muestran consistentemente una concentración más alta de 5-HIAA que los que se han creado entre coetáneos. El gen del transportador de la serotonina (5-HTT) presenta variaciones en su región promotora que dan lugar a dos alelos diferentes. El alelo corto confiere una menor eficiencia para la transcripción a esta región promotora, lo que se podría traducir en una disminución de la función serotoninérgica. Sin embargo, lo que Bennett y colaboradores (Bennett 2002) han encontrado es que los monos con el alelo corto no presentan diferencias en su concentración de 5-HIAA con los del alelo largo si han sido criados por madres, mientras sí lo hacen si han sido criados por coetáneos. Paralelamente, los macacos con alelo corto exhiben muchas más conductas agresivas que los del alelo largo si han sido criados por coetáneos y esta diferencia no existe entre los criados por madres, que tienen ambos el mismo nivel de agresividad que los criados por coetáneos con alelo largo.

Aún más llamativos son los resultados de un experimento en el que se pone al alcance de los monos una bebida alcohólica. De los monos criados por coetáneos, los monos con el alelo corto muestran una mayor propensión que los otros a consumir mayores cantidades de alcohol. Sin embargo entre los criados por madres, los monos del alelo largo consumen más alcohol que los del alelo corto, lo que parece que pondría de manifiesto que el alelo corto del gen del HTT podría determinar la presencia de patología en los monos con una experiencia de crianza subóptima mientras que podría ser adaptativo en monos con una crianza segura.

Gabbard (2005) señala la importancia de estos hallazgos para la psicoterapia, ya que esta podría entenderse como una de las experiencias que modifican la expresión de los genes en la acción humana. Como la Psiquiatría podría entenderse

como el manejo de otros procedimientos para actuar sobre esa misma interacción. Algo muy diferente de lo que imaginó Pinel

CONCLUSIONES MUY PROVISIONALES

1. Los complejos sistemas nosográficos construidos en la segunda mitad del siglo veinte con el propósito -entre otros- de servir de base para buscar tratamientos progresivamente más específicos para trastornos mejor definidos han fracasado en este objetivo (Y también en otros, como el de permitir predecir gastos)
2. Los recientes hallazgos sobre el origen (tanto filogenético como ontogenético) y la naturaleza del animal humano, permiten entender, en función de éstos, algunos hallazgos de los clínicos y, además, explicar el mecanismo de acción de muchas de las intervenciones consagradas en la práctica clínica
3. La Psicoterapia no es una ciencia (como no lo son la Medicina, ni la Arquitectura) porque su fin no es producir conocimiento, sino proporcionar un bien valorado socialmente, pero sí puede y debe buscar una base científica (Además de poder proporcionar observaciones que hagan avanzar la ciencia)
4. La ciencia de referencia para la Psicoterapia (y para la Medicina) habrá de ser aquella que tenga como objeto el estudio del organismo humano, teniendo en cuenta
 - Que este organismo sólo puede ser entendido como *relación*, que no es sino un foco unitario de acción y experiencia sobre el campo físico que constituye su medio
 - Que este organismo sólo puede ser concebido como miembro de una especie que resulta del proceso por el que los seres vivos evolucionan conjuntamente con su medio
 - Que, como organismo individual, surge de la acción combinada de los organismos de nivel inferior (en el caso de los animales, como el hombre, de células) que, a su vez, se nutren gracias a la acción del organismo de nivel superior
 - Que el organismo individual resulta de un proceso de desarrollo que se produce como resultado de la interacción con un medio que es un medio interpersonal
 - Que las experiencias tenidas por este organismo a lo largo de su desarrollo ontogenético modifican la expresión conductual de los determinantes genéticos.
5. La psicoterapia puede concebirse como una de estas experiencias que modifican la expresión de los determinantes genéticos y el efecto que sobre ellos y sobre la conducta futura tienen las experiencias anteriores.
6. Una psicopatología capaz de proporcionar una guía para las actuaciones de los clínicos (una verdadera (psico(pato)logía) debería partir de la consideración de la pasada interacción entre los factores genéticos y la experiencia para permitir

precisar la naturaleza de las experiencias psicoterapéuticas capaces de modificar su efecto

Este artículo revisa el modo en el que el concepto de enfermedad mental propuesto por Philippe Pinel a comienzos del XIX ha permanecido presente en la historia de la Psiquiatría y propone frente a ella una concepción constructivista de los trastornos mentales que fundamenta la naturaleza narrativa de los mismos. Desde esa perspectiva se exploran posibles explicaciones de los trastornos y las posibles formas de actuar sobre ellos, en el desarrollo filogenético de la especie humana, y en desarrollo ontogenético haciendo hincapié en sus aspectos relacionales.

Palabras clave: Psiquiatría, trastornos mentales, evolución, vinculación

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH MDS, BLEHART MC, WATERS E, & WALL S (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of strange situation*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum
- BARSKY, A. J.; GERINGER, E.; WOOL, C. A. (1988): "A cognitive-educational training for hypochondriasis", *General Hospital Psychiatry*, 10: 322-7.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. (1979): *Cognitive Treatment of Depression: a Treatment Manual*, Nueva York, Guilford. [Trad. cast. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclee de Brouwer].
- BEITMAN, B. D.; BECK, N. C.; DEUSER, W. E.; CARTER, C. S.; DAVIDSON J. R. T.; MADDOCK, R. J. (1994): "Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial", *Anxiety*, 1: 64-9.
- BEITMAN, B. D.; YUE, D. (1999): *Learning Psychotherapy: a Time-Efficient, Research-Based and Outcome-Measured Psychotherapy Training Program*, Nueva York, Norton.
- BENNETT, A. J., LESCH, K. P., HEILS, A., LONG, J. C., LORENZ, J. G., SHOAF, S. E. ET AL. (2002). Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Mol. Psychiatry*, 7, 118-122
- BERCHERIE, P. (1980): *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, París, Navarin. [Trad. cast. (1986): *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial].
- BEUTLER, L. E. (1983): *Eclectic Psychotherapy: a Systematic Approach*, Nueva York, Pergamon.
- BEUTLER, L. E.; CLARKIN, J. F. (1990): *Systematic Treatment Selection: Toward Targeted Therapeutic Interventions*, Nueva York, Brunnel/Mazzel.
- BEUTLER, L. E.; MOHR, D. C.; GRAWE, K.; ENGLE, D.; MCDONALD, R. (1991): "Looking for differential treatment effects: cross-cultural predictors of differential therapeutic efficacy", *Journal of Psychotherapy Integration*, 1: 121-42.
- CIOMPI, L. (1989): "The dynamics of complex biological-psychological systems; four fundamental psychological mediators in the long-term evolution of schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 155 (Supl. 5): 15-21.
- CORDÓN F (1966): Significación de la técnica de los reflejos condicionados para entender el origen y naturaleza de la actividad animal. Colodrón A: *La medicina cortico-visceral*. Madrid: Península

- CORDÓN F (1978): *Tratado evolucionista de biología. Parte primera: origen, naturaleza y evolución de los individuos protoplásmicos*. Madrid: Alfaguara.
- CORDÓN, F. (1979): *Cocinar hizo al hombre*, Barcelona, Tusquets.
- CORDÓN, F. (1981): *La naturaleza del hombre a la luz de su origen biológico*, Barcelona, Anthropos.
- CRITTEDEN PM (2002). *Nuevas implicaciones de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro
- DAMASIO A (1994). *Descartes' error: emotions, reason and the human brain*. New York: Grosset/Putnam
- DÖRNER, K. (1969): *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Frankfurt am Main, Eupäische Verlaganstalt. [Trad. cast. (1974): *Ciudadanos y locos*, Madrid, Taurus].
- ESQUIROL, J. E. D. (1838): *Des maladies mentales considérés sous les rapports medical, hygienique et médico-legal*, París. [Trad. cast. (1991): *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dorsa].
- FAIRBURN, C. G. (1993): "Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa", en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M. *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, pp. 353-78.
- FAIRBURN, C. G.; JONES, R.; PEVLER, R. C.; CARR, S. J.; SOLOMON, R. A.; O'CONNOR, M. E.; BURTON, J.; HOPE, R. A. (1991): "Three psychological treatments for bulimia nervosa", *Archives of General Psychiatry*, 48: 463-9.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A. (2001): "Una confluencia en las narrativas", en FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RODRÍGUEZ VEGA, B. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, Bilbao, Desclée de Brouwer, pp. 49-63.
- FERNÁNDEZ LIRIA, C. (1995): "Enfermedad, familia y costumbre en el periférico de San Cristóbal de las Casas", *América Indígena LV*, (1-2): .
- FONAGY P, GERGELY G, J. E., & TARGET M (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press
- FOUCAULT, M. (1964): *Histoire de la folie a l'age classique*, París, Gallimard. [Trad. cast. (1979): *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica].
- GABBARD, G. O. (2005). Mind, brain, and personality disorders. *Am.J.Psychiatry*, 162, 648-655
- GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. (1980): "Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa", *Psychological Medicine*, 10: 647-56.
- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. (1992): *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model*, Londres, Routledge.
- GRACIA, D.; ESPINO, J. A. (1979): "Desarrollo histórico de la psiquiatría", en GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; VELA, A. Y ARANA, J.: *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Karpos.
- HARDING, C. M.; ZUBIN, J.; STRAUSS, J. S. (1987): "Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact or artifact?", *Hospital and Community Psychiatry*, 38: 477-86.
- HOROWITZ, M. J. (1976): *Stress Response Syndromes*, Nueva York, Jason Aronson.
- HOROWITZ, M. J. (1988): *Introduction to Psychodynamics, a New Synthesis*, Londres, Routledge.
- HOROWITZ, M. J. (1997): *Formulation as a Basis for Psychotherapy Treatment*, Washington, American Psychiatric Press.
- HOROWITZ, M. J.; MARMAR, C.; KRUPNICK, J. ET AL. (1984): *Personality Styles and Brief Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- KAHLBAUM, L. (1863): *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen*, Danzig, Verlag von A. W. Kafemann. [Trad. cast. (1995): *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, Dorsa].
- KENDLER, K. S. (2005). "A gene for...": the nature of gene action in psychiatric disorders. *Am.J.Psychiatry*, 162, 1243-1252
- KLERMAN, G. L.; Rousanville, B.; Chevron, E.; Neu, C.; Weissman, M. M. (1984): *Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT)*, Nueva York, Basic Books.
- KRAEPELIN, E. (1905): *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, 20.ª ed., Leipzig.
- LEDOUX JE (1996): *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster
- LUBORSKY, L. (1984): *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy; A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Nueva York, Basic Books.
- LUBORSKY, L. (1996): *The Symptom-Context Method; Symptoms as Opportunities in Psychotherapy*, Washington DC, The American Psychological Association.
- LUBORSKY, L.; BARBER, J. P.; DIGUER, L. (1992): "The meanings of narratives told during psychotherapy: the fruits of a new observational unit", *Psychotherapy Research*, 2 (4): 277-90.

- LUBORSKY, L.; CHANDLER, M.; AUERBACH, A. H.; COHEN, J.; BACHRACH, H. M. (1971): "Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research", *Psychological Bulletin*, 75: 145-85.
- LUBORSKY, L.; CRIST-CHRISTOPH, P. (1988): "Measures of psychoanalytic concepts; last decade of research from "The Penn Studies"", *The International Journal of Psychoanalysis*, 69: 75-86
- LUBORSKY, L.; CRIST-CHRISTOPH, P.; MINTZ, J.; AUERBACH, A. (1988): *Who will Benefit from Psychotherapy?*, Nueva York, Basic Books.
- LUBORSKY, L.; DERUBIES, R. J. (1984): "The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style", *Clinical Psychology Review*, 4: 5-14.
- MAIN, M. (1999). Attachment theory: eighteen points with suggestions for future studies. In L. Ciompi & Shaver PR (Eds.), (pp. 845-887). New York: Guilford
- MATURANA, H. (1995). *La realidad: Objetiva o construida? II: Fundamentos biológicos del conocimiento*. Barcelona: Anthropos.
- MATURANA H, VARELA F. (1994): *El árbol del Conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria
- NAGEL, E.; NEWMAN, J. R. (1958): *Gödel's Proof*. Nueva York, New York University Press.
- NEUCHTERLEIN, K. H.; DAWSON, M. E. (1984): "A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes", *Schizophrenia Bulletin*, 10: 300-12.
- OMER, H.; ALON, N. (1997): *Constructing Therapeutic Narratives*, Northvale: Jason Aronson.
- PANKSEPP, H. (1998) *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press
- PINEL, P. (1801): *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale, ou la manie*, Paris, Richard, Gaille et Ravier. [Trad. cast. (1988): *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*, Madrid, Nieva].
- PROCHASKA, J. O. (1984): *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis*, Homewood (Ill), Dorsey.
- PROCHASKA, J. O. (1986): "The transtheoretical approach", en Norcross, J. C. (ed.): *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, Nueva York, Brunel/Mazel.
- PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C. (1984): *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy*, Homewood (Ill), Dow Jones-Irwin.
- PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C. (1992): "The Transtheoretical Approach", en Norcross, J. C. y Goldfried, M. R.: *Psychotherapy Integration*, Nueva York, Basic Books, pp. 330-4.
- PROCHASKA, J. O.; ROSSI, J. S.; WILCOX, N. S. (1991): "Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research", *Journal of Psychotherapy Integration*, 1: 103-20.
- SCHORE, AN (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale (NJ): Erlbaum
- SCHORE, AN (2003). *Affect dysregulation and disorders of the Self*. New York: Norton
- SIEGEL DJ. The developing mind (1999): How relationships and the brain interact to shape who we are. New York: Guilford
- STRICKER, G. (1997): "Are Science and Practice Commensurable?", *American Psychologist*, 52: 442-8.
- STRUPP, H. H.; BINDER, J. L. (1989): *Psychotherapy in a New Key*, Nueva York, Basic Books. [Trad. cast. (1993): *Una nueva perspectiva en psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer].
- VIGOTSKI LS (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge (Massachusetts): The President and Fellows of Harvard College (Trad cast: El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Crítica)
- WALLON, H (1987). *Del acto al pensamiento*. Buenos Aires: Psique
- WARWICK, H. M. C.; SALKOVSKIS, P. M. (1990): "Hypochondriasis", *Behavior Research and Therapy*, 28: 105-17.
- WHITE, M.; EPSON, D. (1990): *Narrative Means to Therapeutic Ends*, Nueva York, Norton. [Trad. cast. (1993): *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona: Paidós].
- ZUBIN, J.; STEINHAEUER, S. (1981): "How to break the logjam in schizophrenia; a look beyond genetics", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169: 477-94.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 59 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayón Cobos, Mar Gómez, Leonor Pantinat Giné, Ramón Rosal Cortés.

Consejo Editorial: Alejandro Avila, Cristina Botella, Lluís Botella García del Cid, Isabel Caro, Guillem Feixas Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, José Luis Martorell, Mayte Miró, José Navarro, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Jaume Sebastián, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

Coordinación Editorial: Lluís Botella García del Cid

Secretaría de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2007 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

- A.- Suscripción para el año 2007 (números 69-72): 45 euros.** (IVA incluido).
Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 65-68).
- B.- Suscripción al resto de la colección desde principios de 1990 hasta finales de 2007. Oferta por 200 euros.** (IVA incluido).
Comprende la suscripción para el año 2005 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.
- C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 3 euros.** (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S.L.)
C./ Francesc Tàrrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

EL PODER DE LA ESCRITURA EN PSICOTERAPIA

Héctor Fernández-Alvarez

Centro Aiglé Buenos Aires

hfa@aigle.org.ar

Todas las escrituras presentan un aspecto de cerco extraño al lenguaje hablado. La escritura no es en modo alguno un instrumento de comunicación, no es la vía abierta por donde sólo pasaría una intención del lenguaje.....es una contra-comunicación, intimidada.

Roland Barthes: El grado cero de la escritura.

In this article the writing cure is considered as a development of the talking cure. The author analyzes different ways for explain how expressive writing promotes health and emotional well-being. Writing about emotional experiences becomes a therapeutic process with specific benefits to be encouraged in the regular practice of the psychotherapy.

Key words: *psychotherapy, writing cure, talking cure, narratives, autobiography.*

Introducción

Cuando Freud presentó a la psicoterapia como un método para el tratamiento de los trastornos mentales estaba llevando al campo de la ciencia un proceder al que los seres humanos habían recurrido desde tiempos inmemoriales para aliviar el padecimiento de sus semejantes. Dicho método, empleado habitualmente en la vida cotidiana, consistía en hablar. En hablar de los pesares y de las dificultades que alguien encontraba en el tránsito de su vida. Ese diálogo tenía la propiedad, por ejemplo, de mitigar el sufrimiento de quien debía enfrentar obstáculos o pérdidas importantes o de serenar el espíritu inquieto de alguien que se veía invadido por

impulsos o actitudes violentas o destructivas. Dialogar con otro abría, también, la posibilidad de contar con un interlocutor que orientara en las decisiones a aquel que se encontraba confundido, así como de brindar apoyo y confianza a alguien cuando sentía disminuida su autoestima.

El psicoanálisis fue el intento de convertir esa práctica espontánea y natural en una modalidad científica de intervención que, siguiendo un modelo heurístico definido, se valiera de las propiedades de ese intercambio con el objetivo de desentrañar las razones que subyacían a los trastornos mentales, con la expectativa de que dicho descubrimiento permitiera allanar el camino hacia la mejoría del enfermo. Paciente y terapeuta hablaban en el curso de las sesiones con el fin de descubrir el origen de la perturbación y también como un medio para que el paciente pudiese detectar los cambios que facilitarían la recuperación de su equilibrio psíquico.

Durante décadas, este intercambio verbal constituyó el componente nuclear del dispositivo psicoterapéutico. El psicoanálisis fue denominado, por esa razón, la Cura por el Habla (*The Talking Cure*). El prototipo de la terapia psicológica se ilustra, por ese entonces, con un paciente reclinado en un diván hablando con un terapeuta sentado detrás de él que también intervenía verbalmente para preguntar, señalar, interpretar, etc. Lo que se esperaba del paciente era que pudiera *decir* todo lo que venía a su mente en el curso de la sesión. Al terapeuta se le exigía que fuera, antes que nada, capaz de *escuchar*. Luego, su palabra debía ser la llave que condujera al develamiento de las claves guardadas en el inconsciente del paciente.

Muy pronto surgieron otras propuestas que proponían diferentes métodos de organización del espacio terapéutico. En el caso del psicodrama, Moreno descubrió que el empleo de recursos escénicos y el lenguaje corporal eran un medio eficaz para destrabar zonas de conflicto personal y para mejorar la condición clínica de los pacientes. Otros enfoques terapéuticos, entre ellos la terapia gestáltica otorgaron asimismo gran importancia a las formas de comunicación expresiva y no verbal. Años después, con la aparición de los métodos de modificación de conducta apareció una nueva manera de atacar los trastornos mentales. Se trataba de utilizar técnicas que operaban sobre los procesos de condicionamiento conductual, guiando el trabajo terapéutico a través de acciones destinadas a modificar la secuencia estímulo-respuesta. El lenguaje de la acción pasó a ocupar un lugar central.

Aunque éstas y muchas otras novedades modificaron el escenario de la psicoterapia, el papel del intercambio verbal entre terapeuta y paciente conservó un lugar preponderante. La renovación teórica introdujo nuevos modelos como la terapia sistémica y, posteriormente, el enfoque cognitivo. Al amparo de dicha renovación proliferaron nuevos procedimientos técnicos y modos de intervención. La diversidad fue tan grande que se hizo necesario investigar cuáles eran los principios comunes de un campo asistencial cada día más vasto y heterogéneo. La tendencia a pensar con una mentalidad integrativa se hizo sentir progresivamente

hacia fines de la década de 1970. La identificación de ciertos “factores comunes” a todas las psicoterapias sirvió para realzar el papel de la alianza terapéutica y su incidencia sobre los resultados del tratamiento. Entre dichos factores comunes la empatía del terapeuta y la confianza que despierta en el paciente así como la presencia de una buena cuota de esperanza en que las dificultades podrán ser enfrentadas favorablemente fueron señaladas como algunos de los recursos primordiales para el éxito de la terapia. En todos ellos el intercambio dialógico entre el paciente y el terapeuta cumple un papel decisivo.

El imaginario colectivo recogió ese fenómeno como la imagen dominante de esta práctica. Contarle a un terapeuta los problemas o las dificultades con que alguien se topa en la vida es visto como un medio bastante plausible para mitigar la ansiedad que esos inconvenientes generan. La palabra cálida y afectuosa de un terapeuta para una persona que se encuentra deprimida y desesperanzada suele ser un aliciente para que obtenga las fuerzas que necesita para seguir adelante.

Consecuentemente se fue construyendo una fuerte representación social de que hablar con un terapeuta es un buen modo de resolver conflictos y superar trastornos. Las personas creen, con frecuencia, que el mero hecho de hablar (y de contar sus dificultades a su terapeuta) tiene un efecto liberador. Relatar un problema es visto, con frecuencia, como un desahogo, como una manera de reducir tensiones y de obtener alivio sintomático. Sin embargo, este hecho, que tiene claras reminiscencias de los métodos catárticos, sabemos que es sólo parcialmente cierto. Más aún, así como no siempre el hecho de entablar una conversación en la vida cotidiana produce el beneficio que se pretende, algo semejante ocurre en el seno de una relación psicoterapéutica. Una manifestación habitual de ese sesgo es la creencia que expresan muchas personas de que participar en un grupo terapéutico resulta menos beneficioso que recibir terapia individual pues anticipan que tendrán restricciones para decir todo lo que imaginan que necesitarían hablar en el curso del tratamiento. Piensan que dentro del espacio del grupo, la necesidad de compartir el tiempo con otros pacientes, les impedirá disponer de las condiciones (en particular la atención del terapeuta) para exponer sus dificultades. La experiencia clínica con los grupos terapéuticos demuestra que esta idea es un preconcepto y que no se corresponde con los resultados que se obtienen con dicho abordaje. Más aún, el papel de la observación y la fuerza de los procesos vicarios aportan, con frecuencia, un peso más importante para la promoción de cambios que el tiempo destinado a hablar sobre uno mismo. La terapia de grupo es un dispositivo que testimonia de manera elocuente que los logros terapéuticos no están vinculados de manera lineal y directa con la cantidad de verbalizaciones que produce un paciente en el curso del tratamiento.

No caben dudas que el diálogo puede tener efectos muy potentes para tranquilizar a cualquier persona agitada o para guiar a alguien que se encuentra confuso y, especialmente, es un recurso privilegiado para realizar cualquier análisis

sobre los procesos mentales y explorar los significados personales del paciente. No obstante, en los últimos tiempos hemos venido a descubrir que no es necesario (ni conveniente) hacer girar la práctica de la psicoterapia exclusivamente sobre ese carril. Las novedades en este campo ocurridas en las últimas décadas están modificando sustancialmente el panorama, tanto en la manera de definir los objetivos como en la selección de las tareas a las que se recurre para alcanzar esos objetivos. Y estos dos elementos (fines y medios) sabemos que constituyen, junto a la relación terapéutica, los componentes de la alianza de trabajo. El uso de la escritura ha venido desarrollándose fuertemente en los últimos veinte años como un medio de enorme utilidad y hoy constituye un elemento primordial de muchos formatos y dispositivos de psicoterapia.

Los antecedentes existentes en la literatura son muy variados y están dispersos pues durante muchos años no fue considerado como un método particularmente relevante. Probablemente el primer texto específico en la materia haya sido un artículo de Burton en 1965 (White & Epstein, 1990). En épocas recientes se pueden encontrar algunos ejemplos interesantes en autorres como Milton Erickson, quien recurrió a la escritura automática como un medio de indagar en el funcionamiento de la organización inconsciente. Y lo hizo destacando la importancia de las cuestiones actitudinales, antes que de contenido. Por ejemplo, la presión hecha sobre algún fragmento de la escritura puede transmitir un mensaje importante. Sostenía la idea de que al paciente le resulta especialmente difícil responder a la consigna de escribir algo de manera automática y que suele tener dificultades para hacerlo con libertad pues la tarea que se le pide lo lleva a tener que manifestar algo muy íntimo y para lo cual, muchas veces, no se siente en condiciones de afrontar adecuadamente (Rosen, 1986).

Los autorres enrolados en la corriente narrativa han sobresalido. White y Epstein (1990), tras reseñar las diferencias entre el lenguaje oral y el escrito, presentan una extensa muestra de modelos de cartas que pueden utilizarse en la psicoterapia: de invitación, de predicción, de referencia, etc. El texto es particularmente interesante pues presenta el uso de las cartas que realiza el terapeuta para lograr diversos fines. A medida que nos acercamos hacia el presente los ejemplos se multiplican y hoy está incorporado como un recurso más de la práctica.

La Cura por la Escritura (*The writing cure*)

Aunque es posible encontrar en la literatura antecedentes sobre el empleo de textos, cartas o diarios, sólo recién en la psicoterapia contemporánea la escritura ha llegado a adquirir una significativa importancia (Lepore y Smyth, 2002). Las razones que explican ese fenómeno deben buscarse en diversas fuentes. Resulta claro que el florecimiento de dicho recurso comenzó a hacerse firme a lo largo de la década de 1980, coincidiendo con la aparición de una nueva generación de procedimientos. Podemos identificar tres factores principales que contribuyeron a

promover el uso de la escritura en este campo:

- a) la modificación del dispositivo tradicional de sesiones regulares
- b) el desarrollo de nuevas propuestas terapéuticas, en particular los abordajes para el tratamiento de las enfermedades físicas y de episodios traumáticos
- c) el impacto sobre la concepción del modelo general de la psicoterapia derivado de la aparición de la terapia cognitiva.

Nuevos dispositivos

La psicoterapia, durante la época clásica, estructuró rígidamente su dispositivo ajustándolo a un formato que se ha venido flexibilizando progresivamente en los últimos años. El procedimiento consiste en encuentros frecuentes entre dos personas (este número se extendió al desarrollarse los formatos grupal y familiar) que se reúnen periódicamente con el fin de llevar a cabo un intercambio que se ajusta al modelo conversacional. Paciente y terapeuta conversan con el fin de identificar las claves que permitan explicar de manera consistente la perturbación y elaborar a partir de allí los cambios necesarios para lograr la mejoría.

Esos encuentros son, por lo general, regulares. Durante muchos años, el formato prescribía varias sesiones semanales, que podían extenderse a lo largo de varios años. La aparición de nuevos modelos y la irrupción de las terapias breves y focalizadas cambiaron la frecuencia y la extensión. Como consecuencia de esos cambios, la psicoterapia hace ya bastante tiempo que no se ajusta a un formato predeterminado y responde a las necesidades presentes en cada caso. Hoy en día, en un elevado número de tratamientos las sesiones no se llevan a cabo con intervalos sistemáticos, ni el tiempo de todas las sesiones es equivalente. Con el transcurso del tiempo no sólo fue variando la extensión sino también las actividades y otros aspectos inherentes al dispositivo terapéutico. Esta acentuada flexibilidad de los dispositivos fue acompañada con el fuerte impulso que adquirió un recurso que había estado presente casi desde los inicios de la terapia, pero que sólo recientemente se incorporó como una herramienta habitual. Se trata de las llamadas “Tareas Intersesión” (*Homework assignments*). Muchos enfoques terapéuticos recurren a este recurso como un elemento sustancial e incluso existen programas de tratamiento que lo utilizan como un elemento central para el logro de los objetivos. Estudios empíricos han demostrado en los últimos años un beneficio muy significativo con el uso de estas tareas (Kazantzis, Deane y Ronan, 2000).

Tompkins (2004) identifica las siguientes ventajas de las tareas intersesión: 1) potencian los efectos de la intervención terapéutica pues favorecen que la tarea de recuperación del paciente sea una actividad continua, 2) permiten transferir los logros a situaciones similares a las que originan la demanda, 3) aumentan la confianza del paciente en sus propios recursos para superar las dificultades, 4) ayudan a reconocer mejor las circunstancias que rodean el pedido de ayuda del paciente, 5) son un excelente medio para probar los supuestos básicos y las

creencias asociadas con la situación disfuncional, 6) favorecen el fortalecimiento de la alianza terapéutica y 7) facilitan estructurar y darle dirección al tratamiento.

La escritura es un medio particularmente favorable para esos fines ya que pueden encontrarse múltiples oportunidades para que el paciente lo lleve a cabo fuera de las sesiones. El registro escrito es, al mismo tiempo, un excelente soporte para el trabajo de elaboración posterior que dichas tareas exigen.

Intervenciones específicas con enfermedades físicas y episodios traumáticos

En las últimas décadas, la psicoterapia extendió de manera significativa su campo de aplicaciones. Después de haber generado numerosas propuestas para la gran mayoría de los llamados trastornos mentales, comenzó a incursionar en otros campos. Uno especialmente fértil ha sido el de las enfermedades físicas. Si bien hace muchos años que la llamada medicina psicosomática había señalado la conveniencia de emplear terapias psicológicas para asistir a pacientes con problemas médicos, en los últimos tiempos se afianzó una generalizada expectativa de que la psicoterapia puede cumplir un importante papel para mejorar las condiciones de vida de los pacientes que padecen alguna enfermedad. Las intervenciones psicológicas se han convertido en un arma potente para la asistencia de un amplio abanico de situaciones médicas, incluyendo condiciones clínicas muy severas, crónicas o terminales, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Pennebaker es una de las autoridades indiscutibles de estos modernos desarrollos. Sus trabajos son un significativo conjunto de contribuciones sobre el beneficio de la psicoterapia para mejorar la salud e incluyen numerosas presentaciones sobre la “Técnica de la escritura expresiva o emocional”, el procedimiento central que desarrolló para trabajar con esos pacientes (Pennebaker, 1997 a, 1997 b). Curiosamente (o no) según él mismo relata, su interés en el tema estuvo parcialmente basado en haber crecido dentro de una familia donde se cultivaba poco la reflexión y había muchos problemas de salud (Pennebaker, 2002).

La escritura tiene en su expresión emocional un potencial saludable muy significativo. Se han recogido pruebas empíricas de que escribir por algunos minutos durante varios días continuados mejora la salud física y mental de las personas. Esto se pudo verificar en distintos grupos de edad, género, cauce cultural, clase social y estilos de personalidad. Utilizando el programa computarizado LIWC (*Linguistic Inquiry and Word Count*) se pudo comprobar que los que mejoran más sus condiciones de salud son quienes tienden a incrementar el número de palabras asociadas con emociones positivas al correr de los días. En estas personas se verifica, también, una riqueza progresiva de sus cogniciones a medida que progresa la experiencia (Pennebaker & Seagal, 1999).

Al mismo tiempo, la psicoterapia se posicionó como uno de los procedimientos más útiles para brindar asistencia a las personas que enfrentan las consecuencias de situaciones traumáticas. Ambas condiciones no están nada alejadas entre sí, ya

que las enfermedades suponen, en muchos casos, un acontecimiento traumático en la vida del paciente. De todos modos, los fenómenos traumáticos que cayeron bajo la lupa de la psicoterapia excedieron en gran medida a las enfermedades, incluyendo las catástrofes naturales, los episodios de terrorismo y la violencia social en general. Los procedimientos de expresión emocional basados en la escritura para atender a personas afectadas por traumas han sido incorporados a gran escala, incluyendo el empleo de las nuevas tecnologías como Internet.

El impacto de la terapia cognitiva

La irrupción de la terapia cognitiva ha revolucionado el campo de las psicoterapias. El cambio radical aportado por este nuevo enfoque se expresa tanto en el plano teórico como en los aspectos técnicos. El modelo cognitivo propone examinar la manera en que los seres humanos organizan su experiencia y el modo en que se desarrollan los ciclos disfuncionales que generan el padecimiento psíquico. El trabajo terapéutico está centrado sobre los esquemas que regulan el procesamiento mental, buscando identificar las creencias y los patrones emocionales comprometidos con la actividad disfuncional. El objetivo de la terapia es que el paciente pueda encontrar y ensayar alternativas que permitan flexibilizar los patrones disfuncionales y reorganizar su experiencia personal. El arsenal de técnicas disponibles es muy amplio y su complejidad varía en gran medida de acuerdo con cada propósito específico. En todos los casos, los procesos de cambio terapéutico suponen transformaciones en el sistema de significados del paciente. La reestructuración cognitiva puede considerarse como el prototipo de dichas intervenciones.

Varios de los principios que caracterizan a la terapia cognitiva se ajustan muy bien al modelo de trabajo intersesión antes descrito, en particular el hecho de ser tratamientos que privilegian el establecimiento consensuado de objetivos entre paciente y terapeuta y que promueven una conducta activa de ambos para tratar de lograr esos fines. Esto favorece el uso de tareas escritas, un medio que se ve realizado por la utilidad que brinda para las operaciones centrales de cambio de este modelo: la refocalización de la atención, la resignificación y la reestructuración cognitiva (Fernández-Alvarez, 1992)

Propiedades de la escritura

Los seres humanos habitamos un mundo lingüístico. El ingreso a ese mundo es el momento más crucial del desarrollo evolutivo. Aunque todas las funciones vitales del desarrollo son signos importantes, ninguna alcanza el peso que tiene el acceso al lenguaje. La adquisición de la comunicación verbal en los niños es seguida con particular ansiedad por padres y allegados y cada uno de sus pasos es celebrado especialmente. Consecuentemente, cuando se producen atascos en ese camino surge una fuerte preocupación. Y cuando ese temor se cristaliza, ante la evidencia

de un déficit acentuado como en el caso del autismo, los familiares se ven invadidos por un estado de profunda desesperación.

La función del lenguaje es fundamental a lo largo de todo el arco vital y va sufriendo transformaciones a medida que se despliega la vida de las personas. En un estudio muy interesante se exploró la relación entre el uso del lenguaje y el transcurso de la edad. Más de cuarenta estudios que reunieron a varios miles de participantes permitieron observar que a medida que avanzan en su edad, los seres humanos emplean, en general, más palabras con una carga afectiva positiva y menos con carga negativa, utilizan formas verbales con más tiempos en futuro y menos en pasado, recurren a patrones de expresión que denotan un aumento de la complejidad cognitiva y disminuye el uso de auto-referencias. Esto último, además, se complementa con el hecho de que algunas personas incrementan, con el paso del tiempo, el uso de la primera persona del plural en lugar del singular. Este hecho parece asociado con la apasionante observación de que las personas más saludables en edad avanzada son las que guardan relaciones más estrechas con otros (Pennebaker y Stone, 2003).

Vivimos dentro del lenguaje y nada de lo que nos caracteriza ocurre fuera de él. Wittgenstein llevó este aserto a su máxima expresión dentro de la filosofía contemporánea. En la etapa más madura de su evolución sostuvo que los seres humanos participamos de manera permanente en juegos de lenguaje y todo lo que vivimos está atado a los intercambios que el lenguaje hace posible (Wittgenstein, 1997). En el pensamiento contemporáneo no caben dudas del rol primordial que ocupa el lenguaje en la actividad humana. El lenguaje es la máquina que sostiene nuestra producción y para captar y comprender nuestro desempeño necesitamos saber qué cosas somos capaces de hacer con las palabras (Austin, 1982)

La complejidad del lenguaje es enorme. Las competencias con que contamos gracias a este recurso son múltiples. Nos permite desarrollar formas superiores del pensamiento y así alcanzar, por vía autopoyética, la acción reflexiva y la maravilla de la conciencia. También nos permite crear otros mundos y proyectarnos en espacios trascendentes (Bruner, 1988). El lenguaje nos habilita, además, para tener una historia personal y social. Su materia es el significado y para sus propósitos se vale de varios instrumentos. Una de sus herramientas fundamentales es la producción verbal, debido a la prontitud e inmediatez con que hace circular la comunicación. La fluidez que imprime a los intercambios humanos la vuelve especialmente ágil. Pero no es la única. El lenguaje también se vale de gestos, posturas, gráficos, ademanes, cantares, etc.

El lenguaje escrito tiene propiedades definitorias que se recortan con nitidez. Barthes abordó brillantemente sus cualidades en un breve ensayo. Es un lenguaje endurecido y vuelto sobre sí. Esta introversión lo hace aparecer siempre como un mensaje simbólicamente cargado a diferencia del lenguaje hablado que, como dice el refrán “se lo lleva el viento”. La palabra escrita se apoya en una materia que está

fuera del lenguaje, “ésta enraizada en un más allá del lenguaje, se desarrolla como un germen y no como una línea” (Barthes, 1973).

La escritura es una herramienta muy sutil cuyos alcances cumplen un papel decisivo en el desarrollo cultural y cuyas propiedades están siendo descubiertas por los psicoterapeutas como un poderoso medio para ayudar a producir cambios en el curso de los tratamientos. Veamos cuáles son las más relevantes para nuestra labor. En primer lugar, se trata de un recurso cuyo *desarrollo es relativamente tardío*, al menos comparado con el lenguaje verbal. Su aparición se produce cuando el individuo está instalado en un momento más maduro de su evolución y necesita haber alcanzado ciertas competencias previas que no se requieren para el habla.

En segundo lugar se trata de un medio cuyo dominio se adquiere, por regla general, a través de alguna *forma sistemática de instrucción*. A diferencia de otras formas de lenguaje que son espontáneas, la escritura requiere de un proceso en el que intervienen, casi siempre, personas que ofician de instructores para que el individuo adquiera esa habilidad. Algunos sistemas de escritura son, además, particularmente difíciles de adquirir. De allí que, en algunas culturas, por ejemplo en las que el sistema de escritura se rige por el sistema ideográfico, las personas que alcanzan esa formación son escasas y el proceso necesario para adquirir esa habilidad o para incrementar su poder es de muy difícil acceso.

En tercer lugar se trata de una competencia cuyo dominio supone el *manejo de reglas de aplicación muy estrictas*. Si bien el habla debe ajustarse también a reglas que al infringirse pueden ser motivo de exclusión para el usuario, en el caso de la escritura observamos una mayor severidad del criterio. Esto plantea mayores exigencias en su adquisición y delata de manera más evidente las dificultades para alcanzarla. Por ejemplo, la sintaxis y la ortografía suelen ser puntos críticos en el aprendizaje. Los sistemas educativos formales suelen penar con severidad las alteraciones de dichas reglas y el sistema social se apoya en dichos patrones como un medio de fuerte discriminación social. La caligrafía ha sido por mucho tiempo otro aspecto que establecía marcas de discriminación personal y social profundas, con una función algo similar a las diferencias interpersonales basadas en el modo de elocución verbal. Hoy en día, el empleo cada vez más frecuente de máquinas para la escritura ha ido desdibujando esa marca.

Por último, se trata de un recurso que tiene *carácter documental*. Lo que escribimos queda registrado y, como tal, es muchas veces el único testimonio que podemos exhibir sobre alguna situación vivida. La presencia de textos es, en muchas ocasiones, la prueba definitiva que denota la existencia de ciertos actos. Los adolescentes se refugiaron en sus diarios para relatar los sucesos íntimos que los acuciaban. Y un texto acompañando una tarjeta suele ser el mejor testimonio de algo importante que se intenta transmitir en cualquier acontecimiento o celebración. Mediante escritos quedan establecidos los actos públicos y privados fundamentales de la vida cotidiana: las uniones matrimoniales, la obtención de títulos académicos,

las designaciones públicas, la adquisición de bienes. La escritura es el medio de que nos valemos para dejar sentada nuestra identidad a través de la firma que nos representa.

Todo ello hace de la escritura un *sistema no automático de expresión* que implica cierta demora entre la configuración mental y la puesta en acto de la comunicación. Esa distancia que media entre lo que pensamos y sentimos respecto de lo que transmitimos por vía escrita puede protegernos de los habituales exabruptos que pueden originarse en las expresiones verbales o las manifestaciones descontroladas de nuestro sistema gestual. Además, nos permite reelaborar lo que pretendemos decir pues admite un elevado grado de correcciones. La contrapartida es que, por supuesto, lo que dejamos asentado por escrito tiene, precisamente, el carácter de una prueba difícil de revocar.

Derivado de este hecho, la escritura se nos suele presentar como un procedimiento difícil. Con frecuencia, estar frente a la hoja o a la pantalla nos coloca ante un desafío y a medida que lo intentamos también registramos innumerables sensaciones de frustración. Porque no logramos plasmar en el escrito “lo que queremos decir”, porque nuestro estilo nos resulta poco agradable y tememos la desaprobación social u otras reacciones adversas que nos conducen, con frecuencia, a rehacer una y otra vez el texto.

Por todas estas razones, la escritura es al mismo tiempo un arte de la comunicación portentoso pero también riesgoso. Recurrimos a él para transmitir cosas importantes pero también le tememos porque no es fácil de manejar y puede delatar en profundidad nuestras debilidades. Escribir es, sencillamente, una competencia difícil y muchas personas prefieren evitarlo todo lo que sea posible. Las excusas para evitarlo son muchas: la dificultad de expresión, la pobreza caligráfica, el tiempo que demora, etc., pero la razón más importante radica en el peso que tiene cuando lo que decimos queda plasmado como un texto. La grafología explora en el estudio de los trazos las raíces de la personalidad y sus conflictos y sirve para que expertos forenses puedan elaborar dictámenes sobre la identidad.

Pero también la escritura habilita a los seres humanos para poder expresarse en ciertas situaciones en las que otras formas de comunicación parecen insuficientes. Una manifestación escrita suele tener, en muchos casos, la cuota necesaria de energía para transmitir un reclamo o una exigencia. También escribimos para poder enfrentarnos con ciertos obstáculos o dificultades. Por ejemplo, el tímido prefiere escribir una declaración antes que expresarla verbalmente ante el destinatario y la escritura puede ser el recurso más accesible para contar los pesares que abruma a alguien en un momento crítico. Escribimos para registrar los acontecimientos importantes de nuestra existencia y para ayudarnos con nuestra memoria cotidiana. Los terapeutas descubrieron que éstas y otras razones similares podían ser de gran utilidad para la práctica clínica.

Empleos de la escritura en la clínica actual

La escritura se ha incorporado como un procedimiento útil en la clínica psicológica desde hace unos veinte años. La experiencia recogida ha permitido identificar algunos de los principales mecanismos de su potencial terapéutico. Al mismo tiempo, se van conociendo mejor sus limitaciones y las restricciones que conviene tener en cuenta para su implementación (Lepore & Smyth, 2002). La escritura no siempre es beneficiosa para los pacientes. Por ejemplo, se ha observado ello en pacientes de tercera edad con problemas depresivos importantes y con pacientes con estrés postraumático con poco entrenamiento en habilidades cognitivas y de afrontamiento (Pennebaker & Seagal, 1999). Por otra parte, las aplicaciones cada vez más frecuentes permitieron detectar cuales son las perturbaciones en las que este procedimiento resulta particularmente beneficioso. Todo ello ha ido acompañado con la gestación de nuevos procedimientos técnicos en terapia. Describimos en este apartado los mecanismos terapéuticos más importantes así como los usos clínicos y las técnicas predominantes.

Mecanismos de la escritura que operan en la psicoterapia

Varios mecanismos característicos del acto de escribir pueden servir en el curso de un tratamiento. Algunos son de gran complejidad y es mucho lo que nos resta por comprender respecto del modo en que operan. Nos concentramos, a continuación, en los más conocidos, procurando ilustrar las principales funciones que se activan con cada uno.

Autoconfrontación

En muchas perturbaciones mentales detectamos ciertas operaciones mentales cuyo papel central en la disfunción está dirigido a establecer una distancia del sujeto con la realidad, tales como la evitación, la negación o la disociación. El efecto de todas ellas conduce a un aplanamiento de la conciencia. Dichas operaciones cumplen diversos fines, siendo un factor común el intento de reequilibrar la organización personal cuando se ve afectada por situaciones críticas procurando, de esa manera, preservar la integridad del sí mismo. La psicoterapia procura ayudar a esos pacientes promoviendo cambios que suponen un nuevo contacto con la realidad, un acercamiento que es necesario pero que es vivido con mucha angustia.

El monitoreo operado por cualquier sistema de autorregistro tiene, siempre que se lo aplique correctamente, el efecto de reducir los excesos de tensión y ansiedad que padecen los pacientes. La experiencia demuestra, no obstante, que no resulta fácil lograr que los pacientes cumplimenten adecuadamente esos registros. Muy por el contrario, resulta habitual que manifiesten numerosas dificultades con las que el terapeuta deberá lidiar para cumplir con su propósito. Cuando instruimos al paciente para que escriba respecto de sus dificultades y los intentos que realiza para superarlas, lo invitamos a echar una mirada sobre sí mismo y a concentrarse

sobre zonas sensibles a su perturbación, lo que implica aumentar el contacto con situaciones dolorosas.

Cuando el escrito que solicitamos no se circunscribe a un aspecto particular del comportamiento sino que abarca funciones más globales de la experiencia del paciente, la tarea podrá contribuir, en gran medida, a favorecer la expansión de su capacidad autorreflexiva, lo que habitualmente suele mejorar la disposición para movilizar patrones de cambio. Pero, al mismo tiempo, este proceso suele implicar una situación de cierto riesgo para el paciente pues lo puede enfrentar con zonas dañadas y con representaciones muy negativas de su vida. Como se ha observado con frecuencia, la elaboración de relatos autobiográficos es una tarea muy delicada. Se trata de un recurso que puede ser de inestimable valor para favorecer la integración de los aspectos fragmentados de la personalidad pero, al mismo tiempo, es una tarea que supone atravesar, muchas veces, zonas minadas. El terapeuta debe ser cauteloso a la hora de promover este mecanismo de confrontación y debe estar preparado y dispuesto para guiar con cuidado al paciente en dicha tarea.

Expresión emocional

Se trata del mecanismo paradigmático en este campo. Al escribir se incita fácilmente la proyección de componentes emocionales, aún cuando el contenido no esté necesariamente sujeto a un área afectiva. La expresión emocional de la escritura deviene de las operaciones mentales que promueve, especialmente cuando responde a la instrucción de realizar un texto en primera persona. Se trata de un mecanismo que cumple diferentes funciones, siendo tres las más importantes: la *Orientación de la atención*, la *Facilitación de la habituación* y la *Reestructuración Cognitiva*.

- *Orientación de la atención.* Escribir sobre un hecho (incluso cuando se trata de situaciones penosas) dirige la atención y ayuda a concentrarse en la observación necesaria para identificar los componentes que activan la disfunción. Cuando solicitamos a un paciente que describa determinados eventos o situaciones, el área que enfocamos adquiere relevancia de inmediato, por lo que debe ser seleccionada con precisión para evitar la dispersión en el proceso.
- *Facilitación de la habituación.* Los textos y su lectura permiten una acción sucesiva cuya reiteración puede brindar efectos similares a los que producen los procedimientos habituales de exposición, debiendo observarse los requisitos propios de esas técnicas en las instrucciones correspondientes para la escritura.
- *Reestructuración cognitiva.* La posibilidad de corregir una y otra vez lo que se ha expresado así como la de rehacer el texto y generar nuevas versiones de los fenómenos vividos es uno de los modos más potentes de reestructuración cognitiva y un medio eficaz para lograr la revisión de la historia (tanto personal como social).

Imaginería

Muchas personas padecen al verse abismadas por circunstancias que los abruman y porque su visión del futuro está dominado por una visión pesimista. El mundo que les toca vivir parece cerrarse al fondo de un túnel oscuro. Para ellos tiene mucha utilidad emplear procedimientos que activen la imaginería, una cualidad propia del pensamiento creativo y alternativa a la función racional.

La fabricación de imágenes y la creación de escenarios son procedimientos a los que la psicoterapia ha recurrido con cierta asiduidad. El uso de cuentos y relatos ocupa un lugar importante en varios enfoques. La escritura favorece esa práctica, como hemos mencionado en los casos de los métodos de Erickson y White, pues permite forjar episodios que habilitan la construcción de nuevos universos.

Una de sus propiedades fundamentales es facilitar la invención de personajes y situaciones que, una vez creados, adquieren vida propia. Esta reelaboración de los guiones brinda el acceso a una nueva realidad. Otro mundo y otra forma de vivir se tornan posibles. Pero, al mismo tiempo, esto mismo puede generar la vivencia de sentirse inerme e instalar la amenaza ante una posible pérdida del control. El terapeuta deberá manejar con criterio esa posibilidad evitando exponer al paciente a zonas de frontera en las que pueda experimentar riesgos para su seguridad personal.

Narrativa y Revisión Histórica

La propiedad narrativa resume y sintetiza todas las cualidades que ofrece la escritura para la psicoterapia. La importancia de la narrativa se ha realzado en gran medida en los últimos tiempos al constituirse en una de las metáforas que concita mayor interés de clínicos e investigadores (Angus & McLeod, 2004). Muchos enfoques actuales de psicoterapia abordan el proceso desde la perspectiva de la elaboración de relatos. O, mejor dicho, como un trabajo de reelaboración del relato con que el paciente se acerca en la consulta inicial en búsqueda de ayuda. Concebir la formación de síntomas y las disfunciones clínicas como modos de narrar una historia y pensar a la terapia como un proceso en el que se construye un relato son dos aspectos complementarios de un enfoque que subraya la importancia de la construcción de los significados personales.

La actividad narrativa tiene lugar, obviamente, en el intercambio verbal entre el paciente y el terapeuta. Y ese es el campo en el que se sitúa la terapia desde sus orígenes. El valor agregado de la escritura deviene de su potencia como factor documental en la construcción de textos. Los relatos escritos permiten constatar todas las marcas de una perturbación y también son el terreno en que mejor puede afirmarse la necesidad de realizar la revisión de la memoria que muchos pacientes necesitan para poder lograr su recuperación.

Empleos clínicos más relevantes

Enfermedades Físicas

Como hemos señalado previamente, Pennebaker es reconocido como el principal introductor de este recurso en la moderna clínica psicológica. Su labor estuvo centrada originariamente en las aplicaciones de este procedimiento para pacientes que padecían perturbaciones físicas. Los pacientes artríticos y asmáticos figuran entre los primeros con los que se trabajó. El éxito obtenido con ellos condujo rápidamente a extender las aplicaciones al campo de la psicología de la salud en general. Los pacientes con enfermedades físicas que necesitan ayuda psicológica, particularmente los pacientes con problemas crónicos y terminales, constituyeron un lote temprano sobre el que se trabajó intensamente. ¿Por qué estos pacientes se mostraron fértiles para el empleo de este recurso?

Por regla general, estos enfermos no tienden a buscar la ayuda de la psicoterapia, al menos cuando se los compara con los pacientes que padecen de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. El sendero que los conduce a la psicoterapia es indirecto y su demanda está mediatizada, con frecuencia por un médico. El proceso de la terapia queda siempre ligado al curso de la enfermedad y su tratamiento. Como consecuencia de ello, suelen presentar marcada resistencia para acceder a un diálogo enfocado sobre el funcionamiento de los estados mentales y las disfunciones que padecen. Su centro de atención está depositado en el funcionamiento corporal y, con frecuencia, manifiestan una marcada dificultad para comunicar sus experiencias y transmitir sus emociones. Muchos de los desarrollos en torno al concepto de alexitimia han estado ligados a este tipo de perturbaciones.

La escritura ha probado ser un recurso que permite sortear esas dificultades ofreciéndole al paciente la posibilidad de expresarse por un medio que al ser más indirecto y diferido puede resultar menos costoso para él que el modo verbal de comunicación. Uno de los efectos positivos de este procedimiento es el aumento de la conciencia emocional de los sujetos alexitímicos (Fiorentino, Labiano y Penna, 2000)

Experiencias Traumáticas

Como una extensión de lo anterior, la escritura se incorporó como una recurso de gran valor para asistir a personas afectadas por situaciones traumáticas. La aplicación en este campo evolucionó en gran medida y hoy en día es un instrumento privilegiado en él. ¿Por qué la experiencia del trauma se beneficia con este procedimiento?

Si bien el trauma ha sido un fenómeno clínico estudiado desde los comienzos de la psicoterapia, en las últimas décadas adquirió una relevancia muy especial. Influyó en ese sentido, de manera decisiva, el hecho de que las condiciones de la vida contemporánea exponen cada día más a la población a este tipo de situaciones.

Tanto los fenómenos naturales como los acontecimientos vinculados con el desorden político o las patologías sociales han instalado el trauma como un fenómeno frecuente de la vida actual.

Las personas que padecen un trauma psíquico se caracterizan por algunos indicadores disfuncionales muy claros. La disociación de sus procesos mentales y la fragmentación de la unidad del *self* son dos acontecimientos complementarios que revelan los efectos del choque producido ya sea por un hecho de destrucción masiva o por una experiencia de la vida cotidiana como en el caso de los ataques personales o las violaciones.

Los fenómenos disociativos expresan una gran complejidad funcional en estas situaciones. Revelan tanto la magnitud del efecto de ataque como la plasticidad del sistema procesador para hacer frente a la masividad de una carga que resulta excesiva. La disociación tiene una función de preservar núcleos de resistencia frente al ataque pero tiene el costo de requerir procesos adicionales para establecer los puentes necesarios que garanticen la integridad del sistema. La escritura tiene la propiedad de permitir una reelaboración de la experiencia vivida por medio de las transformaciones de la memoria (reconstrucciones) que permiten alcanzar las sucesivas versiones que el paciente puede trazar respecto de los hechos y sus recuerdos.

Desregulación Emocional

Otra situación clínica en la que la escritura se aplicó con mucho éxito es en el caso de los fenómenos en que el paciente padece situaciones de descontrol en el manejo de sus estados emocionales y en la regulación de las descargas acompañantes. Algunos fenómenos psicopatológicos son paradigmáticos en ese sentido, como en el caso de las personas que padecen trastornos de personalidad límite, aunque sabemos que la experiencia de desregulación emocional excede ampliamente a ese grupo y se manifiesta en numerosas situaciones, particularmente entre la población de adolescentes y jóvenes adultos.

La escritura cobra su valor en este caso a partir de su propiedad como instrumento diferido y no automático. Cuando se entrena a un paciente a comunicarse por medio de la escritura se suele ayudarlo a frenar un impulso evitando las instrucciones más represivas y ayudando de esa manera a preservar el vínculo terapéutico. El arte de la escritura cobra su valor en este caso como un proceso creativo que puede ayudar de manera significativa a canalizar las tendencias destructivas.

Déficits en Habilidades Sociales

Muchos pacientes buscan en la terapia ayuda para superar las barreras que encuentran en el contacto con los otros. La extensa gama de situaciones clínicas que se extiende desde la ansiedad social hasta el trastorno de personalidad por evitación

concentra a una numerosa población de individuos que sufren al verse empujados por sus dificultades hacia una retracción que tiene con frecuencia la sombra del ostracismo. Entre las formas concretas más habituales de este espectro de disfunciones está la dificultad para establecer relaciones íntimas y afectivamente estables. Frente a la sensación de estar condenada a la soledad emocional, la persona busca que la terapia le provea de recursos para hacer más fluidos sus contactos con los otros.

Otros pacientes que también experimentan grandes dificultades para el contacto interpersonal son aquellos que padecen de tendencias esquizoides y esquizotípicas. La configuración clínica de su disfunción presenta marcadas diferencias con el grupo anterior, en particular debido a una sensible disminución de la vivencia sensitiva ante el problema que padecen. Esto no quiere decir que la situación no resulte problemática para ellos y que no necesiten ayuda.

En todos estos casos, la comunicación verbal se ve obstaculizada y el uso de la escritura es un recurso muy útil para que el paciente pueda transmitir sus vivencias, sin verse maniatado por sus dificultades. Escribir permite regular la sensibilidad emocional de una manera que el diálogo directo (verbal, gestual o corporal) torna más dificultoso. Escribir algo que uno debe entregar luego, permite hacer todas las correcciones que se crean convenientes. Permite eludir, de ese modo, las fallas a que conduce la falta de manejo de las habilidades sociales presentes en estos casos.

Técnicas

Confección de agendas y diarios

Este procedimiento tiene como antecedente la elaboración de autorregistros, uno de los instrumentos más potentes que ha empleado la psicoterapia desde hace muchos años. Pedirle a un paciente que confeccione un sistema de registro para monitorear alguna función asociada con un malestar suele ser uno de los métodos más simples y poderosos para reducir la ansiedad. Los registros más habituales son los referidos a los estados anímicos y tensionales, a funciones físicas del organismo o a ritmos de hábitos cotidianos tales como la ingesta de alimentos o la secuencia de sueño. También suele emplearse para observar la realización y cumplimiento de ciertas tareas. Sabemos que la confección de estos registros tiende a reducir el monto de ansiedad que las personas experimentan ante una situación determinada. También sabemos que el autorregistro debe ser instrumentado de manera precisa por parte del terapeuta. Una indicación inadecuada puede tener el efecto paradójico de incrementar el grado de ansiedad. Otro factor importante a tener en cuenta es la curva de carencia que se sigue para cada caso. Es importante que el terapeuta indique la confección del registro durante el período de tiempo eficaz y debe estar atento a interrumpir su realización cuando la habituación puede conspirar contra el poder del método.

Otra forma de registro de gran valor en la psicoterapia es la confección de agendas. Se ha utilizado este método en numerosos programas de tratamiento. Por ejemplo, ocupa un lugar importante en el programa para el tratamiento de la depresión desarrollado por Persons en la Unidad para el Tratamiento de la Depresión de la Bahía de San Francisco (Persons, Davidson & Tompkins (2001). En el caso de los trastornos del ánimo, la confección de agendas tiene el propósito de ayudar al paciente a cubrir el vacío ante el que se suele encontrar como consecuencia del descenso en su estado de ánimo. Más aún, la confección de una agenda facilita al paciente la posibilidad de imaginar escenarios futuros en circunstancias en las que su estado de ánimo lo empuja a una visión de túnel sin salida.

Por supuesto que uno de los puntos fuertes en la confección de una agenda es el compromiso que el paciente establece con la recuperación de su actividad al dejar sentado por escrito qué cosas son las que se propone para la semana o el mes siguiente. Además, la agenda le facilita una evaluación más fina de la distancia entre lo que se propone y lo que es capaz de lograr en un período determinado de tiempo.

Con las agendas ocurre algo muy similar a lo que acontece con la confección de los autorregistros. Pese a su aparente simplicidad resultan, muy frecuentemente, tareas difíciles de cumplimentar por los pacientes. El formato a llenar es, precisamente, un espacio complejo que puede movilizar sentimientos de inquietud y paralizar al paciente. El terapeuta debe colaborar muy activamente para facilitar la realización de la tarea actuando con paciencia, reiterando su importancia y ayudando en el ejercicio de completarla en la sesión, resaltando la idea de la colaboración terapéutica.

En la misma dirección se encuentra la confección de diarios. Muchas veces es de gran utilidad solicitarle al paciente que escriba una pequeña reseña de los acontecimientos diarios que le toca vivir y de las circunstancias que lo rodean. Esto le sirve al paciente como una referencia activa para tener viva la dedicación al tratamiento y, al mismo tiempo, puede ser muy útil a la hora de hacer un balance de lo que ha ocurrido en la semana. Anotaciones diarias pueden servir a múltiples propósitos:

- a) para que el paciente pueda proveer informaciones útiles que le resulta difícil retener o resumir en el momento de la sesión
- b) para darle al paciente una señal de que el trabajo terapéutico es una tarea permanente y no se restringe a lo que ocurre cuando se encuentra con su terapeuta
- c) para contar con elementos que sirvan para chequear cambios a lo largo del tratamiento.

Este procedimiento resulta de mucha utilidad, por ejemplo, con pacientes que enfrentan situaciones de aceleración e impulsividad o de desorganización emocional y cognitiva. Pero no solamente es la psicopatología un criterio a tener en cuenta para recurrir a este método. También es de gran ayuda para trabajar con aquellos

pacientes con los que es necesario instalar, por motivos muy diversos, un dispositivo que tiene amplios intervalos de tiempo entre sesiones.

Programas de actividades

Uno de los aspectos cruciales de toda psicoterapia es probar su capacidad para que los cambios ensayados puedan concretarse en la vida cotidiana. Durante bastante tiempo dominó la idea de que alcanzar una buena explicación de los problemas o poder expresar emociones intensas que estaban silentes eran criterios de cambio suficiente que garantizaban la mejoría de los pacientes. Las cosas se modificaron de manera sustancial y hoy se busca que los cambios se expresen concretamente en la actividad del individuo y puedan sostenerse en el tiempo. Buena parte de las intervenciones terapéuticas, teniendo esto en mira, se orientan a la realización de tareas que impliquen acciones en el quehacer diario de los pacientes. La escritura es de gran utilidad pues tiene buen ajuste con cualquier programa de instrucciones para el cumplimiento de tareas.

Algunos de esos programas han sido confeccionados siguiendo pasos estrictos que deben realizarse en un orden determinado. Se trata de *libros de tareas* que sirven para aplicarse en diferentes situaciones clínicas y niveles de edad. Algunos se han basado en instrumentos clásicos de evaluación como el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) o el BDI (Inventario para la Depresión de Beck). Estos libros guardan correspondencia con los programas manualizados de tratamiento y les caben buena parte de las críticas que han sido dirigidos contra ellos. Pero, al mismo tiempo, también se encuentra en la literatura una fuerte defensa en favor de su uso y de los resultados positivos para la promoción de cambios. Una de las autoridades en la materia, resume así sus ventajas (L´Abate, 2002):

1. Permiten planes de tratamiento más específicos y detallados que los enunciados en forma verbal
2. Favorecen puentes entre los profesionales y la población
3. Ayudan a generalizar los efectos del aprendizaje
4. Vinculan la evaluación con el tratamiento
5. Extienden el tiempo de la sesión y brindan sugerencias concretas para actuar
6. Permiten profundizar lo tratado en la sesión
7. Ayudan a segmentar los problemas
8. Incrementan la responsabilidad del paciente
9. Permiten asistir a personas que no pueden desplazarse
10. Favorecen la investigación

Una de las variantes de estos libros son los textos de auto-ayuda que, aplicados de manera adecuada, pueden constituirse en un recurso adicional de gran valor para la terapia, potenciando los efectos de ciertas intervenciones o complementando la actividad de las sesiones. Además, los programas de auto-instrucción son también

modos de favorecer que muchas personas que necesitan ayuda y que no pueden asistir a un terapeuta logren mejoras significativas en su disfunción (Bowman)

Internet

El nuevo espacio que abrió el mundo cibernético está afectando nuestras vidas en todo sentido. La psicoterapia no podía escapar a ello. Las propuestas para el desarrollo de la psicoterapia por Internet crecen a diario y aunque todavía no contamos con pruebas fehacientes sobre los alcances de este nuevo procedimiento y la consistencia de sus resultados, hay una importante expectativa de que será una valiosa contribución en el futuro. Las avenidas de intercambio que permite el ciberespacio circulan a través de diversos medios, pero la escritura ha ocupado un lugar central. La comunicación por vía del correo electrónico ha venido a ocupar una importante cuota de la ancestral forma de intercambio epistolar que dominó las relaciones a distancia entre los seres humanos durante siglos.

Diversos programas han utilizado exitosamente el correo electrónico en el tratamiento del trastorno de pánico y otras formas de ansiedad, la depresión, el insomnio y el dolor crónico, entre otras perturbaciones. Las intervenciones más frecuentemente utilizadas en esos programas son la psicoeducación y la reestructuración cognitiva (Griffiths & Christensen, 2006). Varios programas se apoyan en el empleo de biblioterapia, recurriendo a manuales de auto-ayuda como uno de los componentes centrales. Como ejemplo, merece citarse el tratamiento de la ansiedad social, recurriendo a un manual basado en el modelo de Clark y Wells (Carlbring et.al., 2006). Se invitó a los pacientes a completar módulos progresivos de afrontamiento que incluyen información, ejercicios y diversas preguntas dirigidas a explicar lo más importante de cada módulo y describir sus experiencias con los ejercicios de exposición. Los participantes debían también escribir mensajes a un grupo de discusión *online* a lo largo del proceso. Recibían un *feed-back* para sus tareas en un plazo que no superaba las 24 horas después de haber enviado sus respuestas por correo. En la medida en que las respuestas mostraban los progresos esperados, el paciente recibía el password necesario para avanzar al módulo siguiente hasta llegar al final del tratamiento.

Un programa sistemático para el tratamiento de personas con trastornos mentales y, en particular, con personas afectadas por traumas severos es Interapy, un método de escritura estructurada desarrollado en la Universidad de Amsterdam (Lange, Schoutrop, Schrieken y van de Ven, 2002) y sobre el cual se han publicado informes que muestran potentes resultados (Lange et. al., 2003). Diseñado para trabajar con personas que experimentaron eventos traumáticos, está organizado en base a escritos regulares que deben enviar los participantes. Las instrucciones incluyen que el lugar, el tiempo y la duración de las sesiones deben ser fijos. Los pacientes deben concentrarse en los elementos más penosos y detenerse al concluir el tiempo estipulado. A la sesión siguiente se debe comenzar releyendo la escritura

precedente. No hay restricciones para lo que se puede escribir, no importan los errores y se enfatiza la importancia que tiene la expresión de los sentimientos. Los terapeutas proveen un *feed-back* a cada sesión a lo largo de las 5 semanas estipuladas. El proceso se desarrolla a través de 3 fases:

a) *autoconfrontación*

el paciente describe la situación traumática en detalle y escribe acerca de los miedos y los pensamientos asociados con el hecho

b) *reevaluación cognitiva*

el paciente recibe psicoeducación para desarrollar nuevas visiones de la situación traumática y recuperar el sentido del control

c) *compartir y ritual de despedida*

el paciente trabaja respecto de los efectos positivos de compartir y simbólicamente escribe una carta referida a la situación traumática (a sí mismo, a otro significativo o a alguien involucrado en el hecho).

Ilustraciones Clínicas

La escritura sirve a los fines de la terapia por medio de diferentes formatos. Existe, en primer lugar, como tareas insertas dentro de formatos preprogramados en los que el tratamiento se ajusta a un plan definido, generalmente muy delimitado. Ese modo de empleo se encuentra a menudo en los manuales de tratamiento y recoge principios similares a los de las técnicas antes mencionadas. Las ilustraciones que presentamos a continuación se refieren a otras modalidades.

La escritura puede servir, también, como resultado de una producción espontánea del paciente o bien respondiendo a una prescripción del terapeuta. En este último caso, la prescripción puede ser ocasional y no sistemática, independientemente de la frecuencia con que se la emplee. Los terapeutas suelen recurrir a este medio como respuesta a situaciones particulares que plantea un tratamiento. El trabajo con ambas formas no está ajustado, en general, a tareas asociadas con objetivos focalizados de tratamiento. La producción espontánea suele presentarse, habitualmente, en los formatos más abiertos y de más largo plazo. También suele ser de mucha utilidad en el dispositivo de la terapia de grupo y por ello concluimos este apartado con referencias a esa modalidad de trabajo.

Empleo espontáneo

Los pacientes que escriben textos de manera espontánea suelen ser aquéllos cuya terapia tiene objetivos relativamente amplios. Por lo general son personas que necesitan trabajar en el tratamiento con aspectos básicos de su personalidad y que buscan una revisión importante de su guión personal. De allí que con frecuencia hagan referencia a cuestiones nucleares de su identidad.

En la medida en que la producción de esos escritos no responde a una prescripción terapéutica es importante que el terapeuta tenga suficiente amplitud

para evaluar el significado y la utilidad de esos materiales en el curso del tratamiento. Un punto fundamental para evaluar es el grado de congruencia de ese hecho con lo que acontece en las sesiones. El terapeuta deberá interrogarse si esos escritos potencian favorablemente el trabajo terapéutico, si expresan alguna dificultad en la alianza, si deben incorporarse como parte de la sesión o serán tenidos en cuenta fuera de ella. No existe, por supuesto una respuesta universal, pero en todos los casos será necesario hacer la evaluación pertinente.

Sábado a la noche. Quiero escribir esto para recordarlo el lunes, día en que tal vez las circunstancias y ocupaciones del día hagan que todos estos pensamientos y emociones vuelvan a depositarse y esconderse en el fondo de mi espíritu y no que quiera recordarlos y entonces me conforme con la alegría de la superficie y vuelva mirar otra vez hacia el costado.

Graciela (42) es una mujer separada que ha pedido ayuda debido a que se siente perdida y sufre alteraciones en su estado de ánimo que se expresan en apatía, tristeza y sentimientos de desesperanza. Vive con su hijo de 14 años y tiene muchos deseos de volver a formar una pareja estable. Ha tenido varias relaciones importantes en su vida y siempre sobrellevó las rupturas sin demasiados sobresaltos, pero ahora le cuesta enfrentar la soledad, y las relaciones ocasionales que emprende no la sustraen de la situación angustiosa que vive a diario. A través de los años tuvo pocas dificultades para entablar relaciones y vivió las sucesivas etapas de su vida afectiva como pasos que no la inquietaban mayormente. Pero ahora, tal vez por el paso de los años y la falta de confianza progresiva en su capacidad para atraer a los hombres, la inunda el debilitamiento de su autoestima. Tiene una conciencia bastante elevada de haberse manejado muy superficialmente en los años precedentes y de estar siempre lista para huir de las situaciones difíciles. De allí, su interés en escribir durante el fin de semana cuando se siente aquejada por la pena, temiendo que al comenzar la semana haya echado un manto de negación sobre su verdadero estado de ánimo. Escribir es, para Graciela, un reaseguro de que no se dejará ganar por la negación.

La relación con Edi me está llevando a un estado de angustia y desesperación del que no encuentro manera de salir, si lo dejo como la vez anterior se que en cuanto lo extrañe voy a volver, si me quedo así, sufro por su ausencia y porque no recibo ninguna devolución de él, ni siquiera un llamado, sin embargo, cuando nos vemos su expresión es de alegría, cuando estamos juntos nos contamos cosas y hacemos el amor con una ternura e intensidad mutua como nunca antes he vivido y allí siento que le importo.

Este texto, que aparece a continuación, describe el nudo de su padecimiento. La claridad que muestra y el alto grado de focalización hacen pensar que difícilmente la paciente se hubiera olvidado entre dos sesiones cuál era el sentimiento que la aquejaba. Más que tener elementos para no olvidar (algo, no obstante, plausible),

la paciente parece escribir como una manera de conjurar los sentimientos negativos que experimentó.

El texto tiene múltiples tachaduras y también otras marcas como palabras escritas en mayúscula o subrayadas. El texto traduce, de manera literal, las alteraciones en la composición, producto en su mayoría, de la propia ansiedad con que escribe la paciente.

El está REPLETO de dobles mensajes.

Hoy por hoy y como están las cosas eso es lo único en este momento que yo le estoy pidiendo – una llamada telefónica de tanto en tanto...

Desaparezco en la palabra del otro.

O no existo: no me ve. Es la experiencia con la que estoy más familiarizada....

El tema parecería ser el miedo, el vértigo, la inseguridad que me da el ser yo misma. Pensar por mí misma, construir algo propio.

Y que está relacionado con el sentimiento de desamparo.

Lucrecia (39) también escribe espontáneamente entre una y otra sesión y trae sus escritos para compartir sus reflexiones. Su escritura es la búsqueda de una reelaboración sutil de lo que pasa en cada sesión y de hechos que van ocurriendo en la vida cotidiana. En su modo de operar se puede apreciar en gran medida cómo escribir ayuda a la autorreflexión que sirve de base a la expansión de la conciencia. Piensa sobre su manera de actuar, sobre sus reacciones, sobre los comentarios que le hace el terapeuta. Dialoga con él, extendiendo el espacio terapéutico.

Me quedé mal.

Una mezcla de cosas. No me gusta hablar de esos temas.

Me cuesta ponerle palabras a la experiencia de una vida. Aunque me haría bien. Pero me cuesta....

Me sorprendió que hicieras hincapié en que te daba mucha lástima. ¿Para qué? ¿Para que yo registre otra actitud?

¿Me da pena a mí? Ahora no sé. Habitualmente me daba más bronca que pena....

Tampoco me gustó darme cuenta de que me cuesta saltar una semana....sentí un ramalazo de angustia y desamparo.

Lo curioso es que se me pasó cuando me acordé de un comentario tuyo, que no parece tener que ver y que en su momento me quedó muy grabado.

Las vivencias de desamparo acumuladas a lo largo de su vida, se traducen en un espíritu sensible atento a cada una de las marcas (palabras, gestos, ademanes) de quien está frente a ella. La relación terapéutica actualiza esa circunstancia y es por eso mismo un campo propicio para explorar la generación de la confianza que necesita para sentirse mejor. El texto recoge distintas instancias de lo que experimenta en el curso de la sesión: sorpresa ante una declaración del terapeuta, disgusto por sentir que le pesa la interrupción de una sesión, malestar al finalizar. Y a la

semana siguiente escribe:

Te escucho y no lo puedo creer.

Tendrías que saber de dónde vengo para entender lo que significa escucharte...

Que hablar desde mí misma es posible, como puedo, como soy, pero que es posible.

Lucrecia dice que la experiencia terapéutica la valida, pese a las dificultades que debe atravesar para poder realizar los cambios necesarios. Validación imprescindible para poder rehacer su historia.

Qué doloroso es volver para atrás. Qué doloroso....

Toda mi adolescencia fue así. Tremenda. Es doloroso, pero necesario. Me hace falta que estés, ponerlo bajo tu mirada....

¿Qué registrás? ¿Qué lectura hacés? ¿Cómo lees lo que leí a mi modo?

Tiempo después se fue sintiendo más firme, recuperando la sensación de libertad y de que su agencia le permitía adentrarse en el porvenir como un camino que le ofrecía alternativas para su realización personal. Podía imaginarse superando la soledad, proyectándose en la construcción de un escenario nuevo, compartido. Entonces escribió lo siguiente:

Escribir una novela.

Es lo que tengo que hacer con mi vida. Aflojarme y escribir una novela y soltar la tensión del tratado sesudo y enjundioso. Además de que lo que soy, la que soy yo, está mucho más cerca de la plasticidad y musicalidad de una novela que de la rigidez enciclopédica de un manual diagnóstico. Aunque venga de un estilo sobreadaptado en doce tomos con apéndice y notas.

Prescripciones

En muchos casos, el terapeuta prescribe la realización de tareas escritas, mayormente en el espacio entre sesiones. Pueden servir a una gran multiplicidad de fines y responderán a condiciones específicas del proceso terapéutico. Muchas ideas que sustentan esas tareas pueden servir para un gran número de pacientes pero requieren adaptarse a las condiciones individuales, tanto en la consigna que se imparte como, especialmente, en el tipo de intervención a que darán lugar. Lo ilustramos con dos ejemplos.

Pedro (42) es un activo hombre de negocios que experimenta una preocupación creciente (y excesiva) respecto de la salud y la integridad física de sus allegados (principalmente de sus hijos). Expansivo, controlador y obsesivo, ejerce una conducta dominante en su entorno logrando una respuesta reforzadora de los demás que potencia su disposición autoritaria. Su ansiedad se ha ido incrementando lo que se tradujo en emociones negativas, síntomas de diverso tipo y una inquietud por el futuro que multiplicó en gran medida su vulnerabilidad ante la incertidumbre.

El diseño terapéutico se ajustó a una estrategia focalizada tendiente a proveerle competencias para afrontar sus reacciones de ansiedad por medio de una serie de tareas que apuntaron a identificar los patrones paradójales que gobernaban su conducta y desbaratar el complejo sistema de controles que operaba como un fuerte agente de mantenimiento. El plan de trabajo consistió en 20 sesiones, semanales en un primer momento y luego espaciadas a intervalos de dos y tres semanas. El total de la terapia se extendió por un total de 6 meses y el paciente se comprometió a realizar tareas entre las sesiones de manera regular. Su actitud fue muy colaboradora y cumplió con todas las indicaciones, muchas de las cuales consistieron precisamente en redactar ciertos escritos. Entre las prescripciones que se le formularon merecen citarse las siguientes tareas de escritura:

- listado (ranking) de temores y preocupaciones
- listado de cábalas empleadas para controlar sus preocupaciones y descripción de la utilidad relativa de cada una
- registro de las semejanzas y diferencias observadas respecto a su padre
- historia de los momentos más felices de su vida.

El paciente enviaba la tarea por correo electrónico antes de cada sesión, de modo que el terapeuta podía examinar lo que el paciente escribía antes de encontrarse con él y trabajar sobre ello en el curso de la sesión. Muchas de las actividades tuvieron el valor de ser organizadores para una persona que tendía a dispersarse y a generalizar excesivamente. Ese fue el caso de los listados de preocupaciones y de cábalas más frecuentes. Hubo tareas que permitieron ampliar su perspectiva de observación interpersonal, como el registro comparativo respecto de su padre, a quien lo ligaban las actitudes de dominancia pero con quien mantenía, al mismo tiempo, agudas diferencias. Algunos escritos fueron muy importantes como documentos que facilitaron la evaluación del proceso terapéutico. El historiar los momentos de felicidad sirvió hacia fines del tratamiento como una buena síntesis del proceso realizado.

Presentamos, a continuación, un ejemplo que ofrece una buena ilustración de la enorme riqueza que posee todo ese material. Uno de los momentos más impactantes se suscitó en relación con la solicitud de que escribiera el ranking de miedos y preocupaciones. El inventario que elaboró el paciente constaba de 11 ítems que describían las situaciones que más lo preocupaban. Una de ellas decía: “que mi hija menor se pierda en un viaje, en un lugar como Disneyworld”. Cuando el paciente escribió eso, en el período intersesión 3/4 del tratamiento, se encontraba todavía, en una fase aguda de ansiedad, de modo que tenía suspendidos los viajes en avión a larga distancia, pese a la importancia que tenían para su trabajo. Tiempo después, su situación en ese sentido había mejorado significativamente y luego de retomar un par de viajes vinculados con su actividad laboral, decidió emprender un viaje con su familia, precisamente a Disneyworld. Promediaba el tiempo previsto de la terapia. El viaje se llevó a cabo normalmente y al regreso le pedimos que nos

contara la experiencia. Todo había transcurrido muy satisfactoriamente, con algunas notas de inquietud en relación con episodios menores. Cuando terminó de describir lo ocurrido, le acercamos el ranking que él mismo había confeccionado y le mostramos lo que había escrito algunos meses atrás. Pedro no recordaba haber escrito ese temor en particular (era el No.8 de la lista) y, lógicamente, experimentó una profunda sorpresa.

El efecto que esto produjo en él fue un gran impulso para sentir que estaba haciendo logros importantes y para afirmar su expectativa de que la terapia podía ayudarlo. Todo ello quedó finalmente documentado en el último escrito con el que el paciente resumía los resultados del tratamiento (tarea intersesión 19/20):

“Me decidí a realizar esta terapia por consejo de mi hermano...Comencé con desconfianza... La primera cosa que me sorprendió fue que luego de unos minutos de conversación, usted me trajo un test acerca de mi problemática cuyas preguntas parecían hechas para mí...

A partir de allí comenzamos con el trabajo, con las sesiones, con las tareas escritas. Para un empírico como yo hubo cosas que me dieron testimonio del poder de la terapia, por ejemplo, en un caso referido a los sueños respecto a mi viejo que me venían jodiendo desde hacía varios días y desaparecieron luego de la sesión....

Como resultado de esto descubrí algunas cosas interesantes de mi historia y, rápidamente, varios síntomas, los más recientes, prácticamente desaparecieron.

Los más profundos siento que se han aliviado, no puedo aún decir cuánto, pero creo que estoy mejor, si bien necesitaré 6 meses más para poder realizar una evaluación seria.

Descubrí el poder de escribir las cosas, pude objetivizarme y analizar mis miedos en el momento de sufrirlos. En suma creo que fue bastante positivo.

El tema es que es como con muchas cosas, cuando el síntoma desaparece uno no recuerda bien cómo era el sufrimiento. Por suerte tengo escritas las cosas que yo sentía para ver la mejoría experimentada.”

Manuel (35) es un muchacho que viene padeciendo de fuertes oscilaciones anímicas que lo inhabilitan para desempeñarse normalmente en su trabajo. Padre de dos niñas pequeñas tiene también dificultades para hacerse cargo de sus responsabilidades familiares. Su esposa compensa en buena medida estas dificultades, aunque le resulta costoso sostener la situación. El paciente experimenta una fuerte tendencia a nivelar la experiencia, en general empujado por una actitud negativista que se suma a un fuerte opositorismo. Suele realizar balances globales que le dan un matiz singularmente pesimista a su estado de ánimo y resienten su actividad en general. Tiene además, una fuerte tendencia a dispersarse, producto de cierta disposición maníaca que lo lleva a comenzar más cosas de las que puede continuar razonablemente. Le pedimos que lleve un registro diario de lo que hace, comenzan-

do por anotar a qué hora y cómo se levanta.

El paciente cumplió razonablemente con esa indicación. La mayoría de las veces realizó la tarea y eso cumplió un papel fuertemente organizador. Además, sirvió como un medio efectivo para identificar situaciones de logro que el paciente tendía a oscurecer en el momento de realizar un balance de su semana. Junto a esa tarea regular, introducimos otras actividades escritas que respondieron a circunstancias singulares del proceso. En una de ellas le pedimos que escribiera en una hoja los pensamientos negativos que le venían a la mente y luego los guardara en un cajón para traerlos a la sesión siguiente. Esta consigna duró pocas sesiones y el paciente cumplió con la misma.

En cada sesión leíamos los papeles que traía y comentábamos el contenido. Los pensamientos giraban, mayormente, en torno a sensaciones negativas asociadas con algunos familiares (no pertenecientes a su grupo nuclear). Tiempo después esta evocación de sensaciones negativas fue disminuyendo y nos fuimos concentrando en aspectos más centrales de su desconfianza interpersonal. Tareas sencillas y acotadas como la que describimos eran asequibles para Manuel y, además, aumentaban su sentimiento de trabajar activamente por su recuperación.

La escritura en el dispositivo grupal

Empleamos con frecuencia la escritura en el marco del dispositivo de la terapia de grupo, tanto formando parte de una tarea intersesión como utilizándola como una intervención en el curso de una sesión. En el primer caso, los alcances del escrito que se solicita estarán fuertemente asociados con el tipo de objetivo terapéutico. En los grupos más delimitados, la solicitud de que los pacientes escriban depende de las fases del programa inicial, tal como hemos de ilustrar a continuación con grupos focalizados. Esto no ocurre, obviamente, en los grupos abiertos, donde la escritura suele servir para fortalecer el compromiso y la cohesión grupal.

Escritos en grupos para reacciones de ansiedad

La terapia grupal suele emplearse en un formato focalizado para asistir a personas que padecen reacciones de ansiedad (por ejemplo crisis de angustia o ansiedad social), perturbaciones depresivas y otras situaciones clínicas. Es muy empleado también para asistir a personas con enfermedades físicas como el cáncer. El programa que hemos desarrollado en nuestro centro para asistir a pacientes con reacciones de ansiedad consta de 10 sesiones cuya frecuencia es semanal (exceptuando la distancia entre las dos últimas). Participan entre 4 y 6 pacientes que presentan síntomas homogéneos y que se comprometen a realizar tareas en el espacio intersesión. En ese dispositivo, uno de los recursos más poderosos de la terapia es facilitar la confrontación de las observaciones recíprocas entre los distintos integrantes. Ayudar a que cada paciente pueda detenerse activamente sobre las semejanzas y diferencias que lo ligan con sus compañeros en relación con

el problema que los aqueja es un instrumento de gran valor para su recuperación. Observar las semejanzas es un hecho que tiende a reducir la incertidumbre y a morigerar la vivencia de enfermedad. Atender a las diferencias sirve, a su vez, como fuente para disponer de modos alternativos en la forma de organizar la experiencia y promover cambios para mejorar la situación.

En la sesión inicial los pacientes son invitados a presentarse solicitándoles que describan los motivos de consulta respectivos y algunas características personales que consideren idiosincrásicas. Entre la primera y segunda sesión se les pide que escriban qué similitudes y diferencias encontraron con sus compañeros. En la segunda sesión, sus escritos ocupan el lugar central de la tarea. El terapeuta no sólo pide a los pacientes que lean la tarea sino que escribe una síntesis de cada texto para compararlos. El modo más sencillo es recurrir a un pizarrón sobre el que puedan escribirse las características de cada uno respecto de los aspectos relevantes de la disfunción: el modo en que se manifiesta, las atribuciones que le otorgan, la manera peculiar con que enfrentan el problema, etc. Los comentarios promovidos por el terapeuta y sus intervenciones al respecto son un excelente punto de partida para que los pacientes aumenten su capacidad de observación (y auto-observación) y mejoren su disposición al afrontamiento.

En cada una de las sesiones se van incorporando nuevas tareas. Los escritos sirven para ir respondiendo a cada una de las fases del tratamiento, como por ejemplo: confrontar las experiencias recíprocas, discutir los principios de atribución que sostienen el ciclo disfuncional, aprender alternativas para enfrentar la situación. En las sesiones avanzadas, los escritos iniciales son reexaminados, lo que colabora para que el paciente pueda observar los cambios ocurridos durante el proceso. Sobre el final, se les solicita que escriban una síntesis del tratamiento. Fernanda (39) describió su experiencia como participante en uno de esos grupos escribiendo lo siguiente:

“Al empezar el grupo sentí mucha incertidumbre por lo que iba a encontrar y por los resultados. Encontré un grupo de personas con los que me identifiqué con los miedos, con sus pensamientos y con las necesidades. Sentí que en cada encuentro estábamos tratando de entender qué nos estaba pasando y por qué nos estaba pasando en ese momento y eso nos hizo profundizar dentro nuestro. Entre todos encontramos recursos para manejar nuestros momentos de ansiedad y angustia. Formar parte del grupo me hizo sentir que estoy haciendo algo por mí y, además, sentirme necesitada por ese grupo.”

El testimonio de esa paciente permite ver la cualidad singular que tiene el dispositivo de la terapia grupal. Con respecto a lo que escribe, sin duda puede pensarse que reseñas semejantes pueden realizarse en forma verbal. Eso es lo que acontece efectivamente y ese es el modo habitual que se utiliza. Recurrir a la escritura es apelar al carácter multiplicador que tiene y aprovechar el potencial de

su carácter documental que sirve para que los cambios se asienten de manera más firme.

El compromiso en los grupos abiertos

Los grupos abiertos de terapia están constituidos por personas cuyo objetivo está vinculado con la necesidad de producir cambios en patrones de personalidad, ya sea porque presentan alguna disfunción definida o porque se encuentran motivados por la necesidad de favorecer su desarrollo personal. Hemos presentado el modelo que utilizamos ilustrándolo clínicamente (Fernández Álvarez, 2005). Una nota fundamental de estos grupos es la necesidad de que los integrantes puedan consolidar un alto nivel de compromiso interpersonal, debido a que los patrones con que deben trabajar son particularmente rígidos en función del elevado grado de complejidad y cronicidad que presentan.

Solicitarle a un paciente que escriba en el curso de una sesión (por ejemplo en un pizarrón) algo vinculado con las dificultades ante las que se encuentra es un recurso importante para que el paciente pueda exponer algo que le resulta penoso de exponer o para que otro paciente incremente el nivel de involucración con sus compañeros. Paula (49) es una paciente cuya primera etapa en un grupo de estas características expusimos en ese texto. En una etapa avanzada de su tratamiento, se encontraba luchando con las dificultades que le planteaba la necesidad de realizar un cambio laboral que significaba afrontar un nuevo reto para su vida. Pedía ayuda para lograrlo, pero pese a toda la colaboración que lograba y a la claridad que se alcanzaba en el análisis de la situación volvía, una y otra vez, a postergar su decisión. En una sesión, le pedimos que escribiera en una pizarra una carta dirigida a sus hermanas anunciándole que había tomado la decisión y cuándo y cómo habría de ejecutarla. El texto que escribió decía:

“Hoy en terapia me convencí que no puedo volver a la oficina, por lo que renuncio.... si voy a ser pobre viviré en La Rosita (una casa de campo de la familia)...Un beso”

Tiempo después pudo poner en acción lo que ansiaba hacía tiempo. Los acontecimientos subsiguientes la reforzaron de manera muy positiva. Fue un pequeño paso en su progreso, mientras ocurrían muchos otros fenómenos de mayor envergadura. Pero sirvió como un ingrediente que aumentó la sensación de su integración con los compañeros de la terapia, lo que le otorgó un fuerte respaldo. El documento había producido su efecto.

Epílogo

La psicoterapia está atravesando un momento de grandes transformaciones. Nuevas indicaciones y procedimientos hacen variar su escenario y entre los cambios más firmes, puede proyectarse un incremento significativo de los formatos grupales. Al mismo tiempo es razonable afirmar que la psicoterapia es y seguirá

siendo un campo predominantemente verbal. No obstante, también puede esperarse que los medios que se utilizarán en el futuro sean cada vez más variados y que el uso de técnicas de escritura tendrá reservado un lugar importante dentro de su caja de herramientas. Hemos abordado algunas de las ventajas que puede ofrecer y la vasta gama de recursos que este instrumento es capaz de movilizar. Dejamos para el final una viñeta particularmente sensitiva en torno a la escritura. Se trata de un pequeño fragmento extraído de una larga memoria realizada por un ex paciente, casi 20 años después de concluido su tratamiento.

Se había radicado en el exterior y vino a Buenos Aires por motivos familiares. Me visitó y tuvimos una larga conversación repasando lo que había ocurrido con su vida en ese tiempo y evocando algunas circunstancias de la época de su tratamiento. El diálogo fue muy rico y entonces me permití sugerirle que escribiera una memoria de su psicoterapia. Accedió y al tiempo recibí la primera entrega, una vez vuelto de regreso al país en que residía. Describía el momento inicial de la terapia y concluía con la intención de continuar con el cometido. El resultado me entusiasmó y se lo comuniqué. Al tiempo recibí una segunda entrega. En total fueron nueve que se distribuyeron a lo largo de varios meses. Mantuvimos diversos intercambios a medida que avanzaba en su labor que terminó con el final del tratamiento y su partida del país. Transcribo a continuación los extractos de un texto que contienen dos pequeños fragmentos correspondientes a la primera y última entrega.

Primera entrega:

“Me parece inevitable preguntarme cómo empezar ante la idea de ponerme a escribir sobre mi análisis, psicoanálisis, terapia. El sustantivo correcto se lo dejo a los especialistas...”

...La obligación en este caso es la de hacer un texto interesante amén de legible. Con una preocupación estética, digamos. Y tal vez esto mismo haya sucedido con mi terapia, no lo sé. Reflexionaré sobre ello.

Lo que sí es seguro es que texto y terapia han de ser míos. Y para serlo con uno tendré y con la otra he tenido, que identificarme en muchos sentidos...

...Mi primer recuerdo de terapia no coincide, lógicamente, con mi primer recuerdo de Héctor.

Ya había escuchado hablar muchas veces del “doctor” que lo había sacado al Coco, mi amigo guitarrista de rock, del pozo...

...Recuerdo que estaba en la casa de una novieta que tenía, Silvia, muy analizada ella. Parafraseó a Rodrigué, que al parecer llamaba a la primera cita, “cita con la angustia”.

Salí corriendo de su casa, llegué tarde a la consulta. Mencioné la “cita con la angustia”.

Héctor pareció compartir mi intertexto. Fundamental, me dije...

...tenía... un cuadro geométrico, algo así como un Vasarely con curvas. Yo

no pedía dejar de mirarlo. Se lo dije. El lo calificó de “pregnante”. No conocía la palabra pero me gustó. Aparenté entender lo que me decía. O a lo mejor lo comprendí sinceramente.

Diecinueve años han pasado y la pintura geométrica sigue allí. Pero a esto ya llegaremos.

Quedamos en hacer un psicodiagnóstico y hablar a posteriori.

Habremos hablado, claro, aunque de eso no me acuerdo.

El siguiente recuerdo que guardo es ya del apartamento donde hacíamos terapia, y del grupo entrando.

Recuerdo que al principio me irritó que no me trataran como a un genio o a un prodigio...”

A continuación el paciente describe el malestar que lo invadía en el momento de realizar la consulta. Padecía fuertes estados de angustia y depresión junto a importantes perturbaciones psicofísicas que afectaban su rutina diaria asociadas con el consumo de sustancias.

Última entrega:

“Al volver al grupo me dijiste algo, creo que con respecto a tener hijos (en esa época se hablaba mucho de tener hijos y de lo que la pintura significaba para mí como magnitudes tal vez equivalentes) y yo te contesté que primero “tenía” que ir a Europa.

Y me replicaste que cuando uno sentía que “tenía” que hacer algo, hacerlo era imperativo. Imprescindible. Así que nos concentramos en ello. Y aquí estamos, desde entonces.

Te gustó que dijera que veníamos a Europa con el propósito de trabajar y conocer...

...me preguntaste qué quería yo pisar. Estaba esperando la pregunta.

“Alfombras persas”, respondí.

Cuando vengas a vernos verás qué bonita es la que tenemos en el salón. Es roja (una alfombra tiene que tener algo rojo, en mi opinión, está relacionado con el color de la madre y de la tierra y del fuego) con muchas flores. Flores y árboles de todo tipo, ideales o existentes. Dicen los expertos que estas alfombras representan al paraíso.

Tal vez. Yo no voy tan lejos. Seguramente para los que las tejen representan un jardín como el que en su tierra, tan árida, no pueden tener. Y por eso representan un deseo. Un deseo de algo tan básico como un jardín para ver pasar las estaciones, beber agua fresca y comer sus frutos. Para vivir tranquilo y feliz, en suma.”

Comienzo y final, principio y fin. O tal vez, sólo un texto inacabado que podría continuarse. ¿Indefinidamente? El paciente muestra una gran sensibilidad y un refinamiento en el arte de escribir, unidos a la vocación de dejar testimonio de un

proceso que ha sido muy significativo en su vida. Al mismo tiempo, su texto es una prueba imponente del poder de la memoria, del infatigable trabajo que los seres humanos realizamos, día a día, para guardar nuestra experiencia y preservar los signos que dan garantía de nuestra identidad.

En este artículo se considera el poder terapéutico de la escritura en psicoterapia como un desarrollo coherente de la curación por la palabra. El autor describe las diversas modalidades a través de las cuales la escritura expresiva contribuye a promover el bienestar emocional. Escribir sobre las experiencias emocionales se convierte en un proceso terapéutico que reporta beneficios específicos, por lo que merece ser utilizado en la práctica habitual de la psicoterapia.

Palabras clave: *psicoterapia, curación por la escritura, curación por la palabra, narrativas, autobiografía.*

Referencias bibliográficas

- ANGUS, L.E. & MCLEOD, J. (Eds) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage.
- AUSTIN, J. L. (1982). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- BARTHES, R. (1973). *El grado cero de la escritura*. México: Siglo XXI Editores.
- BOWMAN, D., SCOGIN, F. & LYRENE, B. (1995). The efficacy of self-examination therapy and cognitive bibliotherapy to the treatment of mild to moderate depression, *Psychotherapy Research*, Vol. 5, nº 2, p. 131-140.
- BRUNER, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- CARLBRING, P., FURMARK, T., STECZKO, J., EKSELIUS, L. & ANDERSON, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clinical Psychologist*, Vol. 10, p. 30-38.
- FERNANDEZ-ALVAREZ (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo de psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- FERNANDEZ-ALVAREZ, H. Terapia de grupo y trastornos de personalidad. En: FERNANDEZ-ALVAREZ, H & OPAZO, R (comps) (2005). *La Integración en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós, p. 229-256.
- FIORENTINO, M. T., LABIANO, L. M. & PENNA, F. (2000). Escritura Emocional. Sus efectos sobre síntomas psicósomáticos en individuos alexitímicos y no alexitímicos. *Alambique*, Vol. 2, nº 2, p. 54-63.
- GRIFFITHS, K.M. & CHRISTENSEN, H. (2006) Review of randomized controlled trials of Internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*, Vol. 10, p. 16-29.
- KAZANTZIS, N., DEANE, F.P. & RONAN, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 7, p. 189-202.
- L'ABATE, L. & KERN, R. (2002). Workbooks: tools for the expressive writing paradigm. En: *The writing cure*. Washington: American Psychological Association, p. 239-255.
- LANGE, A., SCHOUTROP, M., SCHRIEKEN, B. & van de VEN, J-P. (2003). Intherapy : a model for therapeutic writing through the Internet. En: LEPORE, S.J & SMYTH, J.M (Eds). *The writing cure*. Washington: American Psychological Association, p. 215-238.
- LANGE, A., RIETDIJK, D., HUDCOVICOVA, M., van de VEN, J-P., SCHRIEKEN, B. & EMMELKAMP, P.M.G. (2003). Intherapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic

- stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 71, p. 901-909.
- LEPORE, S.J. & SMYTH, J.M. (2002). *The writing cure. How expressive writing promotes health and emotional well-being*. Washington: American Psychological Association.
- PENNEBAKER, J.W. (1997 a.) *Opening up: the healing power of emotional expression*. New York: Guilford.
- PENNEBAKER, J.W. (1997 b). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, Vol. 8, p. 162-166.
- PENNEBAKER, J.W.. (2002). Writing about emotional events: from past to future. En: LEPORE, S.J & SMYTH, J.M (Eds). *The writing cure*. Washington: American Psychological Association, p. 281-291.
- PENNEBAKER, J.W. & SEAGAL, J.D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 55, n°10, p. 1243-1254.
- PENNEBAKER, J.W. & STONE, L.D. (2003). Words of wisdom: language use over the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 8, n° 2, p. 291-301.
- PERSONS, J.B., DAVIDSON, J. & TOMPKINS, M.A. (2001) .Essential components of cognitive-behavior therapy for depression. Washington: American Psychological Association.
- ROSEN, S. (1986). *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Paidós.
- WHITE, M. & EPSTEIN, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton, WITTGENSTEIN, L. (1997). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Altaza

PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DEL DESARROLLO MORAL

Manuel Villegas Besora
mvillegas@ub.edu

Starting from initial stages, moral development evolves to autonomy. These stages are constructed according to the psychological development from early childhood to adulthood. The different levels and criteria of regulation (preonomy, anomy, heteronomy, socionomy and autonomy) determine moral development. In this article the failures or conflicts in moral development are related with the different psychological diseases. The acquisition of autonomy is viewed as the therapeutic way to be reached.

Key words: moral development, psychopathology, psychotherapy, autonomy, moral criteria

INTRODUCCIÓN

En la inmensidad del escenario bélico descrito en el Bagavadgita, uno de los varios poemas épicos que componen el Mahabarata, se describe de modo dramático y lleno de detalles la crisis de pánico que sufrió Arjuna, antes del inicio de la batalla, en el momento en que resonaban en el aire con grande estrépito los cuernos de los guerreros. Pero no es el clamor de los cuernos, de los címbalos y de las trompas que incitan a la lucha o la vista del ejército enemigo desplegado frente a él lo que atemoriza a Arjuna, hijo de Pandu. Más bien, el temor que invade “al heroico guerrero, al potente arquero”, hasta el punto de desarmarlo, tiene otro origen: el conflicto moral planteado por tener que enfrentarse con sus armas a sus familiares y antiguos maestros:

“Cuando veo a todos mis familiares, oh Krisna, presentes en este campo de batalla, la vida huye de mis miembros que flaquean, la boca se me seca y aridece; un escalofrío recorre todo mi cuerpo y se me erizan los pelos de miedo. Mi arco Gandiva cae de mis manos, arde todo mi cuerpo, no consigo sostenerme en pie porque mi cabeza empieza a dar vueltas... Entreveo presagios de desgracia, oh Krisna. No puedo alcanzar ninguna gloria matando a mis propios familiares en el sacrificio de la lucha.

Porque no tengo ningún deseo de victoria, oh Krisna, ni deseo un reino ni sus placeres... Preferiría que los hijos de Dhritarashtra me encontraran inerme, resignado y me mataran en la lucha con sus propias armas... Así habló Arjuna en el campo de batalla y dejando caer su arco y sus flechas se desplomó en su carro con el ánimo invadido por la angustia y el dolor.”

Hay dos aspectos en este fragmento que merecen ser subrayados. El primero tiene que ver con la precisión en la descripción de los síntomas de la crisis de ansiedad y sus consecuencias: sequedad de boca, pérdida de fuerzas, escalofríos, estremecimiento muscular, temblor de piernas, vértigos hasta el desmayo. El segundo se refiere al origen de la crisis de pánico, la situación precisa en la que estalla: el momento en el que el conflicto entre Pandavas, comandados por Arjuna, y Kuravas, capitaneados por Duryodhana, descendientes todos del mismo rey, Vicitravirya, unidos entre sí por vínculos de sangre y de parentela, se plantea como un dilema que sólo puede resolverse con la muerte y la derrota de uno de los dos contendientes.

Los dos aspectos son fundamentales para la comprensión de la crisis de ansiedad. Ésta ocurre cuando un conflicto moral se transforma en un dilema insoluble o soluble sólo a través de una traición o la infidelidad a relaciones muy significativas. En tales circunstancias la percepción de indefensión, entendida no como vulnerabilidad o debilidad, sino como incapacidad o imposibilidad de reaccionar, lleva a un miedo paralizante.

La metáfora del desarme que utiliza el Bagavadgita nos parece muy adecuada a este propósito y se refleja claramente en el sueño de Ana, de quien hablaremos más adelante. En el sueño aparece cómo una persona fuerte puede llegar a sentirse débil si se le priva de sus propios recursos, como Sansón privado de su cabellera: la imprevisibilidad de sus fuerzas y la potencial amenaza de su poder la pueden llevar a la renuncia de su defensa, mientras que la recuperación de sus capacidades puede llegar a asustar incluso al propio sujeto.

“Vi a un hombre muy deforme y limitado en sus propias capacidades, que se lo llevaban encadenado, con las manos y los pies atados. Sentía una gran pena por él y su figura me conmovía como el Cireneo, y dije: ‘No lo llevéis así’. Pero de repente ese hombre se transformó en su completo opuesto: alto, grande y fuerte. En posición erecta y con las manos libres se volvía tan imprevisible que me asustó”.

El surgimiento más o menos anticipado o repentino de una conciencia, entendida como una obligación o dilema moral se encuentra, por tanto, en el origen de la crisis de ansiedad: aunque me ampare el derecho, no puedo defenderme si esto significa dañar a los demás o si tengo que violar imperativos categóricos. La naturaleza moral de estos conflictos se hace evidente también en su resolución. Así, Arjuna, convencido por los argumentos de Krisna, soluciona su conflicto reconociendo sus obligaciones como guerrero.

“Piensa en tu deber y no tengas dudas. No existe gloria más grande para un guerrero que luchar en una guerra justa. Hay una guerra que abre las puertas del Cielo, Arjuna. Felices son los guerreros que tienen la suerte de luchar en esta guerra... Si mueres tu gloria estará en el Cielo, si ganas tu gloria estará en la tierra. Por lo tanto levántate, Arjuna con tu ánimo dispuesto a luchar... Ofréceme tus actos y descansa tu mente en el Supremo. Libérate de cualquier inútil esperanza y de los pensamientos egoístas y con la paz interior esfuérgate en la lucha.”

Estos argumentos están dictados por una autoridad divina y remiten al tema del juicio social apelando al honor de los guerreros:

“Huir de esta guerra justa quiere decir huir del deber y del honor, ceder a la trasgresión. Los hombres hablarán de tu falta de honor... y eso es peor que la muerte. Los grandes guerreros dirán que huiste del campo de batalla por miedo y los que hasta ahora te tenían en gran concepto, hablarán con desprecio de tí”

Ambos argumentos sirven, además, al autor del Bagavadgita para confirmar nuevamente el predominio del orden divino sobre las consideraciones de tipo social o altruista. Los hombres tienen que aceptar el mundo tal como ha sido concebido por los dioses y tienen que proteger el orden social establecido. Es interesante observar en estos fragmentos la oposición entre dos actitudes morales de las cuales tendremos que hablar más adelante: la heteronomía, dictada por las normas de autoridad y de juicio social, frente a la sionomía, regulada por las relaciones interpersonales. El dilema de Arjuna se produce cuando reconoce ante sí, uno por uno, los rostros de las personas queridas, familiares y maestros, y siente que no puede luchar contra ellos. Krisna busca alejar estos sentimientos del corazón de Arjuna, aludiendo a sus obligaciones y al juicio social.

En realidad, Krisna, incapaz de empatizar, no contesta a los temores prosociales de Arjuna que tienen que ver con la traición a la amistad y a la familia y con las consecuencias sobre el bienestar de la humanidad. Al revés, busca disminuir estos pensamientos con maniobras defensivas de distracción llevando al final la discusión al plano metafísico; sólo los cuerpos pueden ser destruidos, el alma es eterna; es una ilusión la que nos hace ver asesinos y víctimas:

“la vida y la muerte, el placer y el dolor pasan. Mira más allá, ánimo fuerte... Lo irreal no existe, lo real no dejará nunca de existir; nadie puede destrozarlo, porque es eterno”.

La conclusión lógica de estas premisas es continuar adelante en esta lucha porque:

“si un hombre piensa que mata otro y este piensa que se va a morir, ninguno de ellos conoce la verdad. Lo Eterno de un hombre no se puede matar, así como lo que es Eterno de un hombre no puede morir. Él ni nace ni muere. Es la Eternidad... no se muere cuando se muere el cuerpo”

LA NATURALEZA MORAL DE LA ACCIÓN HUMANA

La psicología le debe al conductismo decenios de gran prestigio, por haberla dotado de una sólida idea sobre su objeto y método como ciencia. El objeto era claramente observable, el comportamiento, y el método en la mejor tradición positivista, empírico o experimental. Pero la exigencia metodológica del conductismo encerró la psicología experimental en el laboratorio y el objeto de su experimentación se vio reducido a los movimientos de las ratas y de las palomas en el laberinto. El comportamiento humano se escapaba de esta visión limitadora y continuaba siendo objeto de la antropología, de la sociología o del psicoanálisis.

En los años siguientes el interés de la psicología se dirigió a las variables internas, como el pensamiento y la emoción. Entendimos que el comportamiento humano no es solamente reactivo al estímulo o al refuerzo, sino que está mediado por los pensamientos y las emociones y está dirigido a fines. Excepción hecha de la psicología social, sin embargo, la dimensión interactiva de la acción humana no ha sido objeto de consideración por parte de la psicología, y en consecuencia, tampoco la dimensión moral. La psicología básica, por ejemplo, se ha ocupado de los fenómenos del pensamiento y de la emoción como si se tratara del proceso computacional de la información por parte de mónadas dotadas de algoritmos y redes neuronales complejas, pero desvinculadas del mundo social. La acción humana, sin embargo, se caracteriza por su intencionalidad: el ser humano es un ser simbólico que se expresa a través de sus actos: éstos, además de su funcionalidad instrumental, tienen una doble finalidad en el ámbito social, transmiten un sentido y constituyen un reclamo. Se desarrollan en un contexto relacional en el que los individuos se posicionan en función de los posicionamientos ajenos o de la estructura del sistema. Son intencionales en la medida en que tienden a un fin, la consecución de objetivos o propósitos. Están caracterizados por la multifuncionalidad que pueden ejercer simultáneamente. La acción de comprar un vestido, por ejemplo, puede estar orientada a cubrir el cuerpo y a resaltar, al mismo tiempo, la atracción sexual: puede ser una llamada a la mirada ajena para aumentar el deseo o provocar el nacimiento de una relación. Así que no existe la neutralidad o la indiferencia moral en los actos humanos.

Los escolásticos distinguían entre “*actus hominis*” y “*actus humanus*”. Los primeros están relacionados con los actos reflejos, el bostezo, por ejemplo, o los equilibrios para mantenerse en pie en el autobús. Sobre éstos no tenemos ninguna responsabilidad, son involuntarios, no elegidos intencionalmente. Los segundos, por lo contrario, se caracterizan como humanos en la medida en que son instrumentos para ejecutar un plan intencional. Cada acción es elegida entre los varios planes posibles por su real o imaginaria capacidad de conseguir el número más grande de fines deseables al mismo tiempo. Sobre este tipo de actos contraemos responsabilidades, derivadas de nuestra elección. La princesa Massako, esposa del príncipe Naruhito, heredero de la monarquía japonesa, como en el pasado Sissi o Diana de

Gales, eligió ser la esposa del príncipe para llevar a cabo diferentes intentos simultáneamente: amar y ser amada, llegar a ser madre y esposa, conseguir fama, admiración, riquezas y poder. No escuchó otras voces internas que le desaconsejaban encerrarse en la jaula de oro del palacio imperial, aunque por dos veces rechazó la propuesta de matrimonio. Al final se rindió a las propuestas del príncipe que fueron motivo de sufrimiento y la llevaron hasta la depresión.

La acción humana, además de intencional, es libre, en la medida en que es la consecuencia natural de una elección. El ser humano no puede no elegir; aun si decide no hacerlo, elige no elegir. Hay diferentes niveles de libertad:

- la libertad como *ausencia de constrictión*: la “*libertas spontaneitatis*”, la libertad de reaccionar de manera natural ante estímulos diferentes, por ejemplo: quitarse la ropa para hacer frente al calor del verano (libertad externa);
- la libertad como *indeterminación*: o sea la ausencia de obligaciones, indicaciones o preferencias, como en la selección entre dos películas sobre las que no tenemos ninguna información, cuya elección podemos dejar al azar;
- la libertad como *elección* ante a una o más alternativas de acción, en base a criterios que tienen que ser elaborados, como la compra de un par de zapatos o la inscripción en un curso universitario;
- la libertad como *decisión* frente a elecciones que se excluyen recíprocamente, como en la aceptación o rechazo de las propuestas de matrimonio por parte del heredero de la casa imperial; y finalmente
- la libertad como *determinación*: creación de planes y medios para conseguir un fin deseado: quiero ser útil a los demás o quiero llegar a ser rico y famoso.

Todos los actos que derivan de estas elecciones o decisiones recaen sobre mi responsabilidad, en la medida en que soy yo quien las decide. Y todas estas acciones implican una dimensión moral en relación a las consecuencias que tienen o que pueden tener sobre mí y sobre los demás. Son precisamente los constructos de libertad y responsabilidad, sobre los cuales se apoya la posibilidad de construcción de la moral como criterio de regulación social, los que sirven como fundamento para la razón práctica (Kant, 1846, 1975). Moral es, en efecto, un concepto que hace referencia a las costumbres sociales, pero también a la conciencia de intencionalidad. Un acto es considerado moral si se conforma a los criterios que regulan el comportamiento social; pero el criterio último que puede evaluar esta conformidad es nuestra propia conciencia. Ésta tiene que elegir y hacerse responsable de sus propias elecciones y consecuencias.

LA NATURALEZA MORAL DE LAS CRISIS DE ANSIEDAD

La elección del calificativo “moral”, aplicado a la naturaleza de las crisis de ansiedad, es, sin duda, discutible, pero en la tradición psicológica y filosófica no hemos encontrado ningún otro término más apropiado. Piaget (1976), Kohlberg (1976, 1981), Gilligan (1985) y otros en la tradición del constructivismo genético lo hicieron objeto de análisis en el desarrollo psicológico del niño y Dewey (1975) lo convirtió en el eje de la formación pedagógica. Nosotros lo hemos recuperado para entender la naturaleza del conflicto psicológico. Freud entendió bien que las neurosis eran el producto de una lucha entre dos tendencias opuestas las del Ego y del Superego, o sea las tendencias anómicas (naturales, sin ley) y las represiones heteronómicas (sociales o culturales). El problema es que Freud no veía la posibilidad de poner de acuerdo estas dos tendencias (“nadie puede servir dos señores”) y, en consecuencia, el conflicto resultaba inevitable. La neurosis, entendida como estado de ansiedad aguda en sus múltiples manifestaciones, era sólo el síntoma de un conflicto que se dirimía en el inconsciente y la terapia podía disminuir únicamente su agudeza con el aumento de conciencia.

Gracias al método experimental hemos aprendido que las neurosis experimentales son el producto de condiciones de fuerte malestar producidas por estímulos y tendencias contradictorias: estimulación aversiva, tendencia a escapar, impedimentos para la huida. El animal sufre un fuerte estrés, semejante a una crisis de ansiedad, cuando se le somete a una situación de peligro o daño inminente y no puede ni huir ni atacar, viéndose privado de sus propios recursos naturales, de su repertorio de respuestas espontáneas a causa de la constricción externa. Las situaciones de estrés sufridas por un animal en el laboratorio no tienen que ver, desde luego, con dilemas de naturaleza moral, pero tienen como consecuencia la pérdida de libertad (entendida como espontaneidad), quedando condicionado a la evitación de tales situaciones, anticipándolas con la activación del sistema de alarma que da paso a la ansiedad.

Esto ocurre también en el sujeto humano cuando se encuentra atrapado en situaciones conflictivas en las cuales no puede comportarse de manera espontánea y libre, de las que no puede escapar. Es por esta razón que las situaciones de naturaleza física que remiten a situaciones sin salida -una autopista, la sala oscura de un cine, una multitud en la plaza o en los grandes almacenes, un semáforo rojo, la cola del autobús, la sala de espera del médico, la cabina de un ascensor, los vapores de una cocina, un restaurante, el interior de un avión, etc.- pueden provocar angustia hasta hacer estallar una crisis de ansiedad. Las características cerradas de estos espacios no son la causa de las crisis de ansiedad, sino el análogo de una ratonera en la que la persona se siente atrapada sin poder escapar. La asimilación de los espacios físicos cerrados (ascensores, aviones, salas de cine, etc.) o sociales (plazas o almacenes, colas del autobús, salas de espera, etc.) a situaciones de atrapamiento y su posterior generalización en las fobias, los convierte, una vez

condicionados, en escenarios a evitar.

Los vapores de la cocina

Francisco estaba trabajando desde hacía años como cocinero en la cocina de una empresa de servicios para comedores colectivos con un equipo de más de veinte personas y nunca había tenido sensaciones de asfixia a causa de los vapores de la cocina, hasta el momento en que, convertido en jefe del equipo, empezó a experimentar ahogos y falta de aire para respirar. Se podría pensar en una reacción sintomática como una forma de rechazo de la responsabilidad inherente a su cargo, desencadenante de su crisis de angustia; pero en su caso la causa de sus ahogos se hallaba en casa, en su mujer que se había vuelto locamente celosa a causa de su condición como jefe de las chicas que trabajaban con él, amenazándolo con el divorcio y con llevarse al hijo.

Francisco que era un hombre fuerte, atlético, jugador casi profesional de fútbol, acostumbrado a viajes en avión, se volvió miedoso e incapaz de ir en coche; tuvo que dejar el trabajo y pedir la baja médica: no conseguía tranquilizar a su mujer. Los problemas de pareja eran el texto, la cocina el contexto físico o “escenario” donde se manifestaba de manera sintomática la constricción del espacio (Villegas, 1995).

Este contexto, como ya hemos comentado, no siempre es un escenario físico; puede ser también un escenario social como en la fobia social. O, sin más, un escenario mental, como sucede a menudo con pacientes obsesivos, el tener que hacer cosas de una cierta manera o en un cierto orden. Una paciente, por ejemplo, no se sentía a gusto en restaurantes donde se comía al menú o a la carta (primer plato, segundo plato, postre), en vez de bufete libre, *self service* o un bar de tapeo. El bufete libre, el *self service* o el bar de tapeo permiten la elección sólo de entremeses o tapas, comer en pequeñas cantidades o en forma más caprichosa, o levantarse de la mesa sin tener que someterse a formalidades. El menú, por el contrario, está ya determinado y no permite levantarse de la mesa cuando a uno le plazca. Por desgracia, en los casos de agorafobia y, en general, en las crisis de ansiedad, toda la atención está dirigida al escenario, al campo de batalla, o sea al contexto físico de en que se produce la respuesta ansiosa, desconectada casi por completo del texto o del significado del drama.

Terremoto doméstico

Natalia, mujer de unos cincuenta años, madre de tres hijos mayores de edad, experimenta de manera muy dramática, a veces incluso durante la sesión, los síntomas de la crisis de ansiedad. Se queja de horribles sensaciones que le ocurren en la cocina: las paredes se le caen encima, el suelo se mueve bajo sus pies, como si se tratara de un terremoto doméstico. Han pasado más de

veinte años desde el inicio de estos síntomas y la paciente nunca habría ido a terapia si una amiga suya no la hubiese traído. Reconstruyendo el contexto existencial en la que se produjo la aparición de los primeros síntomas, descubrimos una situación en la que la paciente se veía obligada a compartir la casa con unos cuñados. La razón era el traslado por motivos laborales del marido a otra ciudad, lo que implicaba un cambio de residencia con fuerte restricción de su libertad.

En esa época la paciente era una madre joven y no podía utilizar ni siquiera la lavadora para lavar los pañales de los niños porque “*no estaba en su casa*”, podía entrar en cocina sólo en los momentos en los que la cuñada se ausentaba. En esa época nunca percibió el apoyo del marido en sus propias mínimas demandas de autonomía. Pero tampoco ahora se siente libre ni apoyada por él. A lo largo de la terapia aparece con claridad la sensación de sentirse atrapada en las relaciones. En la actualidad Natalia se siente obligada, a decir verdad, violada sexualmente por parte del marido, pero no consigue expresarlo nunca claramente por miedo a la separación y a las consecuencias sobre sus hijos. Esta situación se hace evidente una semana en la que la paciente se muestra feliz y asintomática: el marido ha tenido que ausentarse por razones de trabajo y ella se siente libre y fuerte. Parece que la “enfermedad” haya desaparecido. La paciente nunca había conectado antes los síntomas con el sufrimiento, la experiencia física ligada a contextos constrictivos con el atrapamiento relacional.

Es interesante observar el origen etimológico de la palabra “enfermedad” (*infirmitas*), que es la negación o la ausencia de firmeza. La firmeza sería el estadio natural que se pierde al sucumbir ante algún conflicto o peligro de manera continua. El comportamiento humano se desarrolla en un laberinto de relaciones que en ciertas circunstancias puede desembocar en un callejón sin salida, quedando la persona atrapada en una trampa, sin recursos suficientes para salir de ella, motivo por el cual solicita ayuda. La ansiedad está causada por la situación de atrapamiento y sirve para remover los fundamentos del sistema, generando una crisis desestabilizadora, que puede llegar a ser destructiva e invalidante, pero que también puede convertirse en una oportunidad para el crecimiento y el cambio.

El atrapamiento de Andrea

Andrea es una mujer joven, de treinta años, casada desde hace cuatro, madre de dos niños de tres años y de cinco meses respectivamente. Llega a terapia con una actitud muy ansiosa, casi desesperada. Se siente atrapada en sus relaciones con el marido y con los hijos que entran en conflicto con sus necesidades de independencia y éstas con sus creencias morales. El presente fragmento es una síntesis correspondiente al inicio de la primera sesión. Hemos subrayado las diversas manifestaciones del estado de ánimo

anotando entre paréntesis las expresiones paralingüísticas de malestar. Desde el primer momento se manifiestan con claridad los dilemas morales con los que se debate la paciente.

T.- *Qué es lo que la trae por aquí.*

A.- (suspira) *No lo sé; todo me va mal. Estoy ansiosa, tensa, deprimida (suspira). Cualquiera cosa me pone nerviosa. En estos momentos no tengo ganas de hablar.*

T.- *¿No? (breve pausa). ¿Desearía hacerlo en otro momento?*

A.- *Este es el mal. Estoy demasiado tensa. Si consigo empezar todo irá mejor.*

T.- *¿De veras? Esperemos que lo consiga.*

A.- *¿Puedo fumar?*

T.- *Desde luego. (Le acerca el cenicero a la paciente)*

A.- (Suspira, coge un cigarrillo y lo enciende). *Soy enfermera, pero mi marido no me deja trabajar.*

T.- *¿Qué significa que su marido no la deja trabajar? (carraspea).*

A.- *Beh... (carraspea). Por ejemplo este mes debería hacer dos semanas de turno (suspira)... el mes próximo, septiembre, y él me atosiga tanto que estoy siempre en ascuas (suspira)... Dice que mi puesto está en casa con los niños. De acuerdo, pero yo qui..., necesito unas vacaciones. Siento necesidad de alejarme de ellos. De estar con otra gente. No puedo estar siempre cerrada en casa (suspira). Pero no es sólo esto. Son mil cosas más (suspira). Para empezar haya un montón de cosas que no sabía de mi marido antes de casarme y que debería haber sabido, al menos pienso que debería haber sabido. Y además, (suspira) creo que es un alcohólico crónico. Bebe cada día y parece que no puede evitarlo. El dice que sí, que lo consigue, pero no es cierto. No lo ha conseguido nunca, exceptuando (suspira) cuando el doctor lo puso a dieta, la única vez (medio suspiro) y entonces se puso a comer caramelos.... Pero desde luego es... (medio suspiro); tengo la impresión de que terminará por destruirme a mí o a los niños, o a todos juntos. Es una cosa....*

T.- *¿De qué trabaja él?*

A.- *De camionero. Ya sé que es un trabajo duro, pero él llega a casa y se desahoga con nosotros. Empieza a gruñir sólo entrar en casa.*

T.- *¿Pasa mucho tiempo fuera de casa?*

A.- (suspira). *Come y duerme en casa, eso es todo. Naturalmente para mí es algo insultante. De vez en cuando es una buena persona (pausa; suspira). Siempre pienso en el divorcio, pero (medio suspiro) sería otra muerte emocional. Y no quiero hacerlo ahora con los niños. Son demasiado pequeños.*

T.- *¿El divorcio es una muerte emocional?*

A.- *Pienso que sí*

T.- *No entiendo bien lo que quiere decir.*

A.- (suspira) *Bien, creo que sea peor que la muerte. Si muriera él creo que me sentiría feliz. Estoy segura de que sí (lloriquea) Y no quiere dejarse ayudar. Este es el mal. No quiere admitir que es un problema.*

T.- *Si sus hijos estuvieran en edad de ir a la escuela, ¿pensaría en el divorcio?*

A. *Sí, pero en principio soy contraria....*

T.- *¿Sí?*

A.-... *porque creo que... puedo recuperarme.*

T.- *¿Que usted puede recuperarse? No me había parecido en ningún momento que usted pensase que fuese un problema suyo*

A.- *Beh... me pesa. Me vuelve inestable. No había nunca antes estado así. Antes las cosas no me afectaban de este modo. A veces me sentía deprimida, desde luego. Le pasa a todo el mundo. Pero no como ahora. No hasta el punto de querer abrir el gas o tirarme por la ventana (lloriquea).*

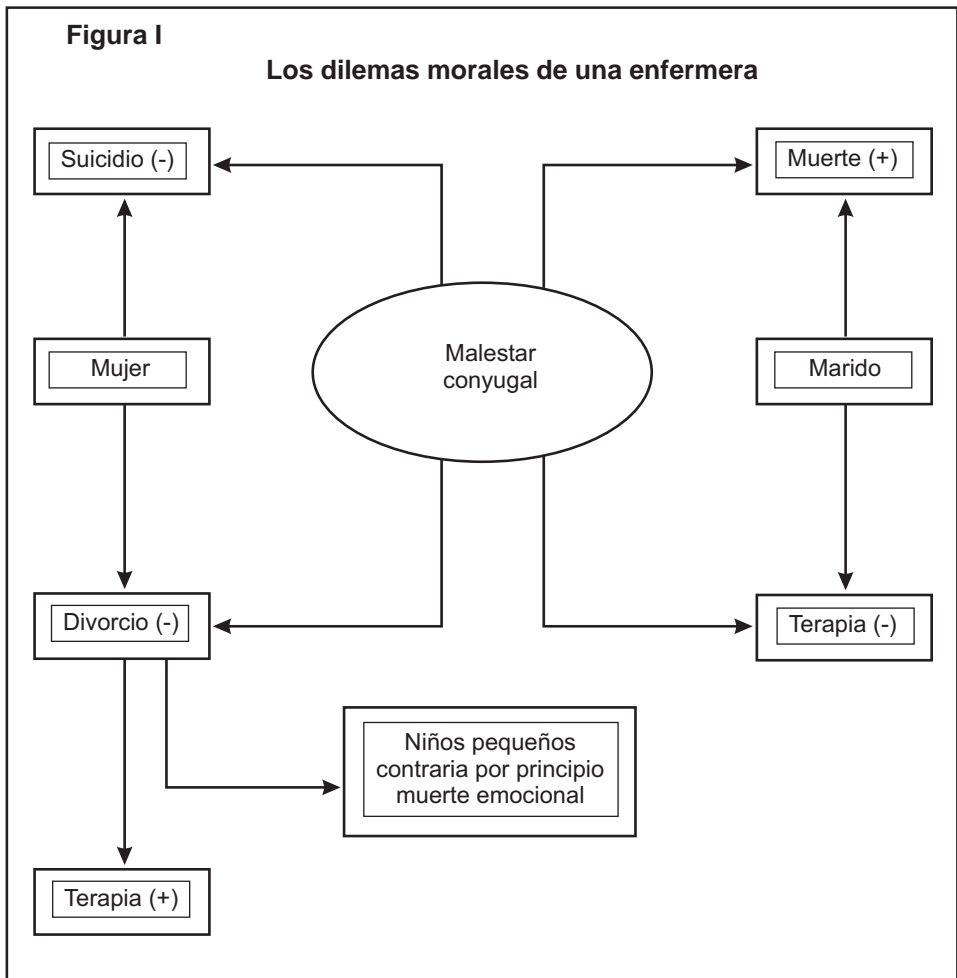
T.- *¿Desde cuándo se siente así? (carraspea).*

A.- *Desde que me casé; ya durante la luna de miel (se le rompe la voz) bebía cada noche. No quería ir a ninguna parte; sólo quería quedarse en casa a beber; y yo no lo soportaba.*

En el contexto de una relación conyugal no satisfactoria y restrictiva, Andrea siente necesidad de salir de casa, de desarrollar competencias profesionales en el trabajo, como una manera para disfrutar de sus propias capacidades y librarse, por lo menos parcialmente, de la jaula en la que se siente encerrada. Pero el marido no está dispuesto a permitirselo. En este contexto aparecen diferentes elecciones, pero todas bloqueadas por el conflicto moral. Ella sería feliz si el marido muriera, pero no piensa en matarlo. Si él aceptara curarse del alcoholismo... pero no admite su problema. El divorcio sería otra muerte emocional, con el agravante de que los niños son demasiado pequeños para dejarlos y, además, es contraria por principio. En esta situación las ideas suicidas surgen espontáneamente como única salida posible, pero ella piensa tener aún una posibilidad para restablecerse, y esto la lleva a pedir ayuda. (Ver Figura I)

La naturaleza del conflicto moral pone a la persona ante elecciones que no consigue asumir por experimentarlas como incongruentes consigo misma, sus necesidades, deseos o valores, con la consiguiente sensación de constricción de la libertad. En ese contexto se desencadena la ansiedad. La secuencia habitual en las crisis de ansiedad sigue estos pasos:

- a) conflicto de naturaleza moral que constriñe la libertad en sus distintos niveles: espontaneidad, elección, determinación;



- b) activación (funcional) de la ansiedad para enfrentarse al conflicto;
- c) inutilidad de los intentos para liberarse de la constricción o imposibilidad de resolución del conflicto: percepción de atrapamiento;
- d) activación intensa de la ansiedad (crisis de pánico);
- e) invalidación del propio sistema o de los propios recursos (desarme general);
- f) generalización de la ansiedad o transferencia a cualquier situación sin salida (fobia);
- g) sensación de debilidad o de estar enfermo (a veces hipocondría);
- h) posible búsqueda o demanda de ayuda (terapia).

La conciencia de debilidad no es la causa de la crisis de ansiedad, sino al revés, su consecuencia. El sujeto se vuelve vulnerable cuando se ve desarmado, despro-

visto de recursos de defensa, ataque o huida. Y esto ocurre cuando entra en conflicto su propia libertad. En este sentido para dar cuenta de las crisis de ansiedad no necesitamos postular una vulnerabilidad ansiógena específica de tipo genético o derivada de la historia de apego, aun sin excluirla como factor interactivo, porque cualquier persona, incluso el guerrero más valiente, puede desarrollarla en situaciones de particular conflictividad. El desarme o invalidación de los propios recursos puede ocurrir también de forma repentina.

Una insolación de verano

Una joven mujer, a la que llamaremos Cecilia, madre de dos niños, vivió la invalidación de sus propios recursos en pocos segundos. Casada a los 19 años, embarazada de su primera hija, llevaba una vida feliz e irreflexiva hasta que diez años más tarde de repente le ocurrió pensar en su responsabilidad sobre la vida y la muerte de sus hijos. Un acontecimiento banal fue el desencadenante de la aparición de este pensamiento: un ligero desmayo de su hija de diez años al volver de la playa una tarde de verano, probablemente producido por un exceso de insolación. Este acontecimiento seguramente no habría tenido mayor importancia sino hubiera sido por la existencia de algunos antecedentes. El primero ocurrió cuando a los seis años la niña sufrió un ligero episodio de leucocitosis, que remitió en breve tiempo de manera espontánea. El segundo, mucho más reciente, se produjo a raíz de dos casos de leucemia infantil que en pocos meses de diferencia provocaron la muerte de dos niños del barrio. Cecilia, que conocía a las familias de estos niños, compañeros de colegio de su hija, se interesó mucho por ellas, buscando apoyarlas en la enfermedad y en el luto sucesivo a la muerte. Siguiendo con su comportamiento despreocupado e irreflexivo no le pasó nunca por la cabeza que estas u otras enfermedades pudieran amenazar a sus propios hijos. Pero el desmayo de la hija tuvo el poder de establecer de repente la conexión entre los acontecimientos pasados y el momento presente. Por primera vez se sintió responsable de la salud de los hijos, y de la suya propia, que hasta ese momento daba por descontado. Su sistema de construcción de la realidad se derribó dramáticamente: la irresponsabilidad se transformó en sentimiento de extrema responsabilidad, la espontaneidad en un exceso de vigilancia sobre cualquier señal corporal, desarrollando una grave hipocondría. Antes, reconoce la paciente, *“yo era sólo yo, trabajaba, comía, dormía, me iba de paseo, me divertía, como si no tuviese un cuerpo, ahora ya no soy yo misma en el intento de controlar cualquier síntoma corporal”*

La conciencia del conflicto se fraguó en pocos segundos: “no puedo continuar viviendo sin preocuparme como he hecho hasta ahora; si algo ocurriera yo sería responsable de no haber hecho nada por evitarlo; he

tenido suerte hasta ahora pero no puedo seguir fiándome de la suerte; tengo que controlar continuamente y por esto tengo que aumentar mi estado de alerta, limitando mi libertad.”

Estas situaciones pueden producirse de repente, como hemos visto en el caso de Cecilia, o irse formando de manera casi imperceptible a lo largo de los años, como en el caso de Helena que veremos a continuación. Las situaciones que se producen de repente suelen ir acompañadas por crisis de pánico; las que se forman en el tiempo pueden desarrollar un trastorno de ansiedad generalizada. En ambos casos es frecuente la aparición de la agorafobia.

La araña atrapada en su tela

Elena, mujer de casi sesenta años, madre de tres hijos y abuela de cinco nietos, pide ayuda terapéutica por un síntoma muy frecuente en los trastornos de ansiedad, el miedo a coger el avión. Durante la primera entrevista habla sin interrupción durante casi toda la hora, describiendo un mundo relacional muy complejo, constituido por cinco generaciones. El abuelo que había desheredado al hijo (el padre de la paciente) nombrándola a ella su heredera. El padre que se había separado de la madre, la cual consideraba su hija (la paciente) de 9 años culpable de esta separación. El marido que se había dedicado a la administración de los bienes heredados por la esposa (la paciente), también él en relación muy conflictiva con su padre. Tres hijos, el primero de los cuales casado muy joven con una chica embarazada cuyos padres tuvieron que ayudarles para comprar una casa y tener el niño y otros dos nacidos sucesivamente. Una segunda hija también ella casada, madre poco cuidadosa de los dos niños nacidos en el matrimonio.

Al inicio de la terapia, la paciente vive con el marido, la madre de ochenta años, una antigua sirvienta de 93 años que le había hecho de “tata” y el tercero de los hijos, todavía soltero. Helena se casó con la idea de poder vivir independiente de la familia de origen, pero el marido creyó hacer un buen negocio al aceptar compartir la casa con la suegra, un piso de más de cuatrocientos metros cuadrados, ahorrándose de este modo el coste de una compra o de un alquiler. De este modo Helena, hija única, no ha salido nunca de casa y en este momento se encuentra atrapada en los lazos de deuda, culpa, protección y deber con la madre, la “tata”, el marido, los hijos y los nietos, vínculos que con el tiempo se han ido volviendo cada vez más pesados y sofocantes. Y lo peor de todo es que la paciente no ve otra salida que la propia muerte o la de la madre. Al final de la sesión la paciente pregunta al terapeuta qué representación se ha podido hacer por cuanto le ha contado de su problema y de su historia, el cual mirando el conjunto de las flechas cruzadas sobre el dibujo de este complejísimo genograma,

responde espontáneamente:

T. - *“No puedo ver otra cosa que una telaraña.*

E.: *¿Y yo ¿dónde me encuentro?*

T. - *Usted se encuentra en el medio, como la araña. La araña que teje y mantiene los hilos unidos*

E. - *Entonces, si estoy atrapada en la telaraña no puedo volar; ¿qué tengo que hacer para poder volar?*

T. - *Para volar la araña tiene que recoger todos los hilos sobre sí misma, replegándose hasta convertirse en una larva y, después de un proceso de metamorfosis que transforme los vínculos de deuda, culpabilidad, protección y deber en vínculos de cariño, respeto y desapego, convertirse en una mariposa que pueda volar libremente.*

Además del hecho que esta paciente, después de un año de terapia, pudo ya hacer dos viajes en avión, lo que interesa es subrayar la situación de atrapamiento en la cual se hallan frecuentemente las personas respecto a las relaciones más cercanas.

Un té muy estimulante

Sandra solicita ayuda terapéutica por indicación de su psiquiatra al cabo de dos años de su primera crisis de pánico, preámbulo de una agorafobia. Ya en la primera sesión aparece que esta crisis de ansiedad se produjo a la vuelta de un viaje a Túnez. A la pregunta de cuál podía haber sido el motivo, responde la paciente que pudo haber sido provocado por un té o bebida tomada en el aeropuerto tunecino. Ante la observación del terapeuta sobre la enorme potencia de dicha sustancia, capaz de continuar ejerciendo sus efectos todavía dos años más tarde, la paciente sonríe con escepticismo. Hurgando un poco más en el contexto de este ataque de pánico en el aeropuerto de Túnez se pone de manifiesto que se trataba del viaje de bodas. El viaje de ida significaba más bien el alejamiento de la familia del marido, la vuelta, en cambio, suponía la inclusión sin posibilidad de escapar en una familia en que la paciente se veía prácticamente engullida, tanto desde el punto de vista personal como económico, sometida al dominio de los suegros y de la cuñada, una chica joven, disminuida psíquica, despótica y caprichosa, a la que los padres no sabían contener. La inmediatez de la vuelta, en la sala de espera del aeropuerto, despertó la angustia anticipatoria de la situación claustrofóbica que se avecinaba.

El atrapamiento en las relaciones

Miguel, casado a los veinte años en contra de la opinión del padre, pero presionado por la familia de la mujer, empezó a desarrollar inmediatamente después del matrimonio una agorafobia de más de 25 años de duración,

hasta que una experiencia homosexual vino a proporcionar la excusa perfecta para la separación de la mujer. Hasta aquel momento se sentía encerrado en una jaula de oro en la que se había acomodado, estableciendo una relación satisfactoria y dependiente con su mujer tanto a nivel sexual como social, incapaz de llevar a cabo por sí mismo cualquier movimiento o decisión, sin darse cuenta de la trampa en la que estaba atrapado. En el proceso terapéutico un sueño tuvo particular importancia para la comprensión de la falta de independencia respecto a su mujer. En el sueño el paciente se encuentra inmovilizado en el interior de un coche sin poder arrancar por que la mujer se le ha echado encima, pegada al cristal y no se quiere ir, bloqueándolo con su cuerpo:

“Vete, déjame en paz - repetía en el sueño, dirigiéndose a su mujer - Estoy bien; para ya de engancharte a mí, de agarrarte al coche. Vete, es inútil que sigas quedándote aquí, me oprimes, no me dejas libertad, no me dejas sentir libre...”

Comentando el sueño, el paciente añadirá:

“Y después me desperté de repente; me sentía mal... Nunca había tenido este tipo de sueños. Pero el deseo de eliminarla, no en el sentido de matarla, sino en el sentido de alejarla de mí era muy apremiante.”

La constricción de libertad, experimentada de diferentes formas, se encuentra en el origen de las crisis de ansiedad. Otro sueño de un paciente de nacionalidad italiana que empezó a desarrollar una sintomatología agorafóbica después de haber establecido la fecha para el matrimonio con su novia, nos ayuda a verlo con claridad:

“Voy en coche por la autopista, arrastrando un remolque, como una roulotte que es un kiosco con ruedas. En un momento determinado veo por el retrovisor cómo se acerca a toda velocidad un coche deportivo en el que viajan unos amigos de correrías nocturnas, acompañados de dos rubias despampanantes en minifalda, que me avanza como una exhalación”.

donde la roulotte representa un medio de transporte lento y pesado en contraposición al coche deportivo de sus amigos con los que solía ir de bares antes de prometerse. El sueño pone de manifiesto la oposición entre los vínculos matrimoniales contraídos y la libertad celibataria a la que se ha visto obligado a renunciar.: «no puedo correr, no puedo escapar; estoy condenado a lo «cotidiano» (en italiano periódico o diario se dice “*quotidiano o giornale*”, lo de cada día, la rutina). La metáfora a propósito de la carrera entre los dos coches en la autopista remite a la sensación de pérdida de libertad ante la proximidad del matrimonio.

La aparición más o menos anticipada o abrupta de una obligación o dilema moral se encuentra pues en el origen de una crisis de ansiedad. Pero ¿cómo es posible que un dilema moral pueda desembocar en una crisis de ansiedad? La razón hay que buscarla en las relaciones entre conciencia y libertad: las relaciones

humanas implican frecuentemente situaciones conflictivas entre los intereses de las partes. Lo que es bueno para mí, puede no serlo para ti e inversamente. Si Arjuna tiene que ganar la batalla derrotando a sus enemigos, esto no es bueno para ellos; pero tampoco lo contrario: si los enemigos ganan la batalla esto es en perjuicio de Arjuna. Si no existiese una conciencia moral el problema sería sólo práctico: ¿cuál es la estrategia más adecuada para ganar? Pero Arjuna debe hacer frente a un “enemigo” mucho más fuerte, su conciencia moral, que no le permite luchar contra sus padres y amigos. Los argumentos esgrimidos por Arjuna, dispuesto incluso a perder la vida antes que matar a los suyos, son de tipo prosocial. Los que emplea Krisna, en cambio, se refieren a la autoridad del dios y al poder de la crítica social. El nivel de juicio moral que utiliza el guerrero es mucho más evolucionado que el que sirve para fundamentar los argumentos del dios. Pero la situación creada en el campo de batalla no le permite escapar. Arjuna si siente atrapado, siente que no puede decidir libremente: se ve obligado a escoger entre la propia muerte o la de sus parientes. El dilema está servido y estalla la crisis de ansiedad.

EL DESARROLLO MORAL

Nos hemos estado refiriendo hasta ahora a los distintos niveles de desarrollo moral con el que Arjuna y Krisna tratan de resolver el mismo dilema. Pero ¿cómo se llegan a formar estos distintos niveles de construcción moral? Puesto que, evidentemente, la respuesta de Arjuna será muy diferente si se siente con la obligación o con el derecho de luchar o si, por el contrario, su conciencia no se lo permite. La respuesta a estas preguntas debe buscarse en el proceso evolutivo de formación del sistema de juicio moral. Éste, según los diversos autores, sigue básicamente los siguientes pasos en su desarrollo.

TABLA I						
PIAGET	KOHLBERG	LOEVINGER	BULL	VILLEGAS	SELMAN	KEGAN
Sensorio/ motor		Presocial		Prenomía	Indiferenciado	Incorporativo
Preoperatorio	Castigo y obediencia	Impulsivo	Anomía	Anomía	Egocentrado	Impulsivo
Concreto	Hedonismo instrumental ingenuo	Oportunista	Heteronomía	Heteronomía	Reciprocidad	Autoritario
Formal inicial	Buena relación	Conformista	Socionomía enajenada	Socionomía Complaciente	Mutualidad	Interpersonal
Formal completo	Ley y orden	Consciente	Socionomía altruista	Socionomía Oblativa	Socialidad	Institucional
Post-formal	Orientación por principios	Autónomo	Autonomía	Autonomía		Interindividual

Frente a la diversidad de criterios empleados en la denominación de los distintos niveles de desarrollo moral hemos escogido el que hace referencia al concepto de “nomos” (regla, ley, norma). El concepto de “nomos” aparece en la filosofía griega de la mano de los sofistas, los cuales frente al poder de la “*fisis*” (la naturaleza) en la determinación de la conducta humana oponen la de “nomos” (las convenciones sociales), dado que no es la naturaleza la que establece el valor de las cosas, su dimensión axiológica o moral, sino la convención social: por su naturaleza el oro es amarillo y siempre brilla, pero su valor en el mercado es una convención social. Ni la naturaleza que se rige por fuerzas biológicas, telúricas o astronómicas, ni los dioses del Olimpo que juegan con nuestro destino se han ocupado de dotarnos de criterios de regulación moral en el ámbito psicológico y social, dejando los humanos a su suerte, desprovistos de ley interior con que regirse. En otras filosofías o religiones, a excepción del Taoísmo donde se recurre a una regulación basada en la propia esencia de las cosas, la ley proviene de una fuente revelada exterior o de una autoridad divina representada por figuras de autoridad incuestionable, caracterizadas por la ostentación de un poder político (faraones, emperadores) o moral (profetas, maestros). La suposición presente en todas ellas es que el ser humano carece por naturaleza de estructuras de regulación moral que vayan más allá de los instintos de los que, por una parte carece y, por otra, no son suficientes para garantizar su comportamiento social y personal.

Desde el punto de vista psicológico, la formación de un sistema de regulación moral exige, por tanto, la creación de una neoestructura no prevista por la naturaleza, sino sobrepuesta a ella y a veces en clara oposición a la misma, que se origina en interacción con el mundo social en el interior de una matriz cultural determinada. De este modo el sistema de regulación moral experimenta su propio proceso evolutivo de carácter genético-estructural, desde una posición inicialmente ajena al proceso de socialización, denominada por ello pre-nomía hasta la interiorización consciente de la misma en forma de auto-nomía. Siguiendo este criterio las distintas fases del proceso serán denominadas en función de los prefijos (pre-, a-, hetero-, socio-, auto-), que mejor designan el momento evolutivo de construcción psicológica del “nomos” o criterio de regulación. Nuestra elección (Villegas, 2000 y 2001) se parece mucho a la de Bull y se diferencia a su vez de otros autores que utilizan criterios más bien descriptivos o evaluativos. Esta concepción entiende el desarrollo como un recorrido dirigido ya desde el principio hacia una autonomía que se debe ir construyendo en fases sucesivas, facilitando la socialización del ser humano en el contexto de cada sociedad. Los contextos sociales y culturales, que intervienen como variables macrosociales, ejercen evidentemente sobre los individuos influencias parecidas en parte, pero en parte también diferentes. Las variables microsociales, familia, red social, e individuales poseen igualmente una incidencia particular, pero siempre en el seno del mismo proceso.

La fase pre-nómica

De acuerdo con este criterio sistemático la primera fase evolutiva es la pre-nómica, anterior a cualquier forma particular de socialización. El niño empieza experimentando necesidades que debe satisfacer imperiosamente, independientemente de su adecuación social. Por un lado, el recién nacido no toma en consideración el bienestar de los demás: si fuera capaz de tenerlo en cuenta tal vez no se habría decidido a nacer a fin de no provocar dolor a la madre en el parto o a despertarla por la noche para mamar. Por otro lado, se encuentra en una posición pasiva, debida a la falta de recursos propios, razón por la cual se halla necesitado de protección y cuidado. La ausencia total de autonomía lo mantiene en un estado de dependencia casi absoluta de los demás; esta condición lo prepara para desarrollar una relación interpersonal que se hará imprescindible para su proceso de socialización e incluso de humanización. A este estadio que abarca los dos primeros años de vida lo hemos llamado *prenómico*, en la medida en que antecede a cualquier norma o responsabilidad; es un estadio de inocencia primordial u originaria, en la medida en que el niño no es capaz de hacer daño, de distinguir entre el bien y el mal.

La fase anómica

El desarrollo físico y psíquico llevado a cabo durante estos dos primeros años de vida permite al niño adquirir progresivamente un sentido de sí y de sus recursos: caminar, hablar, jugar, aprender, imaginar, seducir, pedir, tomar, sonreír, enfadarse, desear, rechazar, luchar, querer, amar, odiar. El mundo empieza a organizarse entorno a él y a su voluntad, su pensamiento se desarrolla desde una perspectiva egocéntrica, dado que no puede todavía utilizar fácilmente la perspectiva ajena. El criterio para el bien y el mal se refiere de modo casi exclusivo a las propias necesidades y caprichos. El criterio moral es de tipo *a-nómico*, establecido al margen de la ley, la cual resulta todavía incomprensible puesto que la percibe como ajena. Ente los dos y seis años aproximadamente el niño se convierte en rey absoluto para quien la ley, como para el rey Sol, es él mismo: "*l'Etat c'est moi*". Mostrándose a veces cariñoso y gracioso, y otras hostil e ingobernable es capaz de aceptar obedecer en ciertas circunstancias para no perder el amor de la madre o para ganarse la estima de la maestra, o tal vez en algunos casos frente a una autoridad más severa para evitar un castigo.

La fase heteronómica

En su proceso de autoafirmación, buscando su satisfacción egocéntrica el niño se ha encontrado con frecuencia frente a la prohibición de la ley, con la oposición de los padres, o se ha tenido que enfrentar directamente con las voluntades o deseos opuestos de sus coetáneos. Estas circunstancias lo han llevado a asumir de forma más o menos apacible la perspectiva ajena, abandonando su egocentrismo mental y moral (descentramiento). Ha llegado a entender que puede aprender más y

conseguir mejor sus objetivos si acepta el mundo exterior y sus reglas. El pensamiento mágico, propio de la etapa anterior, es sólo una ilusión, los mecanismos de la realidad no son tan fantásticos como uno podría desear o imaginarse, pero son más eficientes en la práctica. La aceptación de la autoridad y de las reglas permite relacionarse, e incluso jugar con los demás de modo más satisfactorio. Diferenciándose de los criterios egoístas y asumiendo las normas externas el niño entre los seis y once años desarrolla una moral *heteró-noma*, regulada por criterios de autoridad impersonal. Empezará a distinguir que hay cosas que está permitido o que no está permitido hacer no tanto en función de contentar a mamá o para evitar que se enfade, sino en base a que se deben o no se deben hacer, puesto que son intrínsecamente buenas o malas. Con ello la conciencia del bien y del mal y de los sentimientos de culpa y vergüenza se instauran en el centro de su sistema de construcción moral.

La fase socionómica

Durante la infancia, antes de la adolescencia, los chicos y las chicas permanecen generalmente bajo la custodia parental y se someten habitualmente a sus criterios. Mientras percibe la necesidad de su apoyo –excepción hecha de los casos en que se presentan trastornos precoces o existen graves carencias de cuidados paternos– el niño permanece en una posición de sumisión y obediencia. Con la aparición de los primeros signos de la pubertad los jóvenes adolescentes se vuelven conscientes de su poder, de la aparición de su personalidad y de su posición o rol social. Se trata de un proceso dirigido a la individuación y a la consecución de la propia autonomía. El rechazo de la autoridad y de los criterios parentales constituye el primer paso de este proceso. Se podría llamar también libertad, “si no fuera por el hecho que esta forma de autonomía se basa también en una convención: la pertenencia al grupo” (Carotenuto, 2003). El vacío posterior a la “muerte del padre” se rellena con la formación de una neoestructura criteriológica, a la que hemos denominado *socio-nomía*. El proceso de formación de esta neoestructura resulta largo y a veces también tortuoso. En un primer momento los jóvenes adolescentes tratan de asemejarse a los otros coetáneos a fin de sentirse parte del grupo. Estos, a su vez, buscan señales de identidad para distinguirse de los demás, empezando por la forma de vestirse, peinarse o tatuarse, por el lenguaje (jerga) que usan al hablar o escribirse mensajes entre ellos, así como por la elección de sus ídolos entre músicos, deportistas o modelos. La ley de la uniformidad del grupo acaba por sustituir la ley impersonal de la fase heteronómica. La trasgresión de la ley puede convertirse también en un modo de demostrar la pertenencia al grupo que dicta sus propias reglas. Sentirse rechazado por el grupo es una de las experiencias más dolorosas, es un modo de exclusión vivido como una muerte social. Al mismo tiempo, sin embargo, se va abriendo camino la necesidad de satisfacer otra tendencia, la de convertirse en una persona diferenciada y reconocida por los demás.

De ahí nacen los intentos de destacar sobre los otros, convirtiéndose en el líder, exagerando ciertas actitudes o comportamientos de provocación, desafiando a la sociedad, siguiendo modas extremas, etc.

Superada esta fase inicial de rebelión y ruptura con el pasado de la infancia, mediante la identificación con el grupo, y a veces en coexistencia con ella, los jóvenes son capaces de mostrarse sensibles a problemáticas que trascienden su pequeño grupo, integrándose en movimientos sociales de acuerdo con las tendencias de la época: romanticismo, fascismo, comunismo, movimiento hippie, ecológico, *okupa*, *skin*, contracultural, etc. En este largo proceso la aparición del amor representa otra experiencia trascendental. A diferencia de la confusión grupal, el enamoramiento nos arrebató hacia la individuación fusional. Nos encontramos en la mirada del otro, nos sentimos reconocidos como personas únicas y al mismo tiempo sentimos el deseo de confundirnos con el otro. El amor nos lleva a percibir al otro, a acoger sus deseos más insignificantes, a recubrir de belleza su persona, sus palabras, todos sus gestos. Descubrimos el sentido de nuestra existencia en ser para el otro. Las relaciones interpersonales, incluidas las de amistad, terminan por ser más significativas que las de grupo y, naturalmente, que las familiares. La actitud *socionómica* busca inicialmente *complacer* a los demás a fin de sentirse aceptado por ellos, tanto desde el punto de vista grupal como personal, sustituye las normas impersonales de las construcciones heteronómicas por los criterios interpersonales. Con el tiempo esta actitud *complaciente* puede transformarse fácilmente en *oblativa*, capaz de dar o amar sin la expectativa de correspondencia inmediata, dispuesto al sacrificio de sí mismo por el bien de los demás, como sucede con frecuencia en las relaciones de pareja, de trabajo, con los padres ancianos o enfermos, y de forma particularmente destacada con los hijos, los cuales exigen una dedicación muy especial incluso frecuentemente en perjuicio de intereses legítimos o de necesidades propias.

La autonomía

Esta dimensión altruista de la socionomía, que Freud veía como signo de madurez, no se compagina siempre bien con la *auto-nomía*. La autonomía se debería considerar como el punto de llegada natural de cualquier proceso de madurez: el feto adquiere un grado de madurez cuando alcanza la suficiente autonomía para desarrollar por sí mismo las funciones orgánicas que le permiten respirar, alimentarse y continuar creciendo. Este empuje hacia la autonomía lo lleva en el preciso momento de la madurez a desprenderse del útero materno, provocando el nacimiento. En los años sucesivos la tendencia hacia la autonomía lleva al niño de acuerdo con las adquisiciones de la continua maduración fisiológica a esforzarse por adquirir nuevas habilidades como caminar, hablar, aprender, etc. Habilidades que aumentan constantemente los grados de su autonomía como organismo capaz de sobrevivir en el nicho ecológico humano. La autonomía moral o psicológica, por

el contrario, no constituye una consecución natural del proceso de maduración; es el resultado de un largo proceso de socialización como el que hemos descrito hasta ahora. Representa la culminación en la que se integran los diversos niveles morales. Parte de una clara percepción de las necesidades y deseos personales, de una firme voluntad de alcanzarlos, de una aceptación consciente y crítica de las leyes impersonales, establecidas y sancionadas por una sociedad, de un reconocimiento de los deseos, necesidades y voluntad ajena y trata de tomar en consideración todas estas variables conjuntamente en el momento de tomar sus decisiones. Las habilidades personales para hacer compatibles entre sí objetivos con frecuencia tan divergentes es una señal de madurez y no exige necesariamente, como suponía Freud, la represión de los propios instintos o deseos que según él se regulan sólo por el principio del placer. Más bien al contrario, la persona autónoma puede experimentar placer en dar desinteresadamente a los demás o en cumplir sus obligaciones como ciudadano (recuérdese el caso de Sócrates, aceptando beber la cicuta para mostrar su aceptación y acatamiento de las leyes, de acuerdo con sus principios).

La secuencia evolutiva descrita hasta ahora, admite, naturalmente, diferencias individuales; algunos niños muestran desde bien pequeños una gran capacidad de empatía, mientras que otros, por el contrario, incluso durante la infancia, son capaces de una gran crueldad; algunos adultos se comportan de forma absolutamente irresponsable, mientras otros niños y jóvenes pueden asumir grados importantes de responsabilidad. Finalmente, otras personas, según las influencias culturales y sociales, pueden retrasar o avanzar el momento de iniciar o terminar las fases evolutivas, o entretenerse excesivamente en alguna de ellas, o mostrar un grado más o menos evolucionado según las circunstancias.

Aunque desde el punto de vista evolutivo se puede hablar de fases o estadios en el sentido que hemos apuntado, desde un punto de vista estructural podemos considerarlos más bien como niveles diversos de construcción. Las personas adultas pueden continuar sirviéndose de ellos a veces simultáneamente según los diferentes contextos, o pueden considerarlos alternativamente o debatirse con los conflictos generados por aspectos irreconciliables entre ellos a los que deben hacer frente. La disputa entre Arjuna y Krisna se produce precisamente entre dos niveles de construcción que entran en contradicción: el socionómico que defiende Arjuna y el heteronómico desde el que argumenta Krisna. Solamente cuando los diversos niveles de construcción se vuelven incompatibles entre sí se desencadena el conflicto.

El malestar inevitable que suponía Freud (1923, 1930) entre las tendencias libidinales y las exigencias sociales provenía de una óptica no dialéctica en la que la lucha entre los opuestos no podía saldarse nunca con una síntesis entre tesis y antítesis. La perspectiva genético-estructural, en cambio, planteada por Piaget (1976), ilustra cómo los distintos niveles de evolución cognitivo y moral, aun manteniendo las propias características se transforman en nuevos estadios de

desarrollo provocando una reorganización del sistema. De este modo un adulto es capaz de dejarse llevar por el ilusionismo de un mago, aun sabiendo que los efectos mágicos que no sabe explicar racionalmente, tiene una explicación racional. O puede abstenerse de algunos placeres inmediatos para gozar de un bienestar corporal o mental más saludable y duradero. De este modo la autonomía, entendida como capacidad de decisión libre, es el punto culminante de un largo proceso de construcción del sistema de regulación de la acción al que llamamos “moral”. No es únicamente la capacidad de escoger o de querer, sino la de decidir, constituyendo el criterio último para hacer frente a los conflictos morales que se hallan en la base de la psicopatología neurótica.

PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL

La libertad puede verse limitada por elementos externos, a causa de impedimentos materiales o de condicionantes humanos, pero es fundamentalmente una dimensión interna o personal. La primera condición se refiere a la libertad de constricción, la segunda a la libertad de actuar de manera autónoma e independiente. En este sentido, implica no sólo una posibilidad física de movimientos, sino la posibilidad de una elección y el compromiso con una decisión. Este compromiso se refiere a una *responsabilidad*, que se configura no sólo por los condicionantes prácticos, sino también frente a ellos. En efecto, libertad no es sinónimo de indeterminación, sino más bien de determinación, de posición activa frente al mundo.

La práctica clínica o psicoterapéutica pone de manifiesto que generalmente los determinantes más potentes del psiquismo provienen del propio interior hasta el punto que Freud llegó a afirmar que la vida psíquica estaba *sobredeterminada*. Para los terapeutas psicodinámicos es la fuerza de los factores emocionales y pasionales -instintuales- la que mantiene atrapado al sujeto en una telaraña de afectos difíciles de desatar. Los terapeutas racionales insisten particularmente en los esquemas automatizados de pensamiento o en los errores lógicos de inferencia que tienden a reproducir constantemente los comportamientos y pensamientos invalidantes. Los sistémicos señalan la interrelación inextricable de los distintos elementos de un sistema que tienden a mantener la morfoestasis de cualquier sistema patológico.

La incidencia de todos estos factores nos lleva a plantear la psicoterapia como un proceso de exploración de alternativas de acción, reacción y construcción (Kelly, 1955; Feixas y Villegas, 2000), como un aprendizaje estratégico para hacer frente a las trampas (Ryle, 1991; Mirapeix, 1994) paradas en el camino, como un proceso de desarrollo cognitivo y moral (Villegas, 1993, 2000, 2001). La afirmación de la libertad implica, en efecto, un aumento de la responsabilidad y en consecuencia de la autonomía, que tiene una dimensión claramente moral, es decir de compromiso y elección frente a nosotros y los demás.

De acuerdo con nuestra experiencia plantear de forma explícita los dilemas

morales -entendidos en términos sociocognitivos (Piaget, 1976; Selman, 1980; Kohlberg,1976)- que con frecuencia subyacen a las patologías depresivas y ansiosas es una buena escuela para aprender lo que implica confrontarse con la libertad y un buen banco de pruebas para poner en juego todo el repertorio de mecanismos emocionales y cognitivas con que habitualmente afrontamos los conflictos.

El conflicto moral de Rosa

El diálogo con Rosa, paciente oriunda del Sur de España, nos pone de manifiesto en el contexto de una sesión de grupo la naturaleza inextricable de estos dilemas y su incidencia en el surgimiento de los problemas y en su mantenimiento. La paciente de treinta y dos años, casada, madre de un niño de nueve, presenta un cuadro de ansiedad con ataques de pánico y agorafobia. Lleva un año aproximadamente en un grupo de terapia para trastornos de ansiedad. Durante la sesión revela, además, que últimamente juega compulsivamente a las máquinas tragaperras. Casi al inicio de la sesión toma la palabra para manifestar su malestar. La paciente expresa su problema con una metáfora, la del convento, y justifica su malestar por tener que hacer frente ella sola y sin ayuda a una situación que está degenerando por momentos.

L.: *Hoy lo tengo un poquito mal.*

T.: *¿Y pues?*

L.: *Porque mi casa parece... un convento.*

T.: *¡¡¡¡¿¿¿ Un convento???!!!*

L.: *Porque todos vienen a mi casa. Tengo a mi sobrino en casa durmiendo y todo, porque mi madre está en Granada, y desde el fin de semana, también se queda mi hermano mayor, que se ha roto una pierna y la lleva escayolada ¿y a donde va a ir?, pues a casa Lola. Todos en casa. Y entonces lo llamo el convento.*

T.: *Entonces, ¿es un convento, un hospital o un hotel?*

L.: *¡Yo que sé! Yo creo que es todo un poquito. Y eso que somos tres hermanos más ¿eh? pero, siempre vienen a mi casa. A mi no me molesta. Yo ya lo digo que la confianza da asco. Desde el sábado que no he salido de casa porque tienen que venir a pinchar a mi hermano y no puede moverse de la cama.. Pues nada, sin moverme y yo cabreada, hablando bien....*

T.: *Tu sola y cabreada, hablando bien ¿Y hablando mal?*

L.: *Muy mosqueada (risas)... hablando mal... pues sí, porque ya, ya,... es que digo... a ver, una cosa es que a mi no me molesta que estén en casa, si soy la primera en acogerlos. Pero bueno, teniendo dos hermanas más, una que está ella sola porque su marido no va a comer a casa; puede llamar y decir “oye, ¿necesitas algo? O ¿quieres algo?” una cosa es que no*

tengan camas para dormir, pero durante el día podría ella ayudarme también ¿no?... Digo yo. Además mi hermano no se podía mover, había que levantarlo, cogerlo y qué se yo, y del sábado que no salí para nada hasta hoy. Esta mañana estaba yo muy «agobiá.»... Y bien.

T.: Muy agobiada y bien (risas).

L.: O sea, lo he llevado bastante bien, no me ha cogido aquella cosa que yo pensaba que me iba a coger; lo he llevado bastante bien dentro de lo que cabe; agobiada porque claro, no podía salir de casa, y veía que ninguno me llamaba para decir “¿oye, quieres algo?, que voy a casa y te ayudo” o...

T.: ¿Y tu has llamado a alguien?

L.: No, no. Es que yo no tengo porque llamar a nadie, o sea, son ellos los que tienen que decir “bueno, ya que tiene dos personas allí, pues por lo menos vamos a ver si necesita algo”...

T.: Pero ¿te gustaría que te ayudaran?, ¿Te vendría bien en algún momento que te ayudarán?

L.: Sí, claro.

T.: Y ellos no llaman.

L.: No.

T.: Y tú tampoco.

L.: No.

T.: ¿Y la ayuda de dónde va a salir?

L.: Es que si llamo yo también diría algo gordo, entonces prefiero callarme. Claro porque si ya no sale de ellos ¿por qué tengo que decir yo, “oye, ayudadme porque yo sola no puedo”.

T.: Pero a ti te gustaría que saliera de ellos.

L.: Claro, es lo mínimo.

T.: Sí pero ¿si no les sale?

L.: Pues me aguanto, como me he aguantado.

T.: Pero a ver, hay una cosa que no acabo de entender, el hecho de que necesites ayuda y no la pidas.

L.: No. A lo mejor porque soy muy orgullosa.

T.: Entonces, sí que lo puedo entender.

L.: Claro... Es que no lo veo bien que si ellos saben cómo estoy de agobiada y no puedo con ellos.. Entonces dices, bueno, a ver, yo aquí estoy dando todo lo que tengo y luego ves que nadie hace nada por... pues entonces dices “no pido ayuda y no tengo que agradecerle nada a nadie...” Entonces si yo puedo hacerlo lo hago yo sola, no me hace falta nadie.

T.: Me parece perfecto pero ¿puedes hacerlo tú sola todo?

L.: Lo he hecho.

T.: ¿Y estás bien haciéndolo todo tu sola?

L.: Sí.

T.: *¿Estás perfecta? ¿Estás que saltas y brincas?*

L.: *No, tanto no; saltar de alegría no. Es que de estar acostumbrada a estar tres en casa a haber cinco ya cambia... Pues «na'», me pierdo. Pero no me molesta que estén.*

T.: *No te molesta que estén en casa, pero te molesta que no te llamen.*

L.: *Claro, y que me digan “oye, ¿si necesitas algo?” Sí, porque yo creo que me preocupo mucho por los demás y no veo que los demás se preocupen por lo que hay en casa y eso me molesta mucho... y en vez de pedir ayuda lo hago yo sola, y entonces, cualquier día les digo “No hace falta ni que me ayudéis siquiera, ya lo puedo hacer yo sola”.*

T.: *Claro, si les dices eso pues dirán “¿Entonces para que nos vamos a molestar -¿no?- si ella lo puede hacer sola?”*

L.: *Bueno, eso, eso es lo que yo digo. El sábado, yo les dije a mis hermanos “Oye, yo con todo no puedo”. A ver, simplemente, yo creo que con eso ya pueden cogerlo ¿no?*

T.: *A ver, detente un momento. “Yo con todo no puedo”. Así ¿puedes o no puedes?*

L.: *A ver, en el sentido si sólo trabaja mi marido y yo tengo que dejar de trabajar, entonces a la hora del dinero se nota y de comer tres a comer cinco, estamos a mitad de mes, y yo les dije que no podía, o sea, de tenerlos en mi casa, lo que haga falta, pero que no podía, pues mucho tiempo porque si no, no, no comíamos y que a mitad de mes pues vamos, hablando mal, «asfisaios”.*

T.: *O sea, que hablando claro, ¿no?: “no llegamos a fin de mes”. ¿Y cómo te lo tomas?*

L.: *Me lo tomo con más calma. Intento no agobiarme tanto, ni darle tantas vueltas... Si tiene que estar en casa pues tiene que estar en casa, si vamos mal de dinero, pues vamos mal de dinero. Tiene que salir de él; que él diga “Oye ¿necesitas algo?” aunque yo le diga “no”, porque si yo tuviera dinero, o sea, fuera bien...*

T.: *No, no, no ahora lo entiendo, ahora lo entiendo, parece un convento ¿no? (dirigiéndose al grupo).*

L.: *Claro, sí. Claro, tú ayudas a la gente pero no, no ves correspondencia. No sé, me siento muy mal teniendo que pedir dinero. Ni dinero ni cualquier otra cosa. Por eso el sábado les dije a mis hermanos hasta donde yo llegaba.*

T.: *¿Y qué les dijiste exactamente?*

L.: *Que yo llego hasta aquí, no puedo más.*

T.: *¿Qué significa “llego hasta aquí, no puedo más”? ¿Qué significa eso en concreto? Porque... me queda muy abstracto.*

L.: A ver, en el dinero, por ejemplo.... Dije: “Ya me cuesta comprar un paquete de tabaco”, a ver si «asín» ya lo soltaba fuerte y dice: “bueno, pues pídele a ellos”.

T.: ¿Quiénes son ellos?

L.: Los que están en casa, mi hermano y mi sobrino... A ver, a mí no me soluciona nada, ellos saben el problema que yo tengo.

T.: ¿Porqué no te sientes bien pidiéndole dinero a tu hermano?

L.: Pues no se, no me siento bien, me siento culpable.

T.: ¿Culpable porqué?

L.: De tener que cogerle dinero a él... y no tener yo sin tener que pedirle a él. Es un lío.

T.: No, no es un lío. Es un embrollo. Es un embrollo sentimental,

L.: Sí, pero mientras esté en casa es lo que decimos... A ver, yo quisiera que él estuviera en casa sin que me tuviera que dar nada.

T.: ¿Y porque quisieras eso?

L.: No sé.

T.: ¿Porque tendrías tú que tener suficiente?

L.: Sí.

T.: Entonces no es por él, es por ti. A ti te sabe mal no tener suficiente

L.: Sí, y tener que pedirle a él, a mí me gustaría tener para que él ni me diera, ni tener que pedir, ni nada, o sea, valorarme yo misma.

T.: Ah!, o sea que te valorarías con el dinero si tuvieras suficiente dinero para darle...

L.: Sí, eso es lo que yo digo siempre: “Sí, si yo tuviese dinero no me importa que estés en casa ; pienso que ésta es tu casa aunque no me des nada; no quiero nada pero me siento culpable por que como no llego «

T.: O sea, fíjate bien, te sientes culpable de no llegar.

L.: Claro, y de no darle lo que yo quisiera darle a él sin que él me diera a mí nada. Bueno pero si yo le pido dinero es como si él me estuviese ayudándome a mí, cuando es al revés, pero yo pienso así...

T.: ... o sea, a ti lo que te sabe mal es no tener bastante dinero.

L.: Sí, para tener de sobra. Para darle lo que yo quiero darle, sin que ellos me den nada a mí.

T.: Pero vamos a ir más lejos. Tú te sientes culpable en la vida por no tener bastante dinero.

L.: Cuando se necesita... como ahora, que necesitamos dinero.

T.: O sea, dicho de otra manera, si te tocara “la lota”, o “la primitiva” se te acabaría la culpabilidad.

L.: Eso es, podría venir cualquiera a casa el tiempo que quisiera, que yo me sentiría bien, de poder darle...

T.: No deja de ser curioso, ¿no?, que si tuvieras dinero se te acabarían los

problemas.

L.: Sí. A veces, pienso más de lo normal, por ejemplo, yo digo: “le echo a la máquina, por ejemplo, y si sale...” Y entonces piensas: “Bueno, pues si saco 100_, entonces puedo ir a comprar para casa y cosas”. Eso, eso. Es por eso que se me ha ido haciendo más grande la afición al juego...

T.: Juegas para sacar dinero. Pues ahí tienes un motivo, ¿no? Para ti el dinero es algo muy importante, por que el dinero te da una seguridad, te da una posibilidad de ayudar a todos tus hermanos, te da una dimensión que sin dinero no tienes.

L.: Exacto. No es una cosa de decir, quiero mucho dinero, no.

T.: Es más tener la seguridad de que puede disponer de..., o sea, de que no va a pasar una necesidad y de que puedes ayudar a los demás.

L.: Claro. Sí. Y digo: “y está en casa y encima, estando en mi casa, él tiene que poner dinero para casa”. Eso no, no me entra en la cabeza...

T.: Eso no te entra en la cabeza.

L.: No. Si está en mi casa es porque yo pueda mantenerlo, por ejemplo, ¿no? [T.: Sí, sí, sí]. Aunque él tenga que darme dinero a mi, porque es normal. Pero yo no lo veo así, está en mi casa y yo quiero darle a él.

T.: Y por eso, te gustaría disponer de dinero para poder decir siempre que en tu casa no hace falta dinero.

L.: Que pueda venir cualquiera que tenga cualquier cosa, que en mi casa, sí. Pero que yo pueda ayudarle. No que me tenga que dar dinero a mí también. Si él está en mi casa y me da dinero, me lo da, pero yo se lo tengo que devolver, para estar yo tranquila, sino no me sentiría bien.

T.: Porque no quieres estar en deuda.

L.: Claro

T.: Hemos llegado a un punto importante. Lo importante que es para ti el dinero, lo único que todavía no sabemos es por qué es tan importante para ti el dinero.

L.: A ver, no es que sea tan importante. Yo sólo quiero tener dinero para cuando pasan cosas así, problemas así.

T.: O sea, tú quieres dinero para poder subvenir, o sea, acudir a cualquier necesidad, como una especie de respaldo...

L.: Claro, no es que quiera tener mucho dinero; quiero tener suficiente para cuando venga un problema así, tener dinero para que no tenga...

T.: Exacto, pero lo que no sabemos todavía es por qué es para ti tan importante ese respaldo.

L.: Porque no quiero que me ayude nadie. Me quiero valer por mi misma. No quiero que me ayude nadie, pero yo quiero ayudar a los demás. Entonces, por eso quiero tener dinero... A ver, yo puedo tener la conciencia bien tranquila. Mi hermano puede tenerla como quiera. Yo haré todo lo

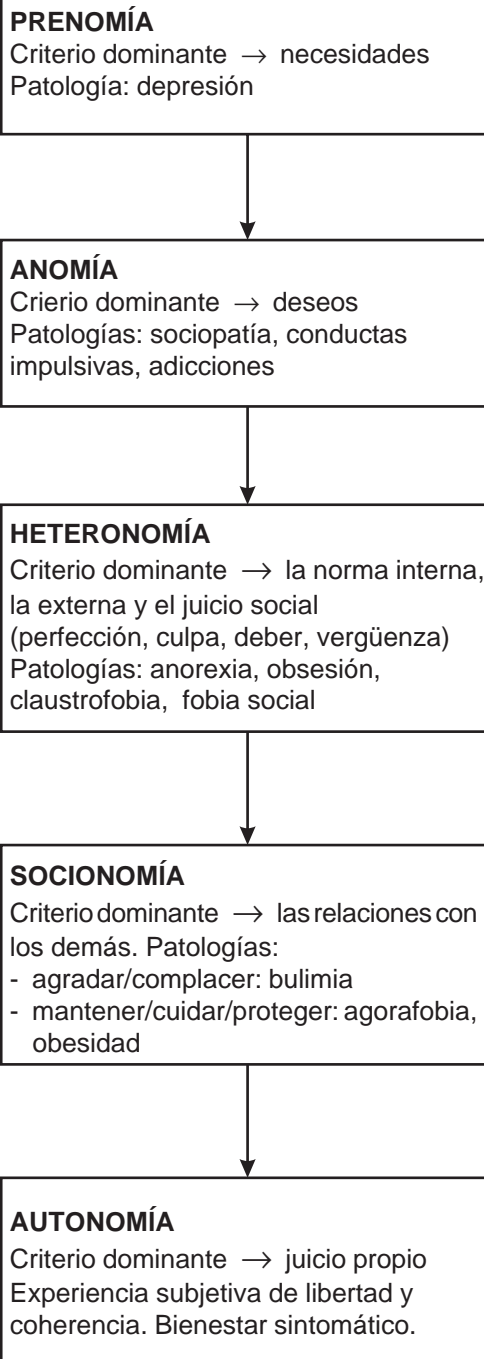
que pueda, mis hermanos pueden hacer lo que quieran, ¿entiendes? Y si yo puedo, lo haré. Y me quedaré bien....

La naturaleza de los dilemas morales entre los que se debate Rosa está, pues, clara. Se encuentra en situación de tener que ayudar a su hermano y sobrino incluso económicamente, pero sin suficientes recursos económicos. Nadie le ayuda, y encima rehúsa pedir dinero por orgullo: tiene que poder ayudar porque se tiene que bastar a sí misma. El imperativo categórico de tener que bastarse a sí misma y tener que ayudar a los demás entra en conflicto con las necesidades reales de ayuda, la escasez de dinero y la rabia acumulada por la incomprensión de los hermanos. El intento de solución del dilema se deja en manos de la diosa fortuna que espera intervenga mágicamente a través de las máquinas tragaperras, pero mientras tanto continúa su malestar, sin asumir ninguna responsabilidad en el cambio. Probablemente la influencia de los constructos sociales o las creencias culturales en su caso ejercen un peso determinante en sus dificultades para admitir una construcción alternativa de la situación.

La superación exitosa de los dilemas morales supone una afirmación, o reconquista en muchos casos, de la capacidad de decidir, una consolidación de la voluntad, un aumento de la autonomía. Al contrario, la pérdida, o mejor la renuncia a la libertad, puede desembocar en graves patologías psicológicas: sensación de falta de voluntad (depresión), pérdida de control (conductas impulsivas o compulsivas, dependencias), inhibición, evitación (fobias), inseguridad y miedo (timidez, aislamiento social). Muchas de estas manifestaciones se corresponden en general con los trastornos de ansiedad.

En la Tabla II se resumen las relaciones más habituales entre los niveles de construcción moral y las diversas modalidades psicopatológicas. Conviene subrayar que no es el nivel de construcción moral el que desencadena la ansiedad, sino el conflicto entre dos o más de ellos. Por ejemplo, pulsiones eróticas (anomía) que chocan con prohibiciones morales (heteronomía); necesidad de independencia tendente a la autonomía frente a un atrapamiento por obligación, culpa, deuda (heteronomía) o afecto (socionomía) respecto a los padres, los hijos o la pareja, etc. Si este conflicto deriva luego en un dilema irresoluble se desencadena la respuesta ansiosa inicialmente de modo agudo o se convierte más tarde al prolongarse en el tiempo en un trastorno crónico, acompañado frecuentemente por somatizaciones (insomnio, dolor, mareos...). La respuesta de ansiedad no es más que la activación fisiológica, orientada a hacer frente a las amenazas a la integridad física o psíquica. Si los intentos de resolución se demuestran inútiles la sensación de derrota o impotencia nos puede arrastrar a la depresión o, lo que es más habitual, a la alternancia entre estados ansiosos y depresivos.

Tabla II



PRENOMÍA

La preonomía es la posición moral de la derrota. El riesgo de muchos trastornos de ansiedad es la degeneración en depresión. Mientras la ansiedad está activada la lucha continúa. Cuando, sin embargo, fracasan los intentos de huir del peligro o de resolver los problemas los organismos, aun los más simples, cesan en su actividad, se desinflan literalmente o se deprimen y en los casos más extremos se dejan morir. Es lo que le pasa a Arjuna: ante la imposibilidad de enfrentarse a los suyos, aunque enemigos en el campo de batalla, el valeroso guerrero se rinde y prefiere morir. Lo mismo que sucede a Anna Karenina, atrapada en la elección entre el amor del amante y el cuidado del hijo frente a la imposibilidad de obtener el divorcio del marido, se rinde a la muerte tirándose al tren, después de haberse consumido en el sufrimiento psíquico. Y sucede a tantas y tantas personas que abandonan la propia lucha, hasta el punto en que, a veces, el motivo para continuar alimentando un trastorno de ansiedad no es otro que el de evitar ceder a la depresión. La depresión es percepción de impotencia y desesperación. Cuando aparece en combinación con la rabia se trata todavía de una oscilación depresivo-ansiosa.

Sucede con frecuencia que la percepción de impotencia no significa todavía la pérdida absoluta de cualquier tipo de esperanza. Pueden ayudar a mantener viva esta esperanza el apoyo de otras personas, particularmente familiares o amigos, el acompañamiento terapéutico, la expectativa, mágica si se quiere, de algún acontecimiento milagroso y especialmente, la fe en Dios, hasta que falla o se demuestra engañosa.

La reacción prenómica de Raquel

Raquel, paciente de 38 años, ha sido diagnosticada desde hace dieciocho de una hepatitis C, de origen iatrogénico, a causa de una transfusión con sangre contaminada en el momento del parto. Se ha sometido voluntariamente a un tratamiento experimental, orientado a la eliminación del virus, que presenta notables efectos secundarios, tales como caída del cabello, pérdida de peso y deficiencia inmunológica, con las consiguientes complicaciones que la acompañan. Una revisión del tratamiento experimental, al cabo de un año, demuestra no haber conseguido mejora alguna ni esperanza de conseguirla respecto a su dolencia inicial, de modo que, de acuerdo con su médico, decide abandonar el tratamiento, volviendo a renacer el cabello, recuperar los niveles habituales de resistencia inmunológica y restaurar su peso natural. En el momento de entrar en el grupo de psicoterapia Raquel se halla recuperada de los efectos del tratamiento, respecto al que guarda una profunda decepción. Pero no es éste, sin embargo, el motivo que la lleva a buscar ayuda psicológica. Éste se expresa ya en la primera sesión entre sollozos de desconsuelo y gestos de desesperación. Su padre, al que se halla muy apegada emocionalmente, ha sido diagnosticado hace poco de cáncer de pulmón, lo que le lleva a anticipar un ineludible y próximo final.

La razón de su apego al padre parece, a primera vista, paradójica. El padre, bebedor alcoholizado, ha sido un maltratador despiadado de la mujer durante todos los años de vida conyugal, hasta el punto de haber tenido dieciocho hijos de ella, de los que sólo han sobrevivido doce, que la paciente considera, incluida ella misma, fruto de otras tantas violaciones. Todavía recuerda con horror haber asistido a las palizas que el padre daba a la madre desde una habitación contigua, donde se encerraban todos los hermanos para no ver lo que estaba sucediendo, pero sin poder evitar oír los gritos de dolor de la madre, mezclados con los de furia del padre, mientras ella miraba consternada al resto de sus hermanos, esperando que alguien se decidiera a intervenir para evitar o poner fin a aquella degradante situación.

Reprocha, evidentemente al padre esta conducta, pero a la vez se muestra comprensiva con él, puesto que toma en consideración las circunstancias personales que rodearon su infancia y juventud. Cree en consecuencia que su padre, huérfano de guerra, fue más bien víctima de sus circunstancias que verdugo ejecutor de sus iras y se siente en la obligación de reparar la falta de amor que ha sufrido el padre, con la entrega oblativa del suyo.

Con la madre se muestra también compasiva, pero le reprocha no haber sido capaz de haberla librado a ella y a sus hermanos de aquel infierno, de haber sido cobarde por no haberse separado del marido y haber buscado una vida más conforme a las posibilidades reales de la familia, limitando el número de hijos y preocupándose por su educación. La disculpa igualmente a causa de su ignorancia, de las circunstancias de su época, de las influencias de la familia y del medio social.

En su primera sesión hace referencia a sus emociones de rabia, impotencia y confusión con estas palabras:

R.: Últimamente me descontrolo por nada. Estoy muy mal. Lo que ha cambiado es que estoy siempre enfadada. Me enfado con mi marido. Por nada. Estoy siempre enfadada. He cambiado unas cosas por otras; antes era muy celosa; no podía soportar que mi marido mirara a otra mujer, ni por la calle, ni en la tele... No hacía más que comer. Me escondía. No estaba bien conmigo misma... Ahora eso ha cambiado por un enfado constante. Estoy siempre enfadada. En todo. Contesto mal a mi hija. No entiendo qué me está pasando. Estoy enfadada por todo... Porque debería estar bien y estoy mal... Estoy enfadada con todo, con las cosas que creía y ya no las creo (llora)...

Antes creía mucho en Dios, y ahora no creo... Cuando estuve tan mal me aferré a la fe y me iba muy bien. Me paso todo el día pensando que no existe Dios, que qué injusto es, porque si realmente existe cómo quiere que yo crea en él. Porque ¿qué hace por mí?; no hace nada, ni por mí ni por mi padre. Porque no hace nada por nadie..... Son tonterías que me pasan por la cabeza. Y lo veo todo negativo y no puedo cambiarlo. Mi rabia es más fuerte. ¿Por qué estoy enfadada? Es que no lo sé. Es una mezcla de

pena, de tristeza y rabia...

Últimamente no me quiero levantar; me quedaría durmiendo. Si no me levanto, no me entero. Y si me levanto hago lo que puedo, que me cuesta mucho hacer las cosas. Estoy en el sofá. Porque cuando vienen y me preguntan qué quiero, salto; no quiero hablar. Y no sé si las cosas que estoy pensando son reales o no lo son. No sé si veo las cosas como son o algo en mí se está volviendo loco. Y que esté tan mal. No lo entiendo. Realmente no sé por qué.

T.: Antes te ponías celosa y ahora está enfadada con Dios, con todo el mundo.

R.: Me pregunto: “¿dónde estás? ¿Dios mío, dónde estás?... Tal vez cuando muera y vuelva a nacer... Lleno el tiempo así. Hace más de un mes que estoy así. Cuando empecé el tratamiento que ya empecé a estar bien yo, estaba muy bien yo, yo estaba que tocaba el cielo... Y de repente mi padre coge cáncer... Y es cuando me dije no puedo más. Pienso que será eso (llora)... Yo estaba yendo todos los días a la quimioterapia, acompañando a mi padre. Pero de repente ya no voy a verlo, tampoco. Pero no sé por qué no voy. Tal vez porque si no lo veo no sufro... Mi hija está con depresión y seguro que es culpa mía; porque si yo no estoy bien, cómo va a estar bien ella... Yo no sé si siempre ha sido igual... En la visita que tuve con el Dr. me dijo que todavía seguía teniendo el virus; también me entró rabia... Mi cabeza está embotada

T.: Lo que no entiendo muy bien es si empezaste a sentirte tan enfadada después de la visita al médico o a propósito de la enfermedad de tu padre.

R.: Todo fue en el mismo mes de septiembre. Yo estaba ilusionada. Esperaba la visita del médico (en referencia al control del tratamiento experimental). Me había vuelto a crecer el pelo, había engordado. Pensaba: “ves lo has pasado mal, pero lo has conseguido”. Fui a la visita y el médico me dijo que no, que no había vencido el virus. Había cambiado la dieta, los hábitos de comida... Pensé que nada había servido de nada; que no había valido la pena. Y a los pocos días va mi padre al médico y el médico le dice que tiene cáncer de pulmón... Lo que yo sentí en la consulta del médico fue rabia, pero respecto a mi padre sentí tristeza, mucha tristeza. No sé que conexión hay entre una cosa y otra; y no sé cómo desentrañarlo... Yo pensaba: “si yo consigo aguantar hasta el final (del tratamiento), conseguiré matar el virus”. Como estaba con la fe pensaba éste será mi premio. Y me agarré tanto a la fe y a mi premio... A veces pienso que yo soy así. Algo no está bien en mi cabeza

T.: Algo no está bien en tu cabeza, o tal vez en tu corazón. Es la rabia. Ahora no por casualidad esta rabia se vuelve contra Dios, porque Dios es el depositario de tu fe. Esta fe, al no...

R.: (interrumpiendo) *Es que yo había confiado mucho en Dios. En mi casa no se creía en nada... Pero yo recuerdo que cuando mi padre pegaba a mi madre nos metía en una habitación y yo estaba en un rincón siempre y hablaba con Dios y le pedía que nos salvara ya, que lo curara. Tendría seis o siete años. Yo crecí siempre hablando con Dios, y cuando he pasado un mal momento me he dirigido a él. Lo había hecho como un amigo para mí... Me había refugiado mucho en él... Y ahora cuando le paso cuentas descubro que no está, y me duele descubrir que no está; y me paso los días soñando con eso.*

T.: *Ese Dios con el que hablabas, imaginario o no, representaba el deseo de que las cosas fueran de otra manera. Ante la impotencia del niño para cambiar la realidad..., no podías cambiar a tu padre. No podías cambiar que tu padre dejara de pegar a tu madre. Tú eso lo sentías como algo malo, pero no podías hacer nada. Te refugiabas en tu parte buena. Ese Dios representaba tu parte buena que quería que las cosas fueran de otra manera. Pero pedías como un milagro y el milagro tampoco llegaba. Ese milagro nace de ese deseo, de esa necesidad, buscabas un poder superior. Alguien que... (R.: Sí) y ahora toda esa fe que has puesto no ha tenido el premio que tú esperabas. Y ahora eso te produce mucha rabia... Tal vez has esperado que mágicamente llegara alguna fuerza de fuera, en ese caso del más allá y lo solucionara todo. Y te ha fallado ese alguien porque tal vez no existe o, si existe, ha dejado que el mundo y las personas seamos libres, y por tanto no interviene. La cosa es que no ha intervenido... Tal vez esa crisis te pueda llevar a entrar en contacto contigo misma. De niña no podías hacer nada, pero de mayor tal vez puedas hacer algo. Tal vez no para cambiar la realidad, tal vez no puedes con el virus, pero tal vez puedes con la tristeza. Porque la tristeza es nuestra, mientras que el virus viene de fuera... En tus deseos había siempre una parte de bondad. Esta parte de bondad la puedes recuperar.*

R.: *No sé cómo*

T.: *¿Tú qué querías para tu padre?*

R.: *Yo es que he intentado siempre justificarlo. (T.: Ajá). He intentado que mi madre lo entendiera. No estaba en mi poder eso; pero lo he intentado. He intentado que ella lo entendiera; que si mi madre lo trataba bien, era bueno, que lo tenía que tratar bien. Es lo que yo decía siempre a mi madre: “trátalo bien; cuando venga mal no le digas nada”. Entonces yo ahora pensaba “ya son mayores; nunca han sido felices; siempre han sido unos desgraciados; pues por lo menos... que puedan disfrutar en su vejez, y no... ¡Un cáncer!. Parece un castigo ¿no? Y eso me hace sentir mal.*

T.: *Tú interpretas estas situaciones en términos de premio y castigo. Y ¿quién da el premio y quién da el castigo?*

R.: *Si existiera, Dios..., pero como no existe... A veces he intentado que mis hermanos estuvieran bien con mis padres. A veces lo he conseguido, porque la mitad no les quiere, no les pueden ver. Yo siempre he pensado que siempre se puede perdonar, pero nunca había pensado que los demás son libres de hacerlo. Yo ya sé que la vida no es un cuento; pero yo estoy metida dentro de un cuento y lo peor es que son mis hijos, mi marido; no sé porqué me enfado con ellos...*

T.: *Estás enfadada con Dios.*

R.: *Pero muy enfadada... Es que a veces en mi interior me enfado con Él como provocando, como poniendo condiciones: "Bueno haz una señal, tanto para bueno como para malo. No quiero tener que esperar a morirme para que me diga: ¡Eh que estoy aquí!"*

T.: *A Él no puedes perdonarle.*

R.: *No; no es justo... Yo a mis padres me los llevé a mi casa a vivir, para demostrarles que ser feliz es una cosa de la mente. Les demostré que podían ser felices que no eran tan difícil*

T.: *Tú desde pequeña tuviste esa sensación de que aquella situación no se podía tolerar; pero a la vez quisiste comprender por qué. Porque pensabas que comprendiendo ayudarías a que se solucionara. A nivel psicológico el peso que tú te has puesto encima, esa especie de compromiso contigo misma de liberarlos, de sacarlos adelante, por una parte indica una gran sensibilidad y un gran amor; pero por otra parte se ha demostrado que hay cosas que no puedes conseguir. Y que no puedes vivir tu vida viviendo la vida de tu madre, como dijiste el día anterior, sino la tuya. Y ahora, esta fe tan grande de alguna manera es una fe que has puesto en Dios; pero que también has puesto en tu poder. Tú has pensado que tenías un poder...*

R.: *¿Yo? El poder que pensaba tiene Dios.*

T.: *Eso; tú pensabas que tenías una influencia sobre Dios.*

R.: *Simplemente creer en Él ¿no?*

T.: *Eso; y por eso ahora te has enfadado tanto. Porque de alguna manera ha fallado lo que desde pequeña habías creído.*

R.: *Eso.*

T.: *Ha funcionado en la imaginación, lo que creías que llegaría en la realidad.*

R.: *Claro; supongo que sí. Ha sido cuando ha fallado.*

T.: *Eso te ha conectado con tu impotencia. Es doloroso, es doloroso darse cuenta. Después hay un proceso de aceptación, de reconciliación con la realidad y de humildad, de tocar de pies en el suelo.*

R.: *Pero eso ¿cómo se hace?. Pienso que no sé cómo se hace.*

T.: *Nadie lo sabe. Va sucediendo. Lo que pasa es tú ahora estás en un momento fuerte de crisis en que se te ha caído todo. Y necesariamente vas*

a pasar por un tiempo de dolor, de llanto, de pena y de tristeza. Pero si eso lo usas no para desesperarte sino para integrarte, aprender de tus límites..., tu capacidad de amar, eso nadie te la quitará.

R.: (rompe a llorar amargamente, doblando todo el cuerpo, durante largos minutos). *No lo soporto, no lo soporto (gimiendo) no lo soporto. Es que yo cuando estoy triste sólo pienso en Dios. Y ahora que pasa todo eso no está, no está en ningún sitio (desesperada)... ¿Cuándo mi padre se muera ¿qué pasará? Eso no es justo, no es justo (se ladea, apoyándose en el brazo de la silla para llorar). No es justo. No puedo Dios mío... es que ¿por qué pienso en Él?*

T.: *Porque has creído.*

R.: *Dios mío..., no es justo..., no es justo. No lo soporto (gimiendo y llorando). Tanta gente que se muere...; estamos solos, no hay nadie (con las lágrimas entrecortadas y sollozando) No puedo más (llora intensamente con el cuerpo doblado sobre sí mismo, durante varios minutos).*

YAZMIRA (una paciente del grupo): *A mí lo que me sabe mal es su dolor. Yo estoy bien, pero me sabe mal que sufra.*

T.: *Sientes su dolor*

YAZMIRA: *Me sabe mal que sufra, pero sé que saldrá de esa.*

T.: (dirigiéndose a Raquel) *Lo ves, no estás sola. Yazmira está llorando contigo.*

YAZMIRA: *Tengo ganas de abrazarla.*

R.: *Yo siempre he confiado que Dios estaba y cualquier día todo tendría un sentido. Había creído en una cosa, un ser que algún día nos va dar una recompensa, después de una vida de sufrimiento; para todo el mundo. Pero ahora, para cualquiera que se muera, se acabó. No somos nada, no somos nadie. Qué más da lo que sufras hoy, si no tienes recompensa mañana. No tiene sentido; nada para mí tiene sentido ahora... ¿Para qué he tenido dos hijos? Para que sufran, para que se mueran. No puedo (rompe a llorar de nuevo largamente)... Para mí ya no tiene sentido. Para mí, cuando recibí la enfermedad que tengo (la hepatitis C) pensé: “Bueno tengo que aprender algo. Algo tengo que aprender; a lo mejor he ido demasiado deprisa en mi vida y tengo que ser más paciente y más sensible con los enfermos, pero ¿ahora qué sentido tiene: que enferme, que me muera, que se muera mi padre, que se muera mi madre, que se muera nadie? Para mí no puede ser... El caso de las torres gemelas de Nueva York (en alusión a su destrucción el 11 de septiembre por los comandos suicidas) no tiene nada que ver con mi vida. Pero cuando sucedió empecé a rezar por esa gente que no tiene culpa de nada, para que Dios lo recoja, los abrace. A veces pienso que Dios los recoge, los atiende. Pero ahora ¿quién los va a recibir, si no hay nada? No hay nada, no hay nada (sollozando y*

entrecortada) *no hay nada, y eso no puedo soportarlo.*

YAZMIRA: *Yo le veo que es como si no hubiera podido terminar su misión que para ella era la de hacer cambiar a sus padres y que su vida.*

Las intensas demostraciones de rabia y llanto presentes durante toda la sesión son una clara señal del pasaje del sistema epistemológico de Raquel, vacío de cualquier contenido y significado después de la pérdida de la fe, de la ansiedad hacia la depresión. En esta posición abandona cualquier compromiso moral, desarrollando una actitud pasiva: no se hace cargo de la casa, de los hijos ni del marido. No se levanta de la cama y si lo hace es para estirarse en el sofá. Ha dejado de luchar y se rinde a la desesperación. No se cuida ni así misma ni a los otros y no se deja cuidar tampoco.

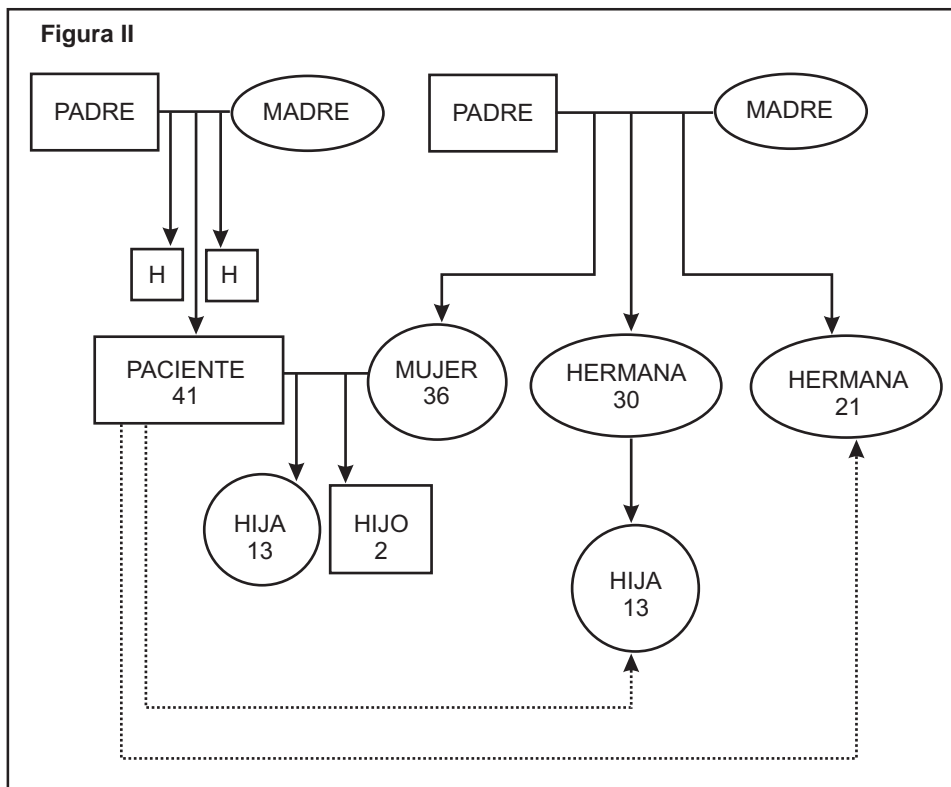
Esta posición pasiva que en el niño recién nacido es natural, y por esta razón llamada prenómica, es decir, anterior a cualquier responsabilidad social, en el adulto constituye una descompensación muy grave, puesto que conlleva, además de la desaparición de cualquier deseo y forma de voluntad, una renuncia a todo tipo de responsabilidad y autonomía. La destrucción de las estructuras anómicas vuelven a la persona débil y desarmada, incapaz de luchar y defenderse por sí sola.

ANOMÍA

El desarrollo de las estructuras anómicas es fundamental para la constitución de un núcleo volitivo fuerte, capaz de reconocer y alcanzar los propios objetivos. En sus orígenes este núcleo se forma, como hemos visto, independientemente de las consideraciones sobre el bien y el mal; es todavía una estructura a-social, que tendrá que aprender a acoplarse con las reglas heteronómicas y con los criterios prosociales. Los comportamientos asociales que en un niño de dos, tres, cuatro o cinco años se consideran adecuados a su estadio evolutivo, terminan por ser disfuncionales cuando el niño o la niña se convierten en un hombre o una mujer. Estos comportamientos en el adulto reciben el diagnóstico de sociopatías. La anomía sociopática se caracteriza por su falta de empatía y la absoluta carencia de respeto por el otro al que se ve como un ser inhumano: “Los civiles, dice Jimmy Massey, sargento de marines en Iraq, son una manada de ovejas, unos débiles mentales y nosotros somos guerreros, podemos morir en cualquier momento. Por eso el libertinaje está permitido y volarle a alguien la cabeza a 500 metros de distancia es una machada, lo he hecho muchas veces. Tu primer muerto se celebra, es un acto litúrgico, un bautismo de sangre. A partir de ahí, matar se convierte en un gozo casi sexual, llegas al nirvana, te sientes poderoso”. Desde el punto de vista evolutivo las primeras crisis anómicas se superan con la integración de los criterios heteronómicos: la ausencia de estos criterios puede hallarse, en cambio, en el origen de conductas impulsivas, de adiciones y abusos de diversas clases.

La posición anómica de Fabio

Fabio, nombre que arbitrariamente hemos dado al paciente, casado, padre de dos hijos, un niño de dos años y una chica de trece, ha cometido abusos sexuales con dos niñas en edades comprendidas entre los diez y doce años, pero sin ejercer violencia ni consumir la penetración. La primera fue la hermana menor de la mujer, hace ya más de diez años, cuando ésta iniciaba la pubertad; la segunda, mucho más recientemente, una sobrina, hija de la otra hermana de la mujer, también de la misma edad (ver Genograma, Figura II).



Llega a terapia a raíz del descubrimiento por parte de la madre de la niña del diario de su hija donde se relatan los abusos. En el contexto familiar se producen amenazas de denuncia y de expulsión que lo quieren aislar de todos, incluida la mujer y los hijos, que desencadenan en él una reacción de gran ansiedad. Acepta acudir a terapia con la esperanza de recuperar a la mujer y los hijos. Inicia la primera sesión intentando justificar su comportamiento.

P: Honestamente no pensaba tener un problema, algo que no funcionara bien. Este es un problema que se ha producido sólo en particulares

circunstancias y no sé qué es lo que lo ha desencadenado, porque repito yo soy una persona... bastante equilibrada, racional... Incluso, pienso también bastante listo, no un aprovechado, listo en el buen sentido de la palabra. En definitiva, que si hubiera sido inteligente no habría hecho una cosa como ésta. Y... no entiendo cómo ha podido suceder con dos personas relacionadas con la familia de mi mujer, de la misma edad, entre diez y once años. Con la primera podemos decir hace diez, once o doce años. Y la segunda en los últimos meses..., hace un año y medio... Espero estar expiando aquí una penitencia. Hemos intentado resolver los problemas, marchándome yo del pueblo dejaba de molestar... Alguien ha querido saber más y le dicho: O me voy o me meten en la cárcel. El médico me dijo: "Mira no te escandalices, porque son cosas muy normales, desdichadamente existen mucho más de lo que te imaginas... Cuántas familias viven en la hipocresía de esta cosa... Abuelos cariñosos..." Digo yo: "Mira, no me tienes que consolar", dice: "No, yo lo que te digo es que no te dejes abrumar por el problema! Busca resolverlo, pero no te dejes abrumar por el problema."

T.: Claro!

P: Cuando explico estas cosas estoy... me vienen flashes cuando hablo de ellas!

T.: ... un poco emocionado

P: Dije: "Mirad, haced lo que os dice vuestra conciencia, denunciadme, matadme... Yo estoy aquí, dije, decidme lo que queréis hacer conmigo, yo me adapto a las consecuencias"... Y entonces, esta situación me lo desmontó prácticamente todo y me puso en un aprieto. Y... me lo alteró todo, porque yo vengo aquí, pago mi pena tranquilamente, porque yo tengo que recuperar un poquito con mi mujer, sobre todo por los hijos, y después veremos lo que pasa... Yo a mi mujer le decía: "Siempre te he querido", y ella: "Yo también, pero tú nunca me lo has demostrado". Dije yo: "Hay diferentes maneras de... No sabía que tenía este problema... Durante este tiempo ha venido a verme mi mujer, las cosas han mejorado mucho... tenemos una relación que antes no teníamos. Repito nosotros, no teníamos problemas sexuales, ni problemas de acuerdo, nos entendíamos con una mirada. Ella dice "Pero tú me has bien jodido durante estos veinte años!" Yo dije: "Lo he hecho sin querer!" Y digo siempre que no lo quería porque después se lo explico... He sido sincero con ella, yo le dije. "Se ve que a mí las cosas no me iban bien, porque tenía esta cosa dentro... De acuerdo, no soy un enfermo, soy un poco bribón y ya está. Pero no quiero sentirme desterrado. Vengo a hacer la terapia, con esto cumplo las condiciones (en referencia a las decisiones tomadas por parte de la familia), ya las estoy poniendo..., las estoy poniendo en entender toda la historia. Yo voy a un

psicólogo, dije, pero cuando le voy a explicar todos los líos que tengo, se verá que tengo dos problemas, porque yo tengo un problema que puede ser ése, y ahora tengo otro problema que es el de no perder a mi mujer, animándola, haciéndola sentir segura.... Yo quiero absolutamente solucionar aquella... aquella situación yendo hasta el fondo a ver si este problema está ahí por determinadas circunstancias, por determinadas situaciones y yo lo tenía escondido detrás, o han sido algunas cosas que me han pasado, relámpagos, con... con desdichadamente periodos, digamos, de edad similares. Pero yo no tuve nunca.... en la adolescencia nunca tuve violencias, ni cosas... una juventud..., yo fui siempre regular, nunca tuve problemas, perversiones particulares. Nunca compré una revista pornográfica, en casa tengo un aparato de vídeo desde hace veinte años, tenemos sólo dos casetes de películas X, y eso porque las dejaron en casa unos amigos nuestros. Y... en Internet, allí nunca me he puesto a mirar cosas raras.

T.: Al revés, siempre me dijiste que esto no era un problema.

F.: Le explico, le explico..., le explico esto... Pero yo noto..., honestamente noto que en este punto siento atracción por los pechos femeninos, grandes o pequeños para mí es la parte más erógena... erótica... nada más; no tengo otras cosas. Le estoy explicando por qué me ocurrió esto..., porque me siento muy atraído por esta edad en particular...

T.: Empecemos por la última, su sobrina ¿cuantos años tenía?

F.: Once años... una... todavía una chiquilla, siempre encima..." tío por aquí, tío por allá..." esta cosa mía: le empiezan a crecer las tetillas... por aquí, por allá, por arriba, por abajo... "Estate quieto, tío, no molestes"... y la cosa ha ido progresando

T.: ¿Qué hacíais en vuestros encuentros?

F.: Prácticamente eran sólo besos, caricias y después había... digamos que prácticamente no tenía erección...

T.: ¿No se le levantaba?

F.: No; pero esa es una cosa anómala para mí...

Con el progreso de la terapia se puede comprobar un aumento de conciencia de culpa y responsabilidad. Desde el punto de vista evolutivo el formarse de las estructuras heterónomas es un síntoma de desarrollo del sistema moral que sirve para progresar en la integración de la anomía en el proceso de construcción de la autonomía. Los fragmentos recogidos a continuación pertenecen a diferentes sesiones siguientes, hasta el fin de la terapia.

F.: Me quieren clasificar de pederasta, perverso, cosas varias... yo las tengo todas las características... porque en efecto lo que he hecho... la ebriedad, la emoción, el riesgo, el sentirse invencible, las cosas que

ninguno consigue hacer yo las he conseguido.... ¿no? Todo lo que hubieras querido hacer y no te atreviste hacer... Y que puede ser así... esto sin pensar en las consecuencias, porque me consideraba superior a todo... y la cosa ya no se puede rectificar... Por lo que concierne mi problema..., en efecto... me doy cuenta, que la primera experiencia me trajo más seguridad, el sentirme invencible... Pensaba ser intocable, la ambición sustentada por la tenacidad.

F.: *“Me he equivocado... he pecado...” mejor que así no puedo razonar, o sea. O razono como un desesperado, como un loco... todo esto me ha cambiado... me ha cambiado mucho. Yo era un bromista, siempre con la broma a punto... me ha cambiado por dentro, la manera de hacer, la manera de pensar... ya no levanto la voz... mi hija una noche se puso a llorar, dijo “sólo conmigo te has atrevido a levantar la voz”. Yo estaría bien... si consigo liberarme de la ansiedad... La otra noche me encontré mal... me cogió el miedo que no era capaz de hacer mi trabajo...*

F.: *“Un mes antes de descubrirse el diario, tuve un momento en el que pensé: ¿Fabio, pero qué coño estas haciendo? Y tuve un bajón de motivación, tanto que después no busqué más ocasiones propicias, ni busqué más a esa chica...”*

F.: *“No volvería a hacerlo porque ya no veo utilidad en el placer del peligro que era el fin mismo de esas experiencias, y no volvería a hacerlo por las consecuencias”.*

F.: *“Ahora rezo, antes no rezaba... (...)”*

F.: *“Pienso que mi mujer ha sido mi primera psicóloga... porque ella siempre decía a veces: creías que todos pensarán como tú sin malicia... o que tu manera de ver simplista a lo mejor sin ver las consecuencias... siempre me lo dijo... viviste en tu mundo, siempre de una cierta manera... En efecto no se ha equivocado... ahora veremos lo que me reserva el futuro. Yo tengo bastante confianza... me falta cubrir algunas lagunas, pero en general estoy bastante tranquilo, si me pasan las cosas y no se acumulan todas... creo que grandes problemas (...) pienso en mí, mi mujer, mis hijos, mi familia, las consecuencias, pienso en todos, busco la justa solución (...)”*

Los sentimientos de culpa expresados por Fabio, la clasificación oscilante de su comportamiento como “enfermedad” y como “perversión” en la progresión de la terapia, el reconocimiento del daño causado a los demás, de su prepotencia, de las consecuencias provocadas, etc., son señales de un cambio del sistema moral donde la heteronomía puede desarrollarse contribuyendo a la socialización personal. Pero conviene subrayar que este proceso no ocurre habitualmente de manera espontánea, sino sólo después un fuerte encontronazo con la ley o con la sociedad en forma de denuncia, de rechazo social, de aislamiento familiar, de condena judicial o moral, estímulo suficiente para provocar la ansiedad. Tal es el caso, por

ejemplo, de Francisco quien inicia un proceso de cambio de su comportamiento exhibicionista en terapia sólo después de haber sido denunciado a la policía:

“Sólo me he empezado a preocupar cuando las cosas se han desmadrado y he tenido que buscar ayuda... Se requieren muchas horas de trabajo y miles de palabras, pero hasta que no he empezado a asumir mi responsabilidad, dejando de echar la culpa a los demás o de justificarme en la “enfermedad”, no he conseguido empezar a salirme”

El sueño del accidente de tráfico

Rebeca es una joven de 22 años que lleva una vida descontrolada, en la que se entremezclan comportamientos de riesgo con consumo de drogas, salidas nocturnas, peleas entre bandas juveniles, fracaso escolar, inadaptación laboral, social y familiar. Hija única, ha sido excesivamente consentida en sus caprichos, favorecidos por el elevado poder adquisitivo inherente a la actividad empresarial de la familia: ha destrozado varios coches de alta cilindrada debido a una conducción irresponsable. Sus sueños reflejan vivencias de características paranoides en congruencia con sus síntomas y expresan a la perfección la naturaleza de su problemática moral. De entre todos ellos escogemos como más ilustrativo el sueño titulado “Jueves” denominado así por su pertenencia a un conjunto de cuatro sueños seguidos según la secuencia semanal anotados en su diario. Lo hemos analizado en base a los criterios establecidos para el análisis textual de los sueños referidos en un trabajo anterior (Villegas y Ricci, 1998). El texto es el siguiente:

JUEVES

Iba con el coche a alta velocidad y con la música muy alta. De repente vi que en medio de la carretera estaba un camión cruzado. No podía frenar el coche, no me respondía y acabé chocando contra él. Yo estaba atrapada en el coche y todo estaba lleno de sangre. Se acercó el hombre del camión y lo único que hizo fue decirme que ya era hora que me tocara a mí, a ver si aprendía. Yo no podía salir del coche y le pedía ayuda, pero no me hizo caso y se fue. Al poco rato llegó la policía y me sacaron el coche. Me miraron el coche y me dijeron que estaba detenida por llevar drogas encima y conducción temeraria. Le pedía que me llevaran al médico y me respondieron que la gente como yo debería estar pudriéndose en la cárcel.

División en microestructuras, análisis de la redundancia y de la coherencia

Microestructura 1: "Inicio": *viaje descontrolado y accidente inevitable*

Iba con el COCHE₁ [1, 2, 3] a alta₂ velocidad y con la música muy alta₂. De repente vi que en medio de la carretera había un CAMIÓN₄ [1, 2] cruzado. NO PODÍA [1, 2] frenar el COCHE₁ [1, 2, 3], no me respondía y acabé chocando contra ÉL₄.

Microestructura 2. "Nudo": *herida, necesidad de auxilio y denegación*

Yo₁ estaba ATRAPADA [2, 3] en el COCHE₁ [1, 2, 3] y todo estaba lleno de sangre. Se acercó el hombre₂ del CAMIÓN₄ [1, 2] y lo único que hizo fue decirme₁ que ya era hora que me₁ tocara a mí₁, a ver si aprendía. Yo₁ NO PODÍA [1, 2] salir del COCHE₁ [1, 2, 3] y le₂ PEDÍA AYUDA [2, 3], pero no me₁ hizo caso y se fue.

Microestructura 3. "Desenlace": *auxilio policial y detención*

Al poco rato llegó la policía₁ y me₂ sacaron del COCHE₃ [1, 2, 3]. Me₂ miraron el COCHE₃ [1, 2, 3] y me₂ dijeron₈ que estaba DETENIDA₅ [2, 3] por llevar drogas encima y conducción temeraria. Les₁ PEDÍA QUE ME LLEVARAN AL MÉDICO [2, 3] y me₂ respondieron que la gente como yo₂ debería estar pudriéndose en la CÁRCEL [2, 3].

COMENTARIO

El sueño tiene una perfecta estructura narrativa con inicio, nudo y desenlace. Todo lo que sucede es coherente con el contexto un viaje en coche a alta velocidad que acaba provocando un choque, cuyo resultado son las heridas de la conductora que necesitan ayuda médica, que le es denegada y sustituida por culpabilización y detención.

ANÁLISIS:

A) Nivel manifiesto

- Escenario: una carretera con un camión atravesado
- Actores: Esther (la conductora del coche), el camionero, la policía
- Acciones: choque contra el camión, atrapada en coche sin poder salir, reprimenda del chófer del camión, intervención de la policía

B) Nivel transformativo (de texto analógico o metafórico a texto lógico)

Denotaciones intratextuales:

- conducir un coche: → ir por la vida
- alta velocidad y falta de frenos: → condiciones de riesgo
- choque con el camión: → encuentro con la realidad externa
- ensangrentada y atrapada en el interior del coche: → daños ocasionados por la forma de conducir su vida e incapacidad de salirse de ella
- reproche del camionero: → voz de la conciencia ("deberías aprender")
- intervención de la policía: → detención y castigo

C) Nivel generativo (matriz discursiva de dónde nace el sueño)

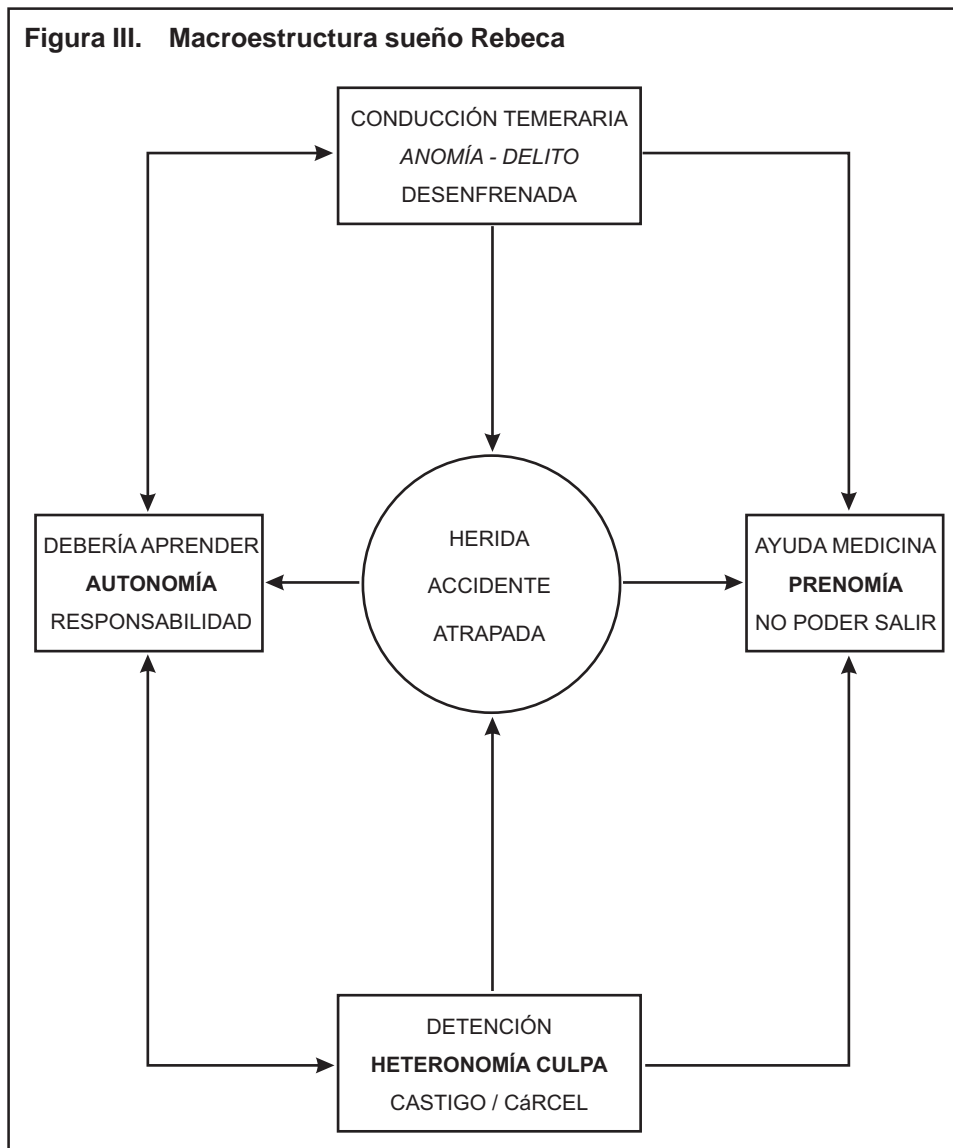
Ir por la vida en condiciones de alto riesgo no puede tener otro final que pegársela con la realidad externa. Esta consideración *a priori* está más que corroborada por la historia real de la protagonista con accidentes de todo tipo físicos, psíquicos y sociales, es decir, nace de una experiencia. La alternativa es aprender de una vez, pero la actitud dominante es todavía esperar que los otros le ayuden y le saquen de ahí, cosa que no sucede, sino que más bien piensan que debería ser castigada por ello.

COMENTARIO A LA MACROESTRUCTURA

Entendiendo el sueño como texto analógico o expresión simbólica de la vivencia subjetiva, y situándolo en el contexto existencial de la persona, el viaje (en coche) es una metáfora de la vida: la vida como un viaje hacia un destino. Una vida que ella conduce de modo acelerado, como si ir más rápido fuera un modo de vivir más tiempo, y desenfrenado, como si el descontrol fuera un modo de vivir con más intensidad. En el sueño el coche va descontrolado a causa de la alta velocidad y el accidente se hace inevitable. No se dirige a ninguna parte, sólo va acelerado y sin frenos y termina por chocar: es él único modo en que se puede detener este coche, pegándose a un camión (la realidad externa) atravesado en la carretera. Es una vida desenfrenada (posición anómica), cuyos frenos no “*responden*” (ausencia total de *responsabilidad*), con la música muy alta, drogas en el maletero y conducción temeraria (*sex, drugs and rock & roll*), que acaba por sufrir un accidente en el que se desangra y queda atrapada. Ella no puede salir por sí misma y pide ayuda médica (posición prenómica), pero los demás consideran que es culpa suya y que debería aprender de una vez (posición heteronómica). El sueño contiene una llamada a la responsabilidad (posición autonómica) en forma de posibilidad de aprendizaje, que ella elude pidiendo a los demás que se hagan cargo de ella (prenomía); pero éstos se niegan a ayudarla y acaba detenida por la policía (heteronomía). Expresa, pues, un claro conflicto entre anomía y heteronomía (Ver Figura III).

Este sueño tiene en común con los anteriores que cuenta un desenlace violento, aunque a diferencia de los otros no es producto de una agresión externa, sino de un error propio, la conducción desenfrenada a alta velocidad. Al igual que en los otros sueños, también aquí se encuentra atrapada, sin poder salir; pide ayuda a los demás, pero los demás no le hacen caso (o se ríen de ella). A diferencia de los otros sueños, sin embargo, en éste la policía la saca del coche, pero para detenerla y castigarla; aquí el castigo físico (la muerte) es sustituido por el legal (supone de alguna manera un avance en cuanto a reconocimiento de culpabilidad, si bien ella intenta justificarla como enfermedad, puesto que pide un médico). Este sueño parece más elaborado que los anteriores donde aparecían máquinas enloquecidas, psicópatas (hombres que salen del bosque o de la cloaca, niños o chicas perseguidores), es decir no hay elementos persecutorios o paranoides. La gente (el camionero y la policía) interactúan con ella dialogando, aunque para imponerle la ley y le sugieren la posibilidad de cambiar (aprender de la experiencia). A diferencia también de los otros sueños, aquí no se hallan amenazados ni sus padres ni el novio. Es una situación que le afecta a ella personalmente, a la que debe enfrentarse sola, y que es producto de su propia conducta. El modo cómo se daña es accidental y pasivo, mientras que en los otros sueños existe siempre un agresor externo activo que utiliza palos, piedras, cristales, discos cortantes, máquinas, etc. Es digna de notar en el conjunto de los sueños la ausencia de actitudes empáticas o prosociales (socionomía), no sólo por parte de ella, sino de los demás: la gente persigue, hiere, mata, se burla

Figura III. Macroestructura sueño Rebeca



o, en el mejor de los casos, pasa de ella; describe un ambiente social hostil, donde no hay protección y los únicos que podrían protegerla no aparecen en esta función, sino que también son perseguidos y muertos (padres y Sergio) por los mismos perseguidores. La conclusión de los tres primeros sueños es que todo el mundo está contra ella y nadie la quiere ayudar, siempre está huyendo y nunca tiene éxito en su huida; acaba sucumbiendo. La conclusión del último sueño es que la culpa no es de los demás sino suya propia y que tiene que intentar corregirse, que el trompazo

que se ha dado es una buena ocasión para ella y que sus excusas de impotencia no son aceptadas por los demás, es hora de responsabilizarse, es decir de asumir la existencia de normas externas (heteronomía) como un paso necesario para llegar a regularse por sí misma (autonomía).

HETERONOMÍA

Introyectar la heteronomía puede ser por tanto favorable o al menos necesario para el desarrollo moral; pero a veces, particularmente durante el periodo evolutivo correspondiente, este proceso puede llegar a suponer la destrucción o invalidación de las estructuras anómicas todavía tiernas. En la base de esta invalidación de la espontaneidad es fácil encontrar un ambiente familiar vacío de emotividad, a veces como reacción a una historia donde las pasiones han desembocado en un final destructivo.

Los orígenes románticos de una obsesión

Mireia, paciente obsesiva de 25 años, experimenta grandes dificultades en las relaciones interpersonales con las figuras de autoridad y una absoluta dificultad en la toma de decisiones. El padre, empresario de prestigio y mucho dinero, ha sido muy rígido en las relaciones con sus hijos. La madre ha sacrificado su vida personal a la crianza y el cuidado de los cuatro hijos, sin poder desarrollar una vida profesional, a pesar de tener tres licenciaturas. El genograma trigeneracional nos muestra una abuela materna, obligada a casarse a los 18 años con un hombre al que no quería, del que tuvo dos niñas, a las que abandonó junto al marido para huir con el hombre al que verdaderamente amaba, de quien tuvo una hija, la madre de la paciente. Este episodio romántico de la vida de la abuela permaneció en secreto hasta la muerte y sólo se reveló a los otros parientes después de la muerte del abuelo, que se produjo de tristeza pocos meses después de la de abuela. La polaridad semántica (Ugazio, 1998) pasión (espontaneidad) vs. control emocional (rigidez) introduce la duda en el sistema de decisión, el miedo a equivocarse en las elecciones impulsivas o espontáneas que pueden tener tan graves consecuencias.

La invalidación de los criterios anómicos equivale a la destrucción de los criterios internos: el niño no puede saber lo que es bueno o malo para él, no puede reconocer sus necesidades y deseos, no puede fiarse de su espontaneidad. Debe controlar constantemente sus pensamientos y voliciones para adecuarlos a los criterios externos indicados por la autoridad o buscar en referentes estables la seguridad de sus actos. Los rituales, por ejemplo, sirven al obsesivo para garantizar la exactitud de cualquier procedimiento al cerrar una puerta, apagar la luz, aparcar el coche, o preparar la comida, etc.

La función de los rituales en el caso de Alicia

Alicia, paciente obsesiva, ha conseguido hacer desaparecer casi por completo los rituales que le servían para calmar la ansiedad de la culpa y proteger los suyos de cualquier mal. Ha puesto fin a la terapia la terapia hace un año y medio, periodo durante el cual ha quedado embarazada y ha dado a luz un niño que tiene ya cinco meses y al que está alimentando al pecho. Pasadas las fiestas de Navidad llama preocupada al terapeuta: han vuelto a reaparecer de forma imprevista los rituales. Durante este año y medio ha muerto una abuela, se le ha diagnosticado un cáncer de estómago al suegro y uno de los cuñados ha sufrido un infarto de miocardio. Ninguno de estos acontecimientos, sin embargo, ha desencadenado de nuevo la crisis de ansiedad. El acontecimiento precipitante ha sido la muerte repentina del padre de setenta y cuatro años, precisamente al volver de su casa donde se había celebrado la comida de Navidad. En estas circunstancias atraviesa por su mente como un rayo el pensamiento de que todas las desgracias sucedidas después de haber dejado de practicar los rituales puedan estar conectadas con su actitud despreocupada y que tiene que retomarlos plenamente, de otro modo podría morir también el niño.

La función de las conductas de comprobación

Detrás de este comportamiento se oculta el temor a cometer algún error, a inducir algún tipo de daño o el pensamiento mágico de protegerse a sí mismo o a los demás de alguna amenaza. El obsesivo debe ponerse a salvo de los errores, se siente responsable, incluso hiperresponsable como hemos visto en el caso de Cecilia, de evitar cualquier daño que pudiese acaecer a alguno de los suyos. El perfeccionismo, la limpieza extrema, la higiene absoluta, el orden riguroso, etc. sirven al obsesivo para calmar la ansiedad: de este modo se protege de la culpa y de la vergüenza. Para él es más importante no omitir lo que se puede hacer para evitar un mal que la propia comisión del mal. Ésta es la función de las conductas de comprobación. Alberto, paciente obsesivo de 23 años, escribe en su diario:

“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... Desconecto todos los cables, el ordenador, la impresora, la luz... separo los cables, o sea que no haya ningún papel al lado para que no pueda haber ningún chispazo y con ello un incendio. Cierro uno y cuento hasta 9, mentalmente, o sea todo esto mentalmente, nunca lo exteriorizo... Luego hay una luz, una lámpara, y entonces lo que hago es comprobar 4 veces 4, que esté bien sujeta para que no se caiga... Luego me voy para la puerta, cojo las llaves, pero antes compruebo también los muebles, los archivadores que estén cerrados con llave. Hago otra vez lo mismo, cuatro veces cuatro.

Luego salgo y cierro la puerta y bueno tiene dos cerraduras. Para cerrar la de arriba cuento hasta 28, y la de abajo doy 9 vueltas al palo para comprobar que esté cerrado... 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 apagada, mientras cuento mentalmente cuatro veces cuatro de forma ordenada y consecutiva. 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”.

Un debate obsesivamente parlamentario

Con frecuencia los intentos de control son explícitos. El paciente somete a control consciente cada uno de sus pensamientos, de sus deseos, de sus acciones. Una dramatización de la lucha interna que se despliega en el interior del sujeto a tal propósito puede seguirse en el siguiente diálogo entre terapeuta y paciente, al que llamaremos Carlos, construido sobre la metáfora de un “debate parlamentario”, que reproducimos a continuación:

T.- *Y dices que te vienen pensamientos a la cabeza, ¿qué tipo de pensamientos?*

C.- *De control, de control, me siento controlado, observado*

T.- *Por quién*

C.- *Por todos, piensas que son tonterías... El otro día fui al mercado, empecé a pensar y a sentirme muy agobiado. Estoy más pendiente de mí que de los demás, me miro demasiado, en pocas palabras.*

T.- *Y ¿por qué te miras?*

C.- *Para no hacer el ridículo. Es el miedo a hacer el ridículo y el deseo de estar bien con todos, lo que es algo imposible; pero no puedes ser agradable con todos ni gustarles a todos; pero el pensamiento lo tienes.*

T.- *Que tengas un pensamiento no significa que no puedas tener otro pensamiento.*

C.- *Lo tengo. Por eso me peleo con los dos pensamientos. Uno estira por un lado y el otro por el otro; pero siempre domina el negativo, casi siempre, es la típica concepción del colectivismo, pero la mayoría es negativa. Hay pensamientos negativos de fondo y absorben, es obsesivo, es un debate mental que cansa.*

T.- *Parece el parlamento*

C.- *Más o menos*

T.- *La oposición, el partido del gobierno, ¿quién gobierna?*

C.- *¿Quién gobierna? Gobierna la parte negativa.*

T.- *Te gobierna la oposición*

C.- *Sí porque hace la autocrítica Y yo me siento mal; para sentirme bien busco defectos para corregirlos y mejorar muchas cosas, lo que pasa es que no se acaba nunca, ahí está el problema Y adoptas posturas al estar en un lugar y tener que comportarte. No eres tú, no es tu forma de ser real, tengo que fingir y no me aguanto y me siento mal.*

T.- *Entonces tenemos una constante crisis de gobierno, constantemente la oposición está gobernando.*

C.- *Claro*

T.- *Puede que debiéramos disolver el parlamento y hacer nuevas elecciones*

C.- *Claro O un poco de anarquía*

T.- *O un poco de anarquía.*

C.- *Desde la última etapa ya me venían estas tonterías: siempre ha sido un debate político... Y pasa con mis hermanos y con mis padres. Intento hacer las cosas bien, las cosas como yo creo que tienen que ser, los agoto, soy muy crítico y todo tiene un punto de vista... Querer hacer un entorno magnífico, una obsesión. No consigo aceptar las personas con sus defectos y virtudes, y claro acabo creando malestar y quedándome solo.*

T.- *Sí, tienes razón. ¿Y el pueblo está contento con este gobierno, con este parlamento?*

C.- *No, aún no.*

T.- *¿Y cuando haya nuevas elecciones, volverá a pasar lo mismo?*

C.- *No sé, no sé*

T.- *Cuando hay elecciones en tu pueblo, ¿los votos se reparten?*

C.- *Sí, pero no gana nadie*

T.- *No gana nadie, no hay consenso.*

C.- *No porque no están contentos... y hay pacto electoral*

T.- *¿En qué consiste el pacto electoral?*

C.- *En no entenderse. Es un guirigay constante... No hay modo de diferenciar. Este es el problema saber lo que es mío, lo que quiero o no quiero. Siempre he tenido el problema de no dar la talla.*

T.- *¿Deberías dar la talla?*

C.- *Yo creo que sí*

T.- *Pero cuando deberías dar la talla, te cortas*

C.- *Y entonces cuesta mucho tomar decisiones Sobre todo querer controlar cada situación, es lo que más me preocupa*

T.- *Si hicieras propaganda electoral, en tus próximas elecciones cuál sería el eslogan*

C.- *Libertad de pensamiento*

T.- *Libertad de pensamiento ¿qué implicaría?*

C.- *Lo tengo muy claro, pero no lo hago.*
 T.- *Lo tienes muy claro*
 C.- *Muy claro. Distinguir lo necesario de lo que no*
 T.- *Cuál es la dificultad para distinguir lo necesario de lo que no*
 C.- *Dudas*
 T.- *Dudas; así no está tan claro*
 C.- *Lo tengo claro como idea*
 T.- *Pero ¿cuándo aparece la duda?*
 C.- *Cuando considero los pros y los contras*
 T.- *Es decir los pros y los contras hacen que lo que está claro, quede oscuro*
 C.- *Yo tengo la idea de lo que debo hacer, pero no lo hago tengo miedo... de que no salgan las cosas como tenía previsto*
 T.- *Y ¿qué pasa si no salen las cosas como tenías previsto?*
 C.- *Decepción*
 T.- *Por ejemplo ¿no quieres equivocarte nunca?*
 C.- *Tampoco es eso: admito que pueda equivocarme. Es humano. Sí me puedo equivocar, pero lo más mínimo*
 T.- *Lo más mínimo.*
 C.- *Sí, pero en las cosas importantes, no*
 T.- *Tú piensas en unas cosas que podrías probar y que te pueden decepcionar si no salen bien.*
 C.- *Sí, pero no puedo arriesgarme a probarlas, porque no son controlables: pueden ser muy buenas o ser muy malas. Pero, como no se sabe Desconfías, desconfías, no tanto de las otras personas, cuanto de ti mismo. Tienes tantas dudas que no puedes dejar ninguna puerta abierta al error.*

En este diálogo el paciente apunta a la experiencia de un debate interno, sobre la base de la consideración de los *pros* y los *contras* de su acción, la *duda*. Este debate no se resuelve porque el fiel de la balanza permanece inmóvil ante el miedo a *equivocarse*. La posibilidad de probar está anulada, porque podría salir mal, *cuستا mucho tomar decisiones* No puede decidir, saber lo que es suyo y lo que es ajeno, porque *desconfía* de sí mismo. *Sobre todo querer controlar cada situación, es lo que más me preocupa*. El intento de control absoluto, fruto de la desconfianza, produce el efecto paradójico de pérdida de control voluntario sobre las propias decisiones, dando origen a las conductas de comprobación y a los rituales compulsivos.

La ansiedad social

La persona que entra en conflicto con la heteronomía experimenta, en general, igualmente, un gran miedo a la crítica social. No es el miedo a no ser aceptado por los coetáneos o los compañeros de clase, es más bien un miedo impersonal, característico de la fobia social: son los rostros desconocidos del público los que atemorizan al fóbico social. ¿Qué pensará la gente, qué dirán de mí los profesores,

la crítica periodística? Incluso en el caso de que estos rostros o miradas sean próximos, amigos, padres o hermanos, lo que preocupa al fóbico no es tanto el rechazo personal, cuanto el juicio impersonal, las observaciones sobre el error, la atribución de culpa, que deriva de estas figuras de autoridad.

Una nota mal escrita

Carlos, el paciente del debate parlamentario, sufre síntomas obsesivos muy graves y de fobia social invalidante. Cuenta en una sesión un acontecimiento aparentemente banal que lo ha alterado particularmente. Al ir a buscar el coche en el parking de su casa ha encontrado pegada al cristal del parabrisas una nota escrita a mano en la que se podía leer: «No se crea que usted es el único que aparca aquí en este parking».

C.- Aparqué un poco mal el coche, un poco salido. Y el chico, un chico que aparca al lado mío, pues me puso una nota, con muchas faltas de ortografía: «No se crea que usted es el único que aparca aquí en este parking» [T.: Ajá]. Yo me enfadé y pensé: «Prefiero que me lo diga a mí personalmente y pase lo que pase...» Yo le diré: «Oye perdona, otro día lo pondré bien». Y si conviene que él se pone agresivo yo también me pondré, pero lo solucionaremos. Y me deja una nota y más me enfadó la manera en que me la dejó: «No se crea que usted es el único...»

T.: ¿Qué hay en esa manera?

C.- Para mí es muy, de una posición muy mezquina dejar una nota, ¿no? Y segundo, que no es lo mismo decir.: «No se crea usted que es el único que aparca» que «Apárqueme por favor bien el coche», hay mucha diferencia.

T.: ¿Dónde está la diferencia?

C.- Pues que es una manera como, ¿cómo diría yo? muy trágica y arriesgada. Porque este chico a mí no me conoce, yo sólo lo he visto una vez [T.: Ajá] y de reojo, aparcando [T.: Si] y no sabe mi reacción [T.: Claro] Si soy agresivo veo la nota y le rompo la cara. Pero es muy arriesgado, yo nunca lo haría porque sé que corro un riesgo innecesario. Yo diría: “Perdone, aparque bien el coche si no, no lo puedo dejar” [T.: Ajá] Es muy arriesgado, tiene que tener mucho valor para escribir eso. Yo actuaré de otra manera, yo me lo encontraré y le hablaré bien, digo: «Oye, perdona que he aparcado mal el coche el otro día porque tenía prisa», y es verdad, tenía prisa. No reparé en aparcarlo bien. Y entonces, pues yo ya me sentí culpable. Cómo había llegado yo a aparcar mal, la nota... En la vida siempre te salen inconvenientes, malos ratos, ¿no? Si uno después lo está pagando, pues no lo solucionas, siempre quedan las cosas por ahí pendientes, y eso son de las cosas que a mi más me hacen estar mal, este tipo de cosas sin resolver... Yo sé que todo tiene un riesgo y... encontrarme con este chaval, espero que no pase nada pero yo como que cavilo tanto,

siempre espero lo peor. Yo siempre pienso lo peor. Agoto todas las posibilidades y, entonces pues, sólo el hecho ya, de ahora ir a aparcar el coche ya me pongo nervioso por si me vuelve a pasar algo. No porque me asuste el chaval, por la situación, me asusta la situación, no el chico en si porque el chico es delgaducho y no tengo ni para empezar con él.... No, pero no me refiero a eso, es la situación, de encontrarme con él... Es que el encontrarme con él ya me pone... El otro día salí del parking, no corriendo, pero por dentro estaba que me temblaban las piernas. Pero no por encontrarlo no, sino por el cruzarme con él de golpe. Yo soy siempre ¡eh! y me pasa (lo imprevisible) y no me gustaría que me pasara que cuando quiero solucionar un problema antes hacerme un planning, no. Yo me he hecho un planning: qué diré, cómo haré. Yo necesito una estructura... para saberlo y, sobretodo, para no fallar. Y el pensamiento pues claro, encontrarme una situación de cara a cara y yo no haberlo planificado. Eso es lo que más me asusta a mí.

T.: *Si, lo que a ti te ha provocado esta rabia es la manera cómo él te ha dicho...*

C.- *Como ha enfocado esto.*

T.: *Si. Te ha dicho: «no se crea que usted es el único que aparca...»*

C.- *Pues eso me ha afectado total.*

T.: *Muy bien. ¿Qué hay en esa frase? Hay: “no se crea”. Se supone que tú te lo crees. Él lo supone. Si no, no diría: “no se crea”.*

C.- *Yo no me creo nada.*

T.: *Pero él lo supone. [C.- Si, él lo supone] Él lo supone. Él se supone que tú te crees... ¿eh? Por lo tanto al suponer que tú crees... que tú te crees el único... A lo cual establece una oposición. Tú no eres el único. También estoy yo. Aquí aparece un enfrentamiento.*

C.- *Pues eso, yo lo cogí así. Yo igual lo mismo que está usted diciendo. Por eso me asustó [T.: Exacto] y la manera de que el chico lo enfocó... Porque yo pensé: «¡este chico es belicoso por huevos!, de la manera que lo pone tiene que ser de... y yo no quiero pelearme, no».*

T.: *Claro, muy bien. Ahora estoy intentando decir lo que yo entiendo para hacerme cargo de tu reacción. Entonces, a ti te da un mensaje. Un mensaje escrito, no da la cara...*

C.- *Con una servilleta de restaurante, ¡que es peor!*

T.: *Con una servilleta de restaurante.*

C.- *Ni papel de calidad... Nunca se me hubiera ocurrido escribir en una servilleta...*

T.: *Pero en ese momento no estamos intentando comprenderle a él sino a tí. O sea ¿qué hay ahí que te ofende?. ¿Te ofende que sea una servilleta?*

C.- *No, no ¡qué va! Eso es un detalle... Lo he dicho como broma. También*

tiene algo que ver [T.: ¡Ah, ah, ah!] tiene algo que ver... Sí que tiene que ver [T.: Si (asintiendo todo el rato)] Si, pero no quería decirlo porque parece que sea muy rebuscado [T.: No, no, no, no, no, no] Es verdad, es verdad. Tiene algo que ver.

T.: Lo que se trata de saber qué es lo que a ti te afecta, lo que a ti te afecta. Te afecta que esté escrito en una servilleta, te afecta que esté escrito con faltas de ortografía, te afecta que diga: “no se crea que...”, tratamiento distante, de usted personal, no se crea...

C.- Eso es lo principal.

T.: Eso es lo principal y no es que sea lo único. Y eso que te afecta te produce un sentimiento y ese sentimiento, una emoción que es rabia.

C.- Antes de rabia, malestar, y sorpresa [T.: Sorpresa] y luego la rabia.

T.: Sorpresa, después... Primero hay una sorpresa: hay un papel ahí ¿Qué hace ese papel? ¡No! Abro el papel, miro el papel: ¡Ostras! Me juzga equivocadamente. Porque... ¡me está juzgando equivocadamente! Porque está suponiendo...

C.- Sí, sí, sí. Va por ahí.

T.: ¿Va por ahí? Si, porque está suponiendo que tú te crees... Por lo tanto hace un juicio sobre ti, que no ha comprendido por qué tú has dejado el coche de esta manera. No ha tenido en cuenta tus razones. Por lo tanto no las ha tenido en cuenta. No te comprende. Si no te comprende te sientes mal... y a continuación... a continuación resulta que miras el coche y sí que el coche no está del todo bien aparcado.

C.- Cierto.

T.: Cierto, y entonces te empiezas a sentir algo culpable porque si lo hubieses dejado bien aparcado no te hubiera puesto la nota y no te habría producido sorpresa, malestar y rabia.

C.- Si, es todo esto.

La excesiva reactividad emocional de Carlos frente a un episodio tan intrascendente, reconocida incluso por él, se explica por la importancia trascendental atribuida al juicio de los otros. Carlos teme el juicio ajeno, porque le atribuye un poder determinante sobre él. Es como si la mirada de reprocho de los demás lo desnudase por la calle y lo mostrase desnudo con todos sus defectos.

La anorexia restrictiva

La ansiedad social puede asumir igualmente otras modalidades. Algunas personas, particularmente mujeres, en el pasaje de la pubertad hacia la adolescencia desarrollan un miedo a ser vistas y juzgadas como seres sexuales. Es por este motivo que rechazan la identidad femenina. Su modo de vestirse es esconderse en lo etéreo, restringiendo con el ayuno la propia corporalidad (Villegas, 1997). Se convierten en anoréxicas. Samanta, una chica de dieciséis años, responde así a su terapeuta:

T. – *¿Desde cuando te desapareció la regla?*

S.- *“Desde que empecé a seguir la dieta y haber perdido los primeros seis kilos me desapareció la regla. Cuantos más kilos perdía tanto más se alejaba de mí el deseo de ser mujer y, por tanto de tener la regla. Quería negar la identidad femenina. En mi caso siempre me ha producido asco la imagen redondeada de la mujer, las formas, los pechos hinchados.. Es una imagen que no me gusta. Prefiero las formas lisas, el vestir despreocupado y más bien masculino. Con los chicos me siento más a gusto. Con las chicas no tanto, las encuentro frívolas y superficiales.*

En un intento equivocado de autonomía precoz las anoréxicas intentan sustraerse al dominio de los demás negando una parte de sí mismas, el cuerpo, creyendo con ello afirmar el espíritu o la mente. La anoréxica actúa llevada por la absurda ilusión de poder escapar al dominio de la carne y, por extensión, al dominio de las emociones. Si la consideramos dentro de las patologías típicamente heterónomas es porque partiendo de la negación del cuerpo y de sus necesidades (anomía) se rige por un criterio externo de perfeccionismo, cuyo único objetivo es adelgazar hasta los límites de la muerte. Marya Hornbacher (1998) que ha pasado por periodos de anorexia y bulimia escribe a este propósito:

“La bulimia cede a las tentaciones de la carne, mientras que la anorexia es ascética, una total separación del mundo animal. La bulimia recuerda la época hedonista romana de los placeres y de los grandes banquetes; la anorexia, la era medieval de la mortificación y del ayuno voluntario. En general, las bulímicas, no llevan el estigma del cuerpo esquelético. Su tortura es privada y mucho más secreta y culpable que la denuncia visible de las anoréxicas de las cuales se admira el cuerpo degradado como emblema de la belleza femenina. No hay nada de femenino, delicado o admirable en ponerse dos dedos en la boca para vomitar o en pasar la mitad del día con la cabeza en el frigorífico y la otra en la taza del water.

En los años que pasé en el liceo superior hice todo lo posible para hacer morir de inanición aquella parte de mí. Acoger la comida en tu interior es como acoger en tu seno un amante, una admisión de deseo del placer físico, sucumbir a la parte inferior más mezquina de ti misma. Una mujer sin nervio, esto es lo que eres, incapaz de controlar tus pasiones

Los trastornos de la alimentación son unas muletas, pero son también una dependencia y una enfermedad, una manera de evitar el sufrimiento cotidiano; te aseguran un pequeño drama privado, se alimentan del deseo de una exaltación constante, todo se juega a vida o muerte, todo es terriblemente sublime y devastador. Estas ideas de grandeza esconden el miedo fundamental de ser engullida por el mundo en el momento de entrar. Era anoréxica porque tenía miedo de ser humana... La gente a menudo reduce los trastornos de alimentación a una expresión de vanidad, de

inmadurez, de locura. Lo son, de alguna manera; pero también son una reacción, aunque distorsionada, a la cultura, a la familia, a uno mismo.

Muchos años antes que Mariya otra joven mujer, Ellen West, arrebatada también ella por fantasías épicas y románticas había escrito en su diario, según relata Binswanger (1954): “*Los escogidos de los dioses mueren jóvenes*” Este leitmotiv que a Ellen le gustaba repetir en su juventud se convirtió en una profecía autocumplidora a los 33 años, cuando después de varios intentos, consiguió suicidarse, “*antes de convertirse en un mujer vieja, gorda y fea*”. Su vida no fue otra cosa que un completo fracaso, empeñada solamente en controlar las comidas. De este modo los sueños de espiritualidad que escondían los problemas con la imagen del cuerpo terminaron por destruirla antes de matarla.

SOCIONOMÍA COMPLACIENTE

En el intento de superar la dependencia heteronómica, los adolescentes tratan de regularse por los criterios del grupo. Están dispuestos incluso a aceptar las críticas y burlas de los compañeros, con tal de no sentirse marginados. En un primer momento siguen al grupo y se adaptan a sus reglas y exigencias, tratando de ser aceptados por los coetáneos. Con el inicio de las relaciones más íntimas esta tendencia si orienta hacia características más específicas de complacencia sexual. Algunas chicas, en particular, ven un criterio de valor personal en las señales de aprobación que reciben de sus compañeras o de algún chico en relación su *sex appeal*: llegar a ser sexualmente atractiva se convierte para algunas en la razón de su propio ser. Gustar a su marido, David Beckam, es el argumento esgrimido por Victoria, la ex “*spice girl*” para rellenarse de silicona los labios, adelgazar peligrosamente o aumentar el tamaño de los pechos (Pérez, 2006). Algunas mujeres corren riesgos innecesarios, como corroboran los casos de muerte en el postoperatorio, para someterse a cambios estéticos. Jane Fonda, por su parte, reconocía en una entrevista reciente: “Fui todo lo que mis maridos quisieron: con Roger, la mujercita sexual, con Tom, la revolucionaria, y con Ted, la señora del magnate Cuando tenía diez años me juré que haría lo que fuera para ser perfecta y que un hombre me quisiera , pero he sido una víctima de la cultura de la perfección, por eso me aumenté el pecho”. El culto actual al cuerpo, sobre todo, aunque no exclusivamente, por parte de las mujeres, como objeto de intercambio inmediato y prueba de aceptación o rechazo, constituye el epifenómeno por antonomasia de las patologías de la socionomía complaciente, entre ellas los trastornos alimentarios o las dependencias emocionales.

Ser persona es sentirme deseada

Irene, de 29 años de edad, soltera, la mayor de tres hermanos, hija de padre español y madre sudafricana, trabaja como camarera. Su gran ilusión desde pequeña era llegar a ser escritora, como su padre, cosa a la que él siempre se opuso de forma

muy hostil, obligándola a dejar los estudios a los dieciséis años para ponerla a trabajar como camarera. La forma específica con que expresa su problema es la siguiente:

“Para mí son muy difíciles las relaciones con los demás. Desde que tengo uso de razón, padezco de un gran complejo de inferioridad. No salgo nunca con nadie. Los hombres no me pueden soportar más de dos horas. Tengo muchos problemas. En el trabajo todo el mundo hace conmigo lo que quiere, me manipulan totalmente. Pienso que lo que ocurre es por mi culpa y me tengo que aguantar. Como si fuera un castigo por algo que he hecho. No puedo quitarme de la cabeza este pensamiento: “Entérate, tú sirves sólo para esto, para lavar los platos”... Voy a las discotecas para divertirme y me gustaría sentir al menos una vez que las personas quieren estar conmigo. Puede que sea a causa de mi actitud, pero me gustaría sentirme deseada. Para mí ser mujer quiere decir ser persona, y ser persona significa sentirme deseada por alguien. Pero nunca he experimentado algo parecido. Pero para ser deseada tendría que ser atractiva. Me gustaría saber sólo lo que se siente. Nunca me sentí deseada por nadie y si lo fuera imagino me sentiría también atractiva.

Trastornos alimentarios de naturaleza compulsiva y obesidad.

En la búsqueda de aceptación las chicas, aunque no de modo exclusivo en relación a los chicos, pueden perder el sentido de su cuerpo como organismo que cuidar y alimentar, confundiendo con una imagen en el espejo, con lo que toda su atención se dirige a mantener atrayente la “figura”. En este mundo especular, donde el control de la comida se presenta como un método adecuado para obtener el objetivo prefijado de adelgazar, se desarrollan con facilidad los trastornos alimentarios: las dietas descompensadas abren rápidamente el camino a la bulimia:

“No hay nada en el mundo que me espante más que ser bulímica. En un momento determinado para salvarse el cuerpo empieza a ingerir alimentos por su propia iniciativa. El mío empezó a hacerlo. La pasividad con la que me expreso es intencionada... Experimentas la sensación de ser poseída, de no tener una voluntad propia, de estar en lucha continua con tu cuerpo y de perder. Él quiere vivir y tú te quieres morir. No podéis ganar los dos a la vez, de modo que se produce una escisión entre tú y tu cuerpo y acabas enloqueciendo por el miedo. La inanición es absolutamente temible: cuando finalmente se toma la venganza, se produce la sorpresa: no era esto lo que intentabas. Espera un momento: esto no, esto no. Después te reabsorbe y te hundes.

Estos comentarios de Marya Hornbacher (1998), en su fase bulímica, expresan en de forma muy vívida la experiencia de escisión interna del Yo y la pérdida de voluntad. De acuerdo con sus palabras:

“Generalmente una persona afectada con un trastorno de la alimentación se preocupa más de la percepción que los otros tienen de ella que de los propios sentimientos”.

Una confirmación de esta característica señalada por Marya Hornbacher puede constatarse en el caso de Juana, paciente de 31 años, madre de dos hijos. Separada desde hace algunos meses, vive con sus padres, habiendo iniciado una nueva relación con Marcos, aunque no convive todavía con él, porque no ha formalizado la ruptura con la pareja anterior, toxicómano que la había recluido y maltratado física y psicológicamente. Inicia la sesión relatando que ha acudido a una entrevista en un hospital público para ser aceptada en un programa de tratamiento para trastornos alimentarios. Expresa una intensa decepción por el trato burocrático a que fue sometida en esta entrevista que duró apenas dos minutos y el impacto que la causaron las chicas anoréxicas con las que tuvo ocasión de cruzarse por los pasillos del departamento. A continuación transcribimos un fragmento de esta sesión, publicada en su integridad en otro número anterior de esta revista (Villegas, 2004), donde la paciente describe con precisión la naturaleza de la bulimia.

JUANA: *Tengo que estar en mi sitio, y mantener, y si digo esto es esto, y no hay vuelta de hoja.*

TERAPEUTA: *Eso es. Sí señora!*

JUANA: *Si con mis hijos lo hago. Digo esto y es esto. Pero conmigo no es igual*

TERAPEUTA: *Pues lo que haces con tus hijos, tienes que hacerlo contigo.*

JUANA: *A ver, pero todo lo puedo hacer con los demás, conmigo no lo puedo hacer!*

TERAPEUTA: *Por que como lo haces con los demás, tú ya no cuentas. Es que este es el problema! Tú no cuentas.*

JUANA: *Por ejemplo, vamos a poner ejemplos, Marcos me dice ves al banco o ves a hacienda y me arreglas esto. Pues voy. En cambio, tengo una carta mía en el bolso para echarla, hace más de un mes, y no soy capaz de ir a correos.*

TERAPEUTA: *Y por qué por ti no y para los demás, sí. ¿Qué pasa ahí que tú no cuentas?*

JUANA: *Pues que me siento con la **obligación de complacer a los demás, y lo mío puede esperar.***

TERAPEUTA: *Has dicho la palabra exacta: **complacer.***

JUANA: *A los demás. **Que los demás estén bien y lo mío todo puede esperar.** A ver, eso en todo, ¿eh? En todo, la ropa. A ver, voy bien económicamente porque me llega. Pero prefiero comprarle a mis hijos unas bambas de cien euros o un chándal, que comprarme yo unos pantalones de tenerlo ellos, mejor que yo. Eso pasa con los hijos, eh? Y con Marcos igual. A ver, en cosas que yo para mi, me miro bueno me lo miro*

todo y para mi me conformo con cualquier cosa. Sin embargo con ellos me voy a la tienda de deportes y si me tengo que gastar doscientos o trescientos euros, me los gasto. Y no me duele. Y el mío me duele. Que yo toda mi vida he querido unas Nike, pues yo en mi no soy capaz de gastarme unos setenta y pico de euros para unas Nike. Yo soy la última, para todo soy la última.
TERAPEUTA: *Pues mira, ese..; tú has definido muy bien tu problema. Ése es tu problema, y lo otro es consecuencia de esto. Si te quieres curar del todo, tienes que empezar por ahí.*

Juana ha llegado a esa situación por la posición existencial en que se ha proyectado en el mundo “como un ser para los demás”, que no cuenta para sí mismo. Esta proyección es coherente con el nivel de desarrollo moral de carácter sionómico complaciente. En efecto, sus problemas han empezado a surgir en el contexto de las relaciones interpersonales y en el momento evolutivo en el que el pasaje a la autonomía entra en conflicto con la regulación sionómica. Primero fue el matrimonio, en cuyo espacio relacional naufragó, desconsiderada por un marido que “iba a la suya” y la “dejaba tirada a ella, sola y abandonada”. Ser para los demás, en este caso para el marido, pronto se mostró como un proyecto vacío e inútil, puesto que nadie la tomaba en cuenta. En este contexto el comer aparecía como la única actividad que podía hacer para dejar de pensar, convirtiendo pensamientos y sentimientos (ansiedad y aburrimiento) en sensaciones físicas de hambre compulsiva o bulímica. Luego la vuelta al hogar materno, huyendo de una relación invalidante e insoportable, la colocó en una posición de deuda y obligación hacia la madre, la cual la controla hasta en las cuestiones más íntimas, puesto que la considera incapaz y enferma. En estas condiciones se ve “obligada” a hacer todo lo que le dice “come, come, come” y a complacerla en todo, acompañándola a todas partes, puesto que “está de los nervios”. La ausencia total de libertad, tanto por los sentimientos de obligación y deuda, como por la incapacidad de decidir por sí misma, favorece el recurso al vómito, aunque sea diferido varias horas, como la única forma de ejercer la propia voluntad.

De este modo la persona se distancia de sí misma para convertirse en palabras de Jean Paul Sartre “*un être pour autrui*”, un ser para los demás que se debate locamente entre el ser y el parecer, entre el organismo y la figura, que llega a hacer de esta lucha el objetivo final de su mente, olvidando cualquier otra dimensión existencial que pueda dar sentido a su vida. En los trastornos alimentarios se puede rastrear todavía un intento egoístico, aunque fracasado, de llegar a ser uno mismo, a través del control del cuerpo y la propia sustracción al deseo de los otros como en la anorexia o mediante el reconocimiento de desiderabilidad en la bulimia, intento que empieza a diluirse cuando la sionomía se convierte en oblativa.

SOCIONOMÍA OBLATIVA

La necesidad de complacer a los otros se instaura como un obstáculo que superar en el camino hacia la autonomía. A veces esta actitud realiza un giro hacia una posición más sacrificial, llamada por nosotros “oblativa”, sustitutiva del amor. Las personas, como Angélica, que se ofrecen a los demás a fin de que estos puedan realizarse, encuentran frecuentemente refugio en la obesidad, como un modo sacrificial de evitar los contactos íntimos y de proteger el propio secreto. La obesidad, a diferencia de la anorexia, sucumbe al descontrol del cuerpo y en contraposición a la bulimia renuncia al deseo masculino de un modo menos egoísta, que permite una disponibilidad hacia los otros de carácter más altruista.

La carta de Angélica

Angélica, una paciente italiana de 23 años, sigue una terapia en un centro público durante unos nueve meses entre noviembre y agosto del siguiente año, fecha en la que suspende voluntariamente la terapia, después de la sesión dieciséis. Viene derivada a terapia por la dietista y por una amiga. En el mes de abril, entre la sexta y séptima sesión, envía esta carta a su terapeuta. Presenta un problema de obesidad por el que viene tratada por una dietista. Su peso ha bajado de 89 a 79 kilos después de la dieta (mide 162 cms.). También la madre sufre de obesidad. El genograma incluye el padre de 53 años; la madre de 54; un hermano de 29, y ella de 23. Vive con sus padres. A continuación sigue el texto de la carta:

¡Hola!. Soy Angélica. No sé cómo empezar esta carta ni si seré capaz de explicar con claridad cuanto quiero decir. Desde la última sesión he estado pensando en lo que tenía que hacer sin poder llegar a la conclusión de si debía continuar viniendo a terapia, o bien debía dejarlo correr, hasta que me sienta capaz de hablar de cualquier tema que me podáis preguntar, sin temor por no saber lo que puedo o no puedo responder. Sé que si no lo digo por carta no seré capaz de hacerlo cara a cara. Ni siquiera en este momento puedo saber como llegaré a terapia la próxima sesión, después de saberlo todo, porque me sentiré observada y minúscula, pero sobre todo preocupada en el caso en que mi decisión no sea correcta o bien acarree problemas a mi familia. Me diréis que éstas no son maneras de afrontar los problemas, pero aunque sé que es lo más cobarde y cómodo, es lo único de que me siento capaz.

Cuando viene por primera vez a psicoterapia no me lo pensé demasiado. Me dejé llevar simplemente por otra chica que tenía un problema de bulimia como yo, sin advertir que todo esto implicaba un montón de preguntas y respuestas a las que no podría responder. Si me sentía tan incómoda en terapia era por miedo a que me preguntaseis sobre cierto tema del que no quería ni oír hablar. Esto lo hacía todavía más complicado, porque todo terminaba por ser mentira y me hacía sentir mal.

En mi casa nadie sabe que vengo con vosotras; ni siquiera mi madre, aunque ella insiste en que llame y pida una entrevista. Le he dicho que ya lo haré, pero que tiene que quedarse al margen y no preguntarme nada. Es un problema mío.

Algún día te he engañado cuando me has preguntado si había tenido alguna relación sexual con algún chico. Sabía que cualquier cosa que yo pudiese decir sería mentira. Me inventé una historia que no sabía cómo terminar. Por suerte tuviste que salesr un momento del despacho y me sirvió de solución; pero esto me hacía sentir peor.

No puedo recordar muy bien cómo ni cuando empezó todo. Tengo sólo unos pocos recuerdos y no muy agradables, por cierto, como los del último día cuando me negué. Me acababa de venir la regla y sabía que no podía continuar jugando. Tenía ya casi catorce años. Su primera reacción fue cerrarse en la habitación lleno de furor. Unos minutos más tarde volvió para decirme que no tenía que decirlo nunca a nadie, porque si llegase a saberse podría hacerle mucho daño. En aquel momento me sentí absolutamente vacía, confusa y triste, al ver que sólo se preocupaba de sí mismo. Por esto decidí no decir nunca nada a nadie.

Hasta que un día, no sé porqué, se lo expliqué en una carta a una amiga, (ella era y es digna de confianza, pensé), al tiempo que le pedía que no me hiciera preguntas sobre este tema. Hasta que el otro día le pedí consejo y creímos que tal vez sería un buen modo para romper el hielo.

Más tarde empecé a preocuparme. Pensaba que sabía perfectamente que lo que estaba haciendo no estaba bien; y, sin embargo, continuaba haciéndolo, sin hacer nada para frenarlo. Tal vez era yo misma que lo empezaba todo. No lo sé. He sido su campo de pruebas y el hecho que no haya llegado a oponerme, me hace sentir como una puta.

Con mi hermano tenemos una buena relación. Sólo cuando se habla de sexualidad o de algo por el estilo me siento incómoda y tensa. Parece que él lo haya olvidado todo. No le quiero ningún mal, y menos ahora que tiene una relación estable de pareja. Por esto no quería explicar nada, porque todo esto es problema mío.

Mis padre no saben y no deben llegar nunca a saber nada de esto, porque, a pesar de todos sus defectos, él ha sido y continúa siendo el hijo predilecto, abierto, comunicativo, inteligente, mientras yo era más bien la rebelde, primero, y, luego, la extraña y la solitaria.

Ahora ya sabes porqué se me hace tan difícil hablar de mí. No me gusto ni físicamente ni como persona; la única cosa que me gustaría es olvidarme de todo, que nadie llegase nunca a saberlo; o, mejor todavía, que no hubiese sucedido nunca. Pero dado que esto no posible, ¿puedo fiarme verdaderamente de vosotras?

Otras personas desaparecen en la fusión de las relaciones íntimas; en la confusión del amor; mueren literalmente desde el punto de vista social, desarrollando una agorafobia, miedo a su expansión en el espacio público (etimológicamente a la plaza): no hay espacio para ellas en el mundo social, el mundo privado sustituye al público. Cerradas en casa, estas personas, generalmente mujeres, pueden vivir durante años sin salir nunca más allá de las inmediaciones del hogar, o hacerlo solamente acompañadas, dedicadas en cuerpo y alma a tener cuidado de los suyos. Hemos hecho ya referencia más arriba a algunos casos de agorafobia, también masculina, como el de Francisco o el de Miguel, a los que tenemos que añadir los casos femeninos de Natalia, Sandra, Rosa o Elena, descritos anteriormente, y a los que podríamos añadir cientos y cientos más. El motivo puede ser la imposibilidad de alejarse de una relación demasiado estrecha, con los padres o los hijos, pero sobre todo con la pareja. Víctimas de una idea equivocada del amor estas personas pueden permanecer atrapadas en una relación durante años sacrificadas en aras de la unión.

Sueños voladores

Este es el caso, entre miles, de Ana, paciente de 54 años en el momento de iniciar la terapia, a la que dedicamos con anterioridad un artículo titulado “*Donde vas con mantón de Manila: el proceso de convertirse en persona autónoma*” (Villegas, 2003). Su padre, ferroviario, murió cuando los hijos eran todavía pequeños. En la actualidad vive con el segundo marido en una ciudad de provincia. Hace algunos años que trabaja en un hospital geriátrico. La madre vive independiente, en la proximidad de su casa y le ayuda en los quehaceres domésticos. Tiene una hija de veinticinco años de un primer matrimonio. Durante los años de su primer matrimonio sufrió durante algún tiempo trastornos de ansiedad con agorafobia, que desaparecieron espontáneamente al separarse del marido

Hubo una etapa de mi vida, cuando estaba casada con mi primer marido, que teníamos tanto trabajo, tanto trabajo, que estábamos 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 otra paciente del grupo] 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, que yo volaba, y 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 sí sé lo que era, como que aquella situación para mí, era superior a mis fuerzas, y una vez rompí con aquello, a mí 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...

De los casos de agorafobia referidos hasta ahora puede detectarse un elemento en común: todos los protagonistas de estas historias se sienten obligados a hacerse cargo de relaciones que viven como limitadoras de la propia libertad. Todos tienen en común la consideración de incompatibilidad entre la libertad autonómica y las obligaciones contraídas por la fatalidad de un destino no escogido libremente o por relaciones que han llegado a ser sofocantes. Este aspecto fatalista y de incompatibilidad autonómica es lo que está sujeto a evolución moral a través del trabajo terapéutico. La superación de esta problemática concreta constituye además una oportunidad por su desarrollo global.

La agorafobia, característica del nivel sociométrico, se convierte en un freno para la autonomía (Villegas, 1993). El *factor determinante de la agorafobia no es el miedo a que me dejen los otros, sino la imposibilidad de dejarlos sin romper mis obligaciones morales*. Afecta a personalidades exploradoras o que sienten la necesidad de independencia (Guidano y Liotti, 2006; Sassaroli y Lorenzini, 1990) las cuales, llegadas a un determinado punto del propio desarrollo, sienten la necesidad de una mayor autonomía que, dadas determinadas circunstancias relacionales o existenciales, se construye como moralmente conflictiva.

Existe a nuestro juicio en la agorafobia un desarrollo cognitivo-social incompleto en el que se equipara la independencia con la ausencia de compromiso moral, según el cual obtener la independencia conllevaría el incumplimiento de las obligaciones. La resolución de este conflicto exige la elaboración de un sistema epistemológico más complejo, a nivel tanto cognitivo como moral, en el que se vean finalmente como compatibles autonomía y compromiso moral o responsabilidad.

AUTONOMÍA

Aunque hemos señalado la consecución de la autonomía como una tendencia presente en todos los organismos, este concepto no tiene un significado homogéneo. La autonomía se puede entender desde un punto de vista funcional, en relación a la posibilidad de un organismo o incluso de un ingenio mecánico de moverse o de actuar solo. O en un contexto social, político o económico, referido a la mutua

independencia de países, grupos o personas. Pero cuando se habla desde el punto de vista psicológico la palabra autonomía se convierte en un constructo mucho más complejo: significa esencialmente capacidad de autodeterminación, es decir, no sólo de actuar o de regirse por sí mismo como un autómatas, sino de decidir según una voluntad intencional, es decir, en base a la elección de objetivos prefigurados de los que uno es responsable.

El ser humano, a diferencia de los otros organismos, se halla en la condición de tener o al menos poder decidir en la mayoría de los asuntos que le conciernen: desde las condiciones de su *habitat* al significado de su existencia. Esta condición en la medida en que el *homo sapiens* se ha distanciado de la naturaleza ya no se lleva a cabo a través de mutaciones genéticas, sino que se ha dejado en manos de la transmisión cultural de la especie humana. A través de la historia la especie humana se ha constituido en organizaciones sociales que se han desarrollado con suerte desigual a lo largo y ancho del planeta. Algunas sociedades son muy abiertas dejando al individuo en una casi total indeterminación en relación a los criterios d'acción, al menos en el área de los asuntos personales. Otras, por el contrario, son muy estructuradas, limitando en la práctica el abanico de las elecciones individuales.

El espacio para la responsabilidad o el grado de libertad de las elecciones personales puede ser muy variable según el marco social donde se desarrolla la actividad individual. Desde el punto de vista psicológico es muy diversa la situación en el matrimonio si la elección del marido o de la mujer ha sido libre o si el compañero conyugal ha sido determinado por los padres de acuerdo con las modalidades tradicionales en una sociedad determinada. En la práctica los dilemas morales y las constricciones a la libertad son muy diversas y, sobre todo, se viven de modo muy contrastante según el nicho cultural donde se desarrolla la historia individual de cada uno de nosotros. Para un indio americano perteneciente a la cultura *navaha* (Reid, 2003) compartir sus bienes con los "hermanos de la tribu", lo mismo que para Lola nuestra paciente oriunda del Sur de España, es un deber y un motivo de orgullo, aunque esta práctica pueda derivar en un grave trastorno personal.

La autonomía, pues, como objetivo terapéutico debe tomar en consideración las modalidades culturales según las cuales se desarrolla la acción humana, no siendo un concepto abstracto, sino históricamente y socialmente determinado. Efectivamente, la persona debe ser capaz de escoger ante la facticidad histórica, social, familiar y material fuertemente determinada, no frente a un mundo ideal de indeterminación absoluta, donde cualquier elección es posible. Arjuna se encuentra ante una elección imposible según sus valores o criterios morales de acción; lo que Krisna intenta hacer no es una intervención terapéutica que tenga en cuenta las vivencias, sino un recuerdo de las obligaciones y deberes de un guerrero. La promoción del desarrollo de la autonomía en el ámbito terapéutico no va dirigido

a promover lo que es éticamente correcto desde el punto de vista de un código axiológico determinado, ni, por el contrario a prescindir de cualquier referencia ética actuando de un modo asocial o anómico para satisfacer únicamente la necesidades, deseos o pulsiones. Está orientada a promover la integración de los varios niveles de construcción moral de modo que la elección pueda ser decidida responsablemente. Ceder a las propias pulsiones y a los propios deseos puede ser vivido en modo anancástico, es decir obligado, no libre, patológico, del mismo modo que no tenerlos presentes en las propias elecciones lleva a la insatisfacción constante, condición que favorece las reacciones ansiosas y depresivas. Desde el punto de vista del desarrollo moral y consiguientemente terapéutico, lo que cuenta no es la elección tomada, sino la articulación de una estructura psíquica capaz de integrar en sí misma los diversos niveles de construcción moral, el tomar en consideración las propias vivencias, las necesidades y los deseos, de hacerlos compatibles dentro de los límites morales de una sociedad o, en los casos extremos, poder justificar la trasgresión, conciliarlo con el bienestar ajeno, incluso si a veces la voluntad de conciliación se demuestre imposible.

Un ejemplo de este intento de integración de todos los niveles de construcción moral en la autonomía nos parece reencontrarlo en el texto escrito por Miguel, el paciente que hemos visto antes superar una agorafobia de largo recorrido después de la separación matrimonial motivada por una experiencia homosexual (Villegas y Turco, 1999). Es una autocaracterización escrita a la final del proceso psicoterapéutico en el que se puede apreciar el pasaje de la dependencia sionómica en que había crecido –el lo era todo para los demás- a la autonomía personal. Este pasaje ha sido muy costoso, por el que Miguel ha tenido que pagar un precio altísimo, que en circunstancias normales casi ninguno de nosotros estaría dispuesto a pagar: la separación de la mujer, el aislamiento social, la interrupción de las relaciones familiares, el alejamiento del hijo.

La autocaracterización de Miguel

Conocer a Miguel ha sido una empresa ardua y nada fácil. Yo como amigo, le tengo en gran estima, porque ha tenido el valor de llegar hasta el final, ha querido buscar su identidad y sólo yo puedo entender lo mucho que le ha costado, lo mucho que ha sufrido y cuán grande es, todavía hoy, su malestar por haber destruido una familia a la cual, en cierto sentido, quería mucho. Lo veo cambiado, lo encuentro más autónomo, abrumado por mil problemas, pero testarudo y seguro de que también se las arreglará solo. No le resulta fácil, porque no tiene nadie con quien hablar, pero dice que esto lo ha querido él; por eso se debe apañar, para él será una experiencia que le ayudará a madurar. Sé que tiene momentos en que se siente perdido, es normal, porque se ha encontrado afrontando la vida de una manera distinta, intentando olvidar lo que hacía por costumbre desde

hacía más de veinte años y desprendiéndose de aquel esquema tan preciso y falso que se había construido e impuesto.

Finalmente ha escuchado la llamada de su identidad, y por un tiempo ha dejado de prestar oídos a las continuas demandas de atención que procedían de los demás; ha pensado por sí mismo y ha ordenado ese “puzzle” enrevesado de su vida. Volverá a escuchar a los demás, forma parte de su manera de ser, pero si primero era “confesor” ahora puede ser una “fuerza”, un punto de apoyo. He dicho que volverá a estar presente para los demás, porque ahora él está separado de todos, vive en la soledad más profunda, se ha vuelto esquivo y cerrado, no tiene relación con ningún familiar, busca de vez en cuando a su hijo, la única persona a la que se siente unido y por quien alimenta un gran sentimiento de amor; pero su hijo también forma parte del círculo de personas que le han abandonado, pero el amor que siente por él inconscientemente lo hace vivir.

Miguel dice que el tiempo madura las cosas y que los verdaderos sentimientos si lo han sido, vuelven a reverdecer. Por ahora, su hijo es la única persona que puede hacer volver la sonrisa a sus labios. Entiende que el comportamiento de Daniel es normal. Miguel era una maestro (así lo definía Daniel) y ahora se ha visto traicionado y por eso solo y en consecuencia debe pagarse un precio por estas cosas. Con su mujer, la relación está acabada, no se ven y no se hablan por teléfono. Es un paréntesis cerrado. Digámoslo francamente, el único amigo, verdadero y sincero, él único que le da las fuerzas para seguir adelante, la única persona que lo sabe entender, que lo sabe aconsejar, que lo sabe mimar en los momentos buenos y malos de la vida, la única persona que está siempre a su lado, día y noche, su verdadero y gran amigo de Miguel es él mismo. Pero Miguel tiene sentimientos y no sabe vivir sin éstos: él sabe amar y quiere amar, y ahora que ha puesto un poco de orden en su vida, a poco a poco está descubriendo la gran suerte que es dar y recibir; repito, recibir “amor”. Sentir tocar y apreciar a quien te está dando amor, a quien te ayuda a expresar lo que sientes y lo que quieres ser. Él me repite a menudo que agradece a sus padres que le hayan traído al mundo; le da gracias a Dios por la fuerza que le da y su presencia asidua y constante, da gracias a la vida por lo que le ha dado, y no por último se agradece a sí mismo, por el valor que ha tenido de buscar la verdad en su interior y da gracias también a quien ha ejercido la misión y ha tenido la paciencia de escucharlo (él no me ha dicho quien es, sólo lo puedo imaginar). Un fuerte abrazo, de quien lo conoce muy íntimamente y con mucha benevolencia.

Miguel ha tenido que enfrentarse a dilemas muy desconcertantes, relativos a lo que él llama la propia “identidad”, a la vez que ha vivido durante todo este tiempo preocupado por el bienestar de su familia, por el temor a que la mujer pudiera

enfermar o intentar el suicidio. Se ha divorciado de su esposa, se ha alejado de la familia, se ha quedado solo, incluso después de poner punto final a la relación homosexual, causante de la crisis. Pero no ha dado marcha atrás, ha entendido que aquella experiencia desconcertante ha puesto de manifiesto su estructura psicológica. Ha intentado explicarse su orientación sexual de forma coherente con sus creencias heteronómicas y sus valores culturales, como una determinismo de la naturaleza y de la biografía: lo que ha sucedido, según él, es que simplemente ha descubierto que esta tendencia estaba presente en él ya desde pequeño, cuando por las condiciones familiares –padre ausente, trabajando en el extranjero, y madre alcoholizada- tuvo que asumir los papeles de mujer de su casa y madre de los otros dos hermanos. Su elección ha sido la de ser sincero y coherente consigo mismo y la de asumir la responsabilidad en esta condición. No hay pues de qué avergonzarse, sino sólo reconocer las propias necesidades y hacerlas coincidir con las propias elecciones de vida. Aunque ha tenido que pagar un precio muy alto por esto, continuará siendo el de siempre, atento a los demás, pero habiendo aprendido además de dar amor, también a recibirlo.

De la dependencia a la autonomía

Tal vez en ningún ámbito como en el de la dependencia emocional sea tan evidente la consecución de la autonomía como objetivo final de la terapia y la concepción epistemológica de ésta como un proceso orientado a promoverla. El caso de Maricel que publicamos en un número anterior de nuestra Revista (Palau, 2003) puede servir de ilustración de este difícil proceso. Maricel, es una mujer de 37 años que a los 26 llegó a un centro de salud mental por problemas de ansiedad y a los pocos meses fue remitida a un grupo de terapia. Por circunstancias ajenas a su voluntad tuvo que abandonarlo al cabo de un tiempo, pero continuó la terapia en el ámbito de la terapia individual. Durante los largos años que ha durado ésta, se produjeron etapas en las que a la agorafobia y a la ansiedad generalizada de base se añadieron episodios depresivos profundos.

En su escrito relata cómo se fue adentrando insensiblemente en una relación de dependencia morbosa con un hombre diez años mayor que ella, el cual la sometía a todo tipo de vejaciones morales y se aprovechaba de ella a nivel económico compartiendo sus bienes y su casa. En el artículo referido se describe con todo detalle el proceso de posesión destructiva a que él la sometió desde el inicio de la relación a través de crear una atmósfera asfixiante y confusa, que en terapia se denominó como “luz de gas”, en referencia a la película del mismo nombre. Pero lo que nos interesa en este punto es destacar cómo la paciente fue labrando su camino hacia la independencia, recurriendo en los momentos más desesperados a la ayuda de familiares y amigos, pero sobre todo implicándose a fondo a través de la psicoterapia en un compromiso por construir su propia autonomía.

Una amiga de mi adolescencia que conocía mis problemas, me invitó a

pasar un fin de semana en su apartamento. Aquel fin de semana representó mucho para mí. Dormí varias horas seguidas después de meses sin apenas conciliar el sueño. Estuvimos en la playa, salimos a pasear por la noche, reímos en la cama, bailamos en el baño. Nos fotografiamos queriendo convertir en inmortales aquellas horas en que sentía la misma energía que cuando íbamos al instituto. Me desahugué. Recobré por unas horas mi libertad y percibí los resquicios de mi aniquilada juventud. Y me pregunté en qué me había convertido... Al mediodía del domingo sentía náuseas al pensar que él iba a venir a buscarme. Apareció como un esperpento y sin dirigirme una palabra me llevó a mi casa como quién baja al reo a cumplir su castigo en las mazmorras.

Al día siguiente, buscando valor pero alterada y temblorosa, le dije que quería acabar definitivamente con nuestra relación porque no nos entendíamos y no podía soportar más tanta presión. Me miró frenético y con odio sin decir nada, como yo ya esperaba. ... Al día siguiente me hizo llegar una carta de amor, acompañada de una caja de bombones. A los pocos días me envió flores y regalos. Después varias grabaciones de música romántica dedicada con hermosas palabras que jamás le había escuchado pronunciar. Empezó a llamarme insistiendo en que atendiera el teléfono y suplicándome que volviera con él. Me repetía que yo estaba muy enferma y que él me cuidaría y me querría siempre. Yo le suplicaba que no me llamara, que necesitaba alejarme de él, que necesitaba estar sola, sosegar-me, reponerme. Pero a él no le importaba lo más mínimo lo que yo necesitara o lo que yo le pidiera. Nunca le interesó. Al contrario, con los años creo que lo que verdaderamente perseguía era tenerme enferma e incapacitada para invalidarme y utilizarme...

Consumida y enferma, y después de promesas y juramentos, reanudé mi noviazgo. Volví a confiar en los buenos propósitos de él, y accedí a que fuéramos a vivir juntos a la casa con la fantasía de que mi cariño haría milagros y lograría extraer una fuente de dulzura que nadie había sabido descubrir. Arriesgué todo a una carta pensando que mi ganancia superaría con creces mis pérdidas. Pero me equivoqué de nuevo. No había dulzura. Y en un estéril desierto perseguí un espejismo creado por mí misma... En realidad, creo que nunca vivimos juntos, sino que se acomodó y se adueñó de la casa. Nunca hubo una complicidad emocional ni una convivencia de pareja...

Un sábado invitamos a cenar a unos de los pocos amigos comunes. Durante toda la comida estuvo rebajándose y en varias ocasiones me levantó la voz. Era su comportamiento habitual, incluso delante de su familia, pero aquella noche me impactó especialmente y cuando se marcharon y fuimos a acostarnos entré en la habitación contigua a la

nuestra y, cerrando la puerta, le dije que no quería dormir con él. Mantuve mi posición durante varios días sin que él se inmutara. Una noche entró sin decir nada en la que ya era mi habitación, me cogió en brazos y me llevó a la suya. Repetí que así no solucionaríamos nuestros problemas, que era mejor hablar, y me dijo que hablaríamos al día siguiente. Pero al día siguiente esquivó el tema, y los siguientes también.

En mis horas más bajas, él presenciaba con repulsa mis pulsos contra mis temores y contemplaba sin piedad mis crisis de ansiedad. No recuerdo una sola caricia, ni una sola palabra de consuelo. Me decía que estaba desquiciada y contaba a nuestros conocidos que yo estaba enferma y desequilibrada, que nunca había sido una persona normal, que estaba en manos de psiquiatras y psicólogos pero que cada vez estaba peor.

Yo notaba que me estaba volviendo loca. En el trabajo me evadía un poco pero cuando se aproximaba la hora de salir me mareaba sabiendo que venía a recogerme y tendría que estar con él... Debilitada y hundida, perdí la poca fe que me quedaba sin saber cómo poner fin a aquel calvario. Me sentía sujeta por unos grilletes de acero que apretaban mis muñecas y mis tobillos sin dejarme escapatoria.

Una fiel amiga que nunca se cansó de alentarme y de infundirme valor me abrió las puertas de su hogar. Y una mañana cuando él volvía de trabajar le dije que me iba unos días de casa y le rogué que a mi vuelta hubiera recogido todas sus cosas y se hubiera marchado. Balbuceando quiso disuadirme recriminándome lo injusta que era con él por no darle la opción de hablar, mientras yo huía apresurada hacia el taxi que había pedido al oírle llegar... Recuerdo con inmenso cariño que llegué a casa de mi amiga desprotegida y espantada. Y ella me mostró mi habitación, me hizo un vaso de leche caliente y me llevó a la cama cubriéndome con dos mantas. Poco a poco disminuyó ese helor que hacía años me había calado hasta los huesos, y me dormí hasta el día siguiente. Me refugié en su hogar como un inmigrante desnudo que llega rogando amparo. Recuerdo con enorme agradecimiento aquellos días, y cómo toda su familia me arropó con su calurosa acogida.

Al segundo día de haberme marchado, él me llamó al trabajo diciendo que teníamos que hablar y queriendo averiguar dónde estaba hospedada, y yo me negaba temiendo sus artimañas. Pero me volvió a embaucar jurando cambiar nuestra manera de vivir... Después de otra noche de desprecios y vejaciones me alojé de nuevo en la otra habitación con el extraño convencimiento de que esta vez era definitiva. Pasé unos días con una curiosa sensación de calma. Allí me resguardé y, sin yo saberlo, configuré una insegura pero pretenciosa guarida. Él me decía que fuera a dormir a su cama porque así se arreglaría todo. Yo le repetía simplemente que la

única manera de resolver los problemas era hablando. Y él recurría a su frecuente: “estás muy equivocada”

Empecé a encontrarme cada vez peor. Me daba cuenta de que estaba cayendo por un precipicio y sin saber demasiado qué me ocurría le expliqué que me estaba poniendo muy mal. La ansiedad y la sensación de ahogo se apoderaban de mí, me sentía metida en un frasco cerrado herméticamente donde no podía entrar el aire. Todos los miedos y las fobias se habían adueñado de mí. Leía ávidamente libros de psicología, de autoayuda, de filosofía, esperando encontrar entre las líneas la clave mágica para salir del diabólico laberinto. Pero todo parecía inútil.

Me sentía atrapada en el espacio y el tiempo y acorralada sin salida. Una invisible soga estrangulaba mi garganta y todo mi alrededor comprimía mi mente y mi cuerpo como una camisa de fuerza. Vivía en una pesadilla de la que no podía despertar, había un muro que no lograba saltar, estaba en un pozo del que no veía salida posible. Estaba enterrada en vida. Toqué fondo y caí en una profunda depresión. A pesar de los antidepressivos y el aumento de la dosis de los ansiolíticos no conseguía mejorar; ni siquiera con hipnóticos podía dormir y evadirme una décima de segundo de aquel suplicio. Nada aliviaba un ápice aquella inexplicablemente inhumana agonía y empecé a tener las primeras ideas de suicidio. Tenía convulsiones, me tambaleaba contra las paredes y subía y bajaba las escaleras tropezando con los escalones. Era incapaz de ir a trabajar y solicité unos días de asuntos propios que pasé sin poder moverme de la cama. Llegué a pesar cuarenta y seis kilos y mis padres, desolados, cocinaban mis alimentos predilectos y me forzaban a comer. Me obligaban a levantarme, a lavarme y a vestirme, y me llevaban al único lugar donde yo quería ir: a ver el mar.

En estos momentos, mientras escribo estas líneas, recuerdo con lágrimas aquellos tremendos momentos de mi vida. Y estoy convencida de que dos cosas me salvaron y me mantuvieron viva: mi psicólogo y el mar... Mi psicólogo se convirtió en mi única referencia a pesar de que insistía en que mi referencia debía ser yo misma. Era, como un faro en un naufragio, la luz que me alumbraba mientras, a la deriva, pateaba extenuada y sin rumbo ahogada en la desesperación. Cuando le decía asustada que me estaba volviendo loca me tranquilizaba con su siempre firme actitud y su siempre sosegada voz contestándome que no, que lo que estaba sintiendo eran síntomas de conflictos que no había resuelto. Sabiamente y con inalterable ternura me ayudaba a ordenar mi trastornado pensamiento y a reestructurar mi perturbada razón... Infatigable, nunca me forzó a enfrentarme a mis propios sentimientos si yo no me sentía preparada para hacerlo. Nunca me avergonzó de mis penosas huidas de mí misma. Nunca

me presionó a tomar ninguna decisión. Me regaló generosamente largas horas de largos años de su inestimable tiempo respetando pacientemente el ritmo de mi proceso de curación.

No sé cuál fue el momento concreto, pero sé que existió un glorioso instante en que una fuerza ya irreversible se derramó por mi cuerpo, mi mente y mi corazón. Y me dije: “ Se ha acabado”. Y una tarde de domingo, alterada pero segura, le comunicué que para mí nuestra relación había acabado definitivamente. Que le concedía un tiempo para buscar algún sitio donde instalarse, y que confeccionara una relación de todas las cosas que había aportado a la casa para poder pagárselas. Tuve la sensación de lanzarme al vacío desde un abismo sabiendo que nada podía ser peor que lo que dejaba atrás.

Supongo que después de tantas veces sin cumplir mi palabra había perdido mi credibilidad, y él no me hizo el más mínimo caso. Dejé pasar unos días antes de recordarle mi decisión y su réplica era repetir que le echaba a la calle como a un perro. Me esforzaba en no dejarme manipular y aún así él conseguía hacerme sentir culpable e incluso dudar de mi determinación. Estuvo meses en casa viviendo como en un hotel. Entraba y salía a las horas que se le antojaba sin dirigirme la palabra ni darme ninguna explicación, ignorándome o clavándome miradas como lanzas. Si él estaba en casa yo lo evitaba. Cuando le preguntaba si sabía dónde y cuándo iba a marcharse contestaba que se marcharía cuando le diera la gana. Le imploré que acabáramos con aquella situación porque yo estaba deshecha, y me contestó que no le importaba cómo estuviera yo. Toda su persona reflejaba una ira bárbara... Hizo caso omiso a mis palabras y después de unos días, temerosa de alguna reacción violenta, pedí a mis padres que se trasladaran a mi casa. Pasados dos días recogió parte de sus cosas y dejó de venir a dormir.

A partir de aquel momento todo cambió. Y a pesar del miedo y las incertidumbres, intenté reanudar mi vida. Cambié las cerraduras de las puertas y me quedé viviendo sola con mi querida perrita. Me deshice radiante de cualquier objeto que tuviera que ver o que me trajera el más mínimo recuerdo de él... Estuvo llamándome por teléfono repetidas veces con múltiples pretextos, para decirme que yo era la mujer de su vida y que me echaba de menos, prestándose para todo lo que yo necesitara. Debo admitir que en algún momento casi me dejé vencer de su espectacular afabilidad. Pero no lo logró. Yo ya había iniciado un camino sin retroceso. Después de tantas derrotas, el último combate lo gané yo.

Me quedé sola. Y me parecía que la tierra entera permanecía inmóvil y silenciosa, descansando desfallecida después de una larga y obligada guerra y esperando sin prisa mi despertar... Torpemente recogí entre las

ruinas los pedazos dispersados de mí misma. Fatigada e incrédula me agarré aquella bendita paz. Y me juré a mí misma que antes de volver a perderla prefería la muerte. Cada día me encontraba mejor y más tranquila, cada vez sonreía más, se relajaban más mis facciones y enderezaba más mi cuerpo. Cada vez iba sola a más sitios y me encantaba más mi soledad. Descubrí que vivir es a veces tan sencillo como comer cuando tienes hambre, taparte cuando tienes frío, dormir cuando tienes sueño.

Mi curación fue larga y costosa. Fue un lento aprendizaje para conducir mi propia vida. Mi autoestima se había ido gestando casi imperceptiblemente, como el nacer de la primavera, y había encontrado el respeto por mí misma a fuerza de constancia y empeño. Mi recuperación fue como volver a acostumbrarme a la luz y a caminar de nuevo después de siglos en una celda. A veces me resulta increíble darme cuenta de cuán lejos estuve del mundo real y cuán cerca de la locura.

Cuando pienso en mi pasado debo admitir que siento una gran rabia por el sufrimiento que padecí y por el precioso tiempo de mi juventud perdido irremediamente. No obstante, hago un esfuerzo por no recordar con rechazo aquella larga y dramática etapa, y sé que es mejor para mí aceptar que aquel capítulo también forma parte de la historia de mi vida. Y si bien aquella experiencia me descubrió la crudeza humana, también me enseñó a apreciar el prodigio de la existencia y me aportó humildad.

En su proceso terapéutico Maricel no sólo se ha liberado de una relación maltratadora y esclavizante, sino que ha hecho importantes pasos para superar las limitaciones a las que le sometía la agorafobia, originada en su seno. Saliendo del profundo pozo de la depresión donde, víctima de su dependencia emocional, se hallaba sumida, ha vuelto a rehacer su vida, estableciendo una nueva relación afectiva con el que ahora es su esposo; ha obtenido el carnet de conducir y dispone de autonomía para viajar en coche u otros medios de locomoción urbanos o interurbanos; ha cruzado todo tipo de fronteras marítimas y terrestres, viajando en todos los medios de transporte de corto, medio y largo alcance, disfrutando de su viaje de novios y de sus vacaciones en tierras del Caribe a las que ha vuelto en varias ocasiones o por distintos lugares de Europa. Como fruto de esta nueva relación afectiva ha llegado también la maternidad, como una nueva forma de regalar su amor de una manera libre y sana

A MODO DE CONCLUSIÓN: ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE PSICOTERAPIA Y CONSTRUCCIÓN MORAL

A Henry Ey (1976) le gustaba definir las neurosis como *patologías de la libertad*. «Si no hay libertad humana -decía- no puede haber locura». De modo parecido Valeria Ugazio (1998) lee los trastornos fóbicos desde la óptica de la

semántica de la libertad. Para nosotros la constricción de la libertad se encuentra en la base de cualquier patología neurótica en la medida en que son los dilemas morales los que ponen en juego su ejercicio espontáneo. El miedo al juicio de los otros, las dudas referidas a los propios derechos y a la legitimidad de nuestro ser, los conflictos relacionales, los sentimientos de culpa, de obligación, el temor a traicionar, a ser infiel a quienes amamos, a no complacer a los demás, etc. se convierten con frecuencia en un freno a nuestra proyección en el mundo.

Retomar esta concepción existencial de la neurosis, entendida como incapacidad de una proyección autónoma en el mundo (Villegas 1981), es una forma constructiva de entender las crisis psicológicas como alternativas de cambio o como posibilidades de crecimiento personal. Constituye, además, la única manera, a nuestro juicio, de otorgar un fundamento y reivindicar la posibilidad de la psicoterapia. Von Gebattel (1964) lo expresaba con estas palabras: *“El psicoterapeuta tiene que ocuparse de los trastornos de la psique humana, cuyo conjunto implica la incapacidad de actuar y tomar decisiones libremente”*. En síntesis, el objeto de la intervención psicoterapéutica es la alienación de la libertad y su objetivo, en palabras del mismo Freud (1939), *“el de otorgar al Ego del paciente la libertad de elegir”*. La psicoterapia, en efecto, promueve el cambio psicológico, que es su esencia. Sin perspectiva de cambio la psicoterapia sería sólo un paliativo, un acompañamiento de consuelo al sufrimiento humano.

En este marco conceptual hemos descrito los trastornos psicológicos de ansiedad como dificultades, vividas, a veces, como insuperables, de enfrentarse a dilemas morales. Estos tienen que ver muy a menudo con situaciones de incompatibilidad entre las tendencias anómicas y las limitaciones heteronómicas o las exigencias sacionómicas. Pero desde el punto de vista psicológico no es un problema que se pueda reconducir a una cuestión de juicio moral, de competencia filosófica o religiosa sobre el bien y el mal, sino como una cuestión que se debe considerar evolutivamente. O sea no se trata de juzgar la bondad o malicia de una acción, ni su mayor o menor adecuación a una situación social en particular, sino más bien de evaluar el grado de desarrollo de los recursos internos puestos en juego para asumir la responsabilidad sobre ella. Lee, la joven secretaria de la película del mismo título, *Secretary*, dirigida por Steven Shainberg, representa una personalidad *borderline* que se autolesiona con un cuchillo de manera irresponsable, inducida por una pulsión que no entiende. Basta que el abogado, su jefe, le dé una interpretación sobre su comportamiento y le ordene no hacerlo, para que no sienta más la necesidad de continuar con esta conducta. Sin entrar en otras consideraciones sobre la película lo que es interesante desde la perspectiva psicológica no es el hecho de detener o continuar con un comportamiento bueno o malo, sano o insano, sino el proceso de construcción de una estructura ausente -la heteronómica- a través de una estructura que viene de una autoridad externa. Desde luego no se puede esperar de esta iniciativa del abogado el efecto de una intervención terapéutica, porque se

limita a llenar un vacío propio con una prestación ajena, pero permite a la joven secretaria regularse y, en definitiva, expresar sus deseos, aunque patológicos, de sumisión. Probablemente desde el punto de vista psicológico esta intervención puede tener una incidencia en la evolución del sistema de construcción moral de la chica, aunque al director de la película, o al escritor de la novela en la que se inspira, no le importe en absoluto la continuación de la historia.

En el proceso formativo habitual son igualmente frecuentes estos pasajes evolutivos mediante las operaciones de identificación o acomodación a estructuras externas, en particular en contextos pedagógicos. Pero no constituyen la finalidad terapéutica. Ésta, como hemos visto, está dirigida a promover la adquisición de la autonomía, lo que significa la posibilidad de armonizar los diferentes niveles de construcción moral en el interior del propio sistema. La ausencia, desarrollo incompleto o invalidación de algunos de estos puede causar grandes desequilibrios. La falta o debilitación de las estructuras anómicas, por ejemplo, puede dar lugar a graves trastornos de ansiedad, sometiendo el sistema a las exigencias heteronómicas de perfeccionismo, como en la anorexia y en la obsesión, o dejándolo caer en el vacío de la depresión, carente de cualquier atisbo de voluntad o deseo, incluso del de seguir viviendo. La ausencia de las estructuras heteronómicas puede facilitar, por el contrario, el desarrollo de tendencias anómicas hetero- o autodestructivas: compulsiones, adicciones, tóxicodependencias, comportamientos antisociales, etc. El predominio de las estructuras siconómicas puede levantarse como una barrera a la autonomía al someter a la aprobación o aceptación de los demás nuestros objetivos o al sacrificar las necesidades propias de libertad al cuidado de los demás.

En estas condiciones el dilema puede presentarse de diferentes maneras. Pero el problema no es la existencia de dilemas más o menos inquietantes, sino más bien la capacidad del sistema de construcción moral para hacerles frente. La psicoterapia debe considerarse, desde esta perspectiva, como una intervención dirigida a facilitar el desarrollo de un sistema de construcción moral capaz de integrar en una estructura coherente y autónoma las exigencias de los diferentes niveles.

El proceso de psicoterapia no es la meta final en la vida de una persona: ésta se encuentra en un constante proceso de desarrollo personal relativo a la evolución de la propia existencia en la que se presentan continuamente dificultades y oportunidades para el desarrollo junto a nuevas exigencias de integración. Erick Erikson (1997) describió el ciclo vital a través de una serie de etapas, articuladas alrededor de tareas fundamentales específicas, que empiezan con la construcción de una confianza básica en la infancia y progresan hasta la integración en la vejez. Característico del pasaje de cada una de estas etapas a la siguiente es la producción de una crisis que requiere una nueva reelaboración de todo el sistema con el que se construía la experiencia y se actuaba frente al mundo.

Pero más allá de las crisis existenciales propias de cada etapa evolutiva, la persona debe hacer frente, a menudo, a problemáticas y dilemas que vienen de los

conflictos entre deseos y obligaciones, necesidades y prohibiciones, expectativas y fracasos, pérdidas de diferentes grados de libertad (espontaneidad, elección, decisión), condicionamientos internos y externos que se establecen como un obstáculo en el camino hacia la estabilidad del sistema.

Estas crisis constituyen momentos particularmente propicios para la reorganización y el desarrollo del sistema. Al principio las crisis del sistema introducen una desorganización que puede ser vivida como una amenaza a la supervivencia. En frente a esta amenaza el sistema atraviesa períodos oscilatorios en los cuales los diferentes subsistemas toman la iniciativa de la situación de forma alterna o predominante con el objetivo de alcanzar una nueva organización coherente. La intensidad de las crisis puede hacer que sea necesaria o por lo menos conveniente la intervención psicoterapéutica.

La psicoterapia crea un contexto dirigido a facilitar este proceso de reorganización espontáneo o guiado hacia un mayor desarrollo del sistema en el que se integran los diferentes subsistemas de construcción moral, regulado por la autonomía.

La intervención psicoterapéutica orientada a la consecución de la autonomía requiere operaciones dirigidas a las tareas características de los diferentes niveles de desarrollo moral, en busca de la integración de los diferentes subsistemas, como:

- a) identificación y reconocimiento de las propias necesidades, sentimientos y deseos (*anomía*);
 - b) reconocimiento respetuoso de los límites establecidos por la ley o la sociedad (*heteronomía*);
 - c) capacidad de descentramiento de las propias necesidades para poder interactuar con los otros en modo empático y solidario (*socionomía*);
 - d) integración de todos los niveles precedentes en una acción responsable, capaz de asumir las decisiones y los compromisos de modo que sobre la base del reconocimiento de las propias necesidades se alcance la capacidad de hacerlas compatibles con el respeto hacia las normas sociales y los objetivos prosociales (*autonomía*).
-

En este artículo se considera la adquisición de la autonomía psicológica como la meta del desarrollo moral. Este pasa por distintas fases desde el nacimiento hasta la vida adulta, que se pueden describir en base al grado de aproximación a la autonomía (desde la prenomía, la anomía, la heteronimia y la sionomía hasta a la autonomía). Los fracasos o conflictos en su consecución repercuten en distintos trastornos psicológicos de acuerdo con cada uno de los estadios o niveles de construcción moral puestos en juego. A su vez la psicoterapia se concibe como un camino orientado a la promoción de la autonomía como forma de superar dichos conflictos.

Palabras clave: desarrollo moral, psicopatología, psicoterapia, autonomía, criteriología

Referencias Bibliográficas

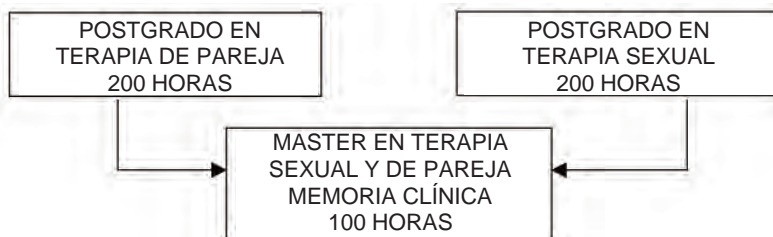
- BINSWANGER, I. (1945). Der Fall Ellen West. Studien zum Schizophrenieproblem. *Schweizer Archives fur Neurologie und Psychiatrie*, 52, 2
- CAROTENUTO, A. (2003). *Il gioco delle passioni*. Milano: Bompiani.
- DEWEY, J. (1975). *Moral principles in education*. London: Lefer & Simons
- DONATI, M. (1998). *Angeli senza ali: Incontri e storie di anoressia e bulimia*. Milano: Positive.
- ERIKSON, E.H. (1959). Identity and life cycle. *Psychological issues*. Monograph, 1.
- EY, H. (1976). *La conciencia*. Madrid: Gredos
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (2000). *Psicoterapia y constructivismo* (3era. Edición). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FREUD, S. (1923). *Das Ich und das Es*. En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur*. En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1932). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GEBSETEL, V. E. von (1964). *Imago Hominis. Beiträge zur einer Personalen Anthropologie*. Schweinfurt: Verlag Neues Forum.
- GILLIGAN, C. (1985). *La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino*. México: FCE
- GUIDANO, V. F. & LIOTTI, G. (2006). *Procesos Cognitivos y Desórdenes Emocionales*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos
- HORNACHER, M. (1998). *Wasted*. New York: Harper & Collins.
- KANT, I. (1946). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa-Calpe
- KANT, I. (1975). *Crítica de la razón práctica*. Madrid: Espasa-Calpe
- KOHLBERG, L. (1976). Moral stages and moralization. En T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior*. New York: Holt, Rinehard & Winston.
- KOHLBERG, L. (1981). *Essays on moral development. The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row.
- LALLA, C. (1992). Idee per una interpretazione costruttivista dei sogni. En A. Semerari, *Il sogno in psicoterapia cognitiva*. Roma: Melusina.
- LORENZINI, R. & SASAROLI, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: NIS
- LORENZINI, R. & SASAROLI, S. (1998). *Paure e fobie*. Milano: el Saggiatore
- LORENZINI, R. & SASAROLI, S. (2000). *La mente prigioniera*. Milano: Raffaello Cortina.
- PALAU, M. (2003). Luz de Gas: historia de un secuestro emocional. *Revista de Psicoterapia*, 54/55, 103-121.
- PÉREZ, N. (2006). Los Beckham se retocan. *La Vanguardia*, 24 de diciembre, 2006. Vivir, 13.
- PIAGET, J. (1976). *The grasp of consciousness*. Cambridge: Harvard University Pres.
- PUIG, J. M. (1996). *La Construcción de la personalidad moral*. Barcelona: Paidós.
- REID, T. (2003). Una perspectiva cultural de la resistencia. *Revista de Psicoterapia*, 56, 83-106.
- SASAROLI, S. & LORENZINI, R. (1990). Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de*

Psicoterapia, 2/3, 95-112

- SELMAN, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- UGAZIO, V. (1998). *Storie proibite, storie permesse. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- VILLEGAS, M. (1981). *La psicoterapia existencial*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universidad de Barcelona
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87
- VILLEGAS, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- 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: Aplicaciones de las técnicas de análisis 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.
- VILLEGAS, M. (2003). Dónde vas con mantón de Manila: el proceso de convertirse en persona autónoma. *Revista de Psicoterapia*, 50/51, 101-162.
- VILLEGAS, M. (2004). Psicopatologías de la libertad (IV): Anorexia purgativa y bulimia o el descontrol de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 58/59, 93-143.

MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA
UNIVERSITAT DE BARCELONA
BIENNIO 2005-2007
4ª PROMOCIÓN

- El MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA está orientado a proporcionar una formación profesional especializada desde una perspectiva pluridisciplinar, predominantemente psicológica, pero con la participación de otros profesionales de la medicina, la pedagogía y el derecho. Adopta una perspectiva integradora entre los diferentes ámbitos y niveles de intervención, buscando su complementariedad. Considera los problemas sexuales y de pareja en su autonomía funcional, al igual que en los contextos en que se producen y mantienen, tanto desde una perspectiva evolutiva, como relacional y sistémica.
- El master tiene una duración de dos años con un total de 50 créditos impartidos en dos módulos anuales de 200 horas por curso, que dan acceso a los correspondientes diplomas de Postgrado. La suma de ambos módulos más un tercero de 100 horas dirigido a completar la memoria clínica culmina en los créditos necesarios para la obtención del título de MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA.



INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA:

- **Requisitos:** Licenciatura en Psicología o Medicina
- **Plazas:** 15/20 por curso
- **Precio de la matrícula** completa por año: 2.000 •

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

- Dr. Manuel Villegas Besora (U.B.) mvillegas@psi.ub.es
- Herminia Gomà Quintilla (I.G.) herminia@institutgoma.com

Información y atención de alumnos: Laura Contino

Lcontino@ub.edu

Lunes y miércoles de 16 a 19 horas y Martes de 10 a 14 horas

Teléfono: 933125135

Con la colaboración de

INSTITUT GOMÀ } { SERVEIS INTEGRALS

EL DIÁLOGO ABIERTO COMO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LA PSICOSIS AGUDA: SU “POÉTICA” Y “MICROPOLÍTICA”

Jaakko Seikkula, Ph.D.

Universidad de Jyväskylä, Universidad de Tromsø y University of Jyväskylä

Email: seikkula@psyka.jyu.fi

Mary E. Olson, Ph.D.

Smith College School

The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychosis is described in this article. This model is known as “open dialogue approach”. Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first-episode schizophrenia are exposed in this article.

Key words: Open dialogue approach, schizophrenia, narratives, therapeutic conversation, reflecting team.

INTRODUCCIÓN

El hospital de Keropudas, en Laponia Oeste (Finlandia), ha desarrollado de forma pionera un procedimiento psiquiátrico basado en el trabajo con la red social y en el lenguaje denominado “Diálogo Abierto”. Uno de los autores (JS) trabajó como miembro del equipo pionero. Jukka Aaltonen, Birgitta Alakare, Jyrki Keränen, and Kauko Haarakangas (Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a), también miembros del equipo, han escrito, igualmente, sobre el procedimiento. Estudios recientes muestran que esta técnica mejora la terapia de personas con primeros episodios de psicosis, reduciendo de manera significativa la hospitalización, las tasas de recaídas y la cantidad de medicación administrada (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001b). La técnica ha obtenido un reconocimiento amplio en los países del Norte de Europa en los que Seikkula, junto con el psiquiatra noruego Tom Andersen, han promovido una red de equipos internacionales que

utilizan el diálogo abierto y los procesos de reflexión en servicios de agudos en Rusia, Latvia, Lituania, Estonia, Suecia, Finlandia y Noruega. Aunque menos reconocido en los Estados Unidos, la técnica merece una atención más detallada como forma de intervención en crisis en problemas psiquiátricos severos.

Deudora de los paradigmas post-modernistas y del construccionismo social, el Diálogo Abierto integra diferentes tradiciones psicoterapéuticas en su origen y evolución. Dentro del postmodernismo, del construccionismo social y del campo de la Terapia Familiar, su punto de partida es el modelo sistémico de Milán. Este artículo comienza con una revisión de los modelos comunicacionales de la psicosis, y su primera parte resume la evolución desde la terapia familiar sistémica a una práctica basada en la red social. Continuaremos especificando el lenguaje de la práctica del Diálogo Abierto y presentaremos una entrevista que permitirá una mirada más cercana a lo que de hecho sucede, momento a momento, en una sesión de tratamiento. Finalmente, y en la última parte, consideraremos los contextos institucionales y de entrenamiento en los que este procedimiento se inscribe y presentaremos resultados sobre su eficacia.

Nuestra incursión en el procedimiento del Diálogo Abierto se basa en los procedimientos descritos por el psiquiatra comunitario Marcelo Pakman (1999). El autor habla de la “poética” y la “micropolítica” de la terapia. El término “poética” se refiere al lenguaje y la comunicación tal y como se practica en los encuentros cara-a-cara (Hoffman, 2002; Olson, 1995). En el Diálogo Abierto pueden identificarse tres principios “tolerancia de la incertidumbre”, «diálogo» y «polifonía de las redes sociales» (Seikkula et al., 2001a). Estos términos recuerdan y transforman los principios del grupo de Milán de hipótesis, circularidad y neutralidad como guías de la entrevista (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980).

La micropolítica, o las prácticas de las instituciones, del Diálogo Abierto tiene que ver con el examen y el contraste. La mayoría de los procedimientos de la Terapia Familiar se han ensayado en los despachos con estrategias que incluían las redes sociales, mientras que el Diálogo Abierto es una práctica comunitaria organizada con redes sociales¹. Se inscribe en las transformaciones de los servicios de psiquiatría de Finlandia y se asocia con una reforma denominada “Tratamiento-Adaptado-a-la-Necesidad” (Alanen, 1997, Alanen, Lehtinen, Lehtinen, et al., 2000). Como Pakman y otros reconocen, los Estados Unidos tienen una necesidad urgente de modelos de diálogo más comprensivos que reconozcan no sólo la poética de las entrevistas en los despachos sino también la política de la burocracia que las constriñe y mata. Mientras que los profesionales americanos batallan con estos problemas de forma caótica en un contexto de servicios gestionados con criterios economicistas (Coffey, Olson, & Sessions, 2001), la experiencia de los servicios finlandeses ofrece una alternativa clara a los problemas más serios.

PROCEDIMIENTOS COMUNICACIONALES EN LA PSICOSIS

Desde los primeros momentos de la Terapia Familiar se tuvo un interés especial en la psicosis y en la esquizofrenia. El proyecto de investigación de Bateson y colegas culminó en un trabajo fundacional sobre el doble vínculo (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). El tratamiento de los pacientes psicóticos y de sus familias fue, en efecto, uno de los puntos de partida significativos de la Terapia Familiar. El concepto de doble vínculo de Bateson proviene del intento de imaginar la clase de contexto comunicacional para el cual el lenguaje y la conducta del psicótico pudieran constituir una adaptación (Weakland, 1960). Escritos posteriores de Bateson y sus colegas (1962) reformularon su teoría original:

“La formula mas útil de definir el doble vínculo no es en términos de alguien que hace el vínculo y su victima, sino en términos de personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de las relaciones con las consiguientes tensiones personales”. (p. 42).

En vez de mirar solamente al intercambio de mensajes, Bateson (1962) cambia y apunta al sistema más amplio de relaciones como el origen de las paradojas.

En las décadas posteriores a la finalización del proyecto de Bateson se realizaron más investigaciones sobre familias con hijos psicóticos. Ninguna de ellas fue tan significativa, en términos de desarrollo de un modelo terapéutico aplicado a la psicosis, como el trabajo del grupo de Milán (Hoffman, 1981). Su investigación fue la siguiente contribución más importante en lo que se refiere a la utilización de una técnica de comunicación aplicada a la psicosis.

Deudores de la teoría del doble vínculo, el grupo de Milán desarrolló lo que denominaron un modelo sistémico para familias con hijos anoréxicos, trastornos severos y psicosis (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata 1978). Los italianos desarrollaron la técnica de la contraparadoja para desenredar la comunicación paradójica. Por ejemplo, ofrecían a las familias una nueva lógica en términos de connotación positiva o de una nueva manera de ordenar las conductas en forma de rituales (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987).

Estas ideas tuvieron un efecto radical en el campo de la familia tanto en los Estados Unidos como en Europa. Aunque solo en unos pocos países tuvo, el modelo de Milán, una influencia perdurable en el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes psicóticos. Por el contrario, en los Estados Unidos se desarrollaron procedimientos psicoeducativos familiares, que provenían de una tradición diferente, al menos en su actitud ante los miembros de la familia. (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980; Falloon, 1996; Falloon, Boyd, & McGill, 1984; Goldstein, 1996; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996). El punto de convergencia entre el Diálogo Abierto y los programas psicoeducativos es la idea de que ni el paciente, ni su familia, son la causa de la psicosis ni el objeto del tratamiento, sino que más bien se les considera como “aliados competentes, o potencialmente competentes, en el proceso de recuperación” (Gleeson, Jackson,

Stavely, & Burnett, 1999, p. 390). Hay otras diferencias entre los presupuestos teóricos del Diálogo Abierto y los modelos psicoeducativos de tratamiento de la psicosis. Más información sobre estas diferencias en Seikkula, Alakare y Aaltonen (2001a).

Finalmente, Michael White (1995) aplicó su práctica narrativa de la externalización al problema de la psicosis. El método reduce las voces hostiles de los psicóticos con síntomas crónicos desplazándolas fuera de la persona en vez de verlas como una manifestación de la experiencia interna. Similarmente, el Diálogo Abierto se orienta hacia el exterior, hacia el diálogo social haciendo un uso más formal de la red social. Excepto en los países del Norte de Europa, la terapia familiar no ha utilizado la red social en el tratamiento de la psicosis aguda.

LA EMERGENCIA DEL DIÁLOGO ABIERTO

De la Terapia Familiar a un Modelo de Redes Sociales

El equipo del hospital de Keropudas utilizaba el modelo de Milán cuando comenzaron a ver familias en los 80, en este intento de hacer terapia sistémica en el sector público pronto encontraron nuevos e inesperados dilemas prácticos. La primera razón para moverse más allá del paradigma sistémico tuvo que ver con la dificultad de convocar a las familias para que acudieran juntas a las sesiones. A comienzos de los 80 solo un pequeño número de pacientes y sus familias atendían a las sesiones conjuntas. Las ideas y las prácticas comenzaron a cambiar buscando soluciones concretas a los problemas.

Aunque el método de Milán era una teoría elegante, los problemas prácticos eran similares, especialmente cuando se traducían a otras culturas y a otros contextos diferentes de la práctica privada. Abundaban los informes de los profesionales sobre el malestar y la dificultad para conectar con las familias cuando se trabajaba con este método (Andersen, 1992, 1995; Hoffman, 1992, 2002; Lannaman, 1998). Las dificultades parecían provenir de la naturaleza altamente sofisticada y abstracta del modelo. Utilizando la metáfora del juego, en el método original de Milán la familia era el objeto de la acción del terapeuta, en vez de ser aliados del proceso terapéutico. Otro conjunto importante de críticas y de revisiones provenían de los teóricos del feminismo y de los defensores de los derechos civiles quienes objetaron la actitud sistémica de neutralidad en situaciones de abuso y de violencia (Goldner, Penn, Scheinberg & Walker, 1990; MacKinnon & Miller, 1987).

En 1984, el hospital de Keropudas reconoció el efecto negativo de una evaluación de las familias que las cosificaba y distanciaba, lo que llevó a una reorganización de las formas de admisión al hospital. Los profesionales comenzaron a organizar sesiones de tratamiento previas a cualquier tipo de terapia. Constituyó una motivación adicional para el cambio el hecho de que, siendo el hospital parte del sistema público psiquiátrico, los temas de igualdad y accesibilidad a las prestaciones de todos los pacientes fueran centrales. En la práctica finlandesa

todos los pacientes tienen el derecho a ser aceptados, y no solo aquellos que son derivados, y además desean ser atendidos, para realizar terapia familiar. Alanen y su equipo en Turku desarrollaron la idea, original, de las sesiones de tratamiento como parte del procedimiento adaptado-a-la- necesidad (Alanen, 1997).

Pasado el tiempo, estas sesiones de tratamiento evolucionaron y se convirtieron en el foro terapéutico fundamental. Primero las ideas constructivistas, y después las dialógicas (Bakhtin, 1984; Vygotsky, 1974 y Voloshinov, 1996) ayudaron a entender los nuevos fenómenos que aparecían en la práctica de organizar sesiones abiertas a la red social, en marcado contraste con las sesiones de terapia familiar. La invención de Andersen (1990, 1992) del equipo reflexivo y el lenguaje sistémico de colaboración del grupo de Galveston (Anderson y Goolishian, 1988) crearon el contexto clínico significativo para el desarrollo de lo que más tarde se denominó el Diálogo Abierto.

La organización de las Sesiones de Tratamiento

Con el objetivo de dar una ayuda inmediata a la crisis, el formato básico del Diálogo Abierto es el de la sesión de tratamiento, sesión que tiene lugar dentro de las 24 horas posteriores al contacto inicial. Se organiza por un equipo de crisis compuesto por profesionales hospitalarios y de centros ambulatorios y tiene lugar en el domicilio familiar, si ello fuera posible. Se convoca a la persona con el problema agudo, al equipo de profesionales y a todos aquellos conectados a la situación (por ejemplo, familiares, amigos y otros profesionales). Físicamente la sesión tiene lugar como un foro abierto con todos sentados en la misma habitación formando un círculo.

La responsabilidad de movilizar al equipo y convocar la sesión descansa en el primer profesional con quien la familia contacta. Quienes toman la iniciativa de organizar la sesión, asumen la responsabilidad de conducir el diálogo. Se fija de antemano si todos los miembros del equipo harán preguntas o si lo hará uno solo que, además, facilitará que todos los presentes dialoguen. La composición del equipo varía de acuerdo con la situación específica y el historial de tratamientos de la familia, en cualquier caso se invita a todos los terapeutas que han tenido algún contacto con ella.

Las decisiones sobre la continuidad de la terapia, la medicación y la posibilidad de hospitalización se discuten con todos presentes. No existen reuniones al margen de profesionales para la planificación del tratamiento. Se aconseja discutir todos estos problemas en la sesión conjunta y una vez la familia ha tenido la oportunidad de expresar sus preocupaciones. El resultado de la sesión se resume al final, especialmente las decisiones que se tomaron; si no se hubiera tomado decisión alguna se concluye de forma clara esa falta de conclusiones. La duración de las sesiones varía, pero generalmente una hora y media suele bastar.

Esté o no hospitalizado el paciente, el mismo equipo continúa en contacto con

la persona afectada y su red por un periodo breve de tiempo en unos casos y, en otros, por mucho más tiempo, hasta que la urgencia de la situación y los síntomas remitan. La idea de la “continuidad psicológica”, de la implicación continuada del mismo equipo, es crítica en este procedimiento. El equipo continúa en contacto con la familia hasta que queda claro que están fuera de peligro. Nuestro tratamiento no utiliza el largo intervalo entre entrevistas propio de Milán y da más relevancia al papel del discurso y del lenguaje en las crisis psicóticas. Las intervenciones en crisis no fueron contempladas por el modelo de Milán, los italianos veían las crisis como un “movimiento” en el “juego familiar”, siendo responsabilidad del equipo responder de forma estratégica para desafiarlo (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978). De modo que ver a las familias diariamente y trabajar de forma intensiva con ellas constituye otro cambio importante con respecto del modelo de Milán.

No obstante las diferencias, este primer paso, las sesiones frecuentes de tratamiento, se vio facilitado por la capacidad de evolución que parece inherente al modelo de Milán. Como dice Lynn Hoffman, el modelo sistémico es «menos un conjunto de procedimientos que un modelo de “aprender a aprender”, enseña a los profesionales a pensar de forma reflexiva y a transformar sus propias premisas y conductas a tenor de las dificultades y bloqueos (Boscolo et al., 1987, p. 28).

A comienzo de los ochenta, Boscolo y Cecchin se inspiraron de forma creciente en los investigadores cibernéticos como von Foerster, Varela y Maturana, quienes proponían la cibernética de segundo orden. Afirmaban que no podía hablarse de un sistema observado al margen del observador, sino más bien de un “sistema de observación” que toma en cuenta las lentes de quien observa. De forma que cualquier encuentro con una familia es, en parte, el producto de las ideas que los profesionales llevan a la entrevista. Las semillas de este cambio hacia la segunda cibernética están presentes al final de la compleja carrera del grupo de Milán, notablemente en su trabajo sobre las preguntas circulares (Selvini-Palazzoli et al., 1980). El trabajo analiza el proceso de la entrevista, más que las características de la familia, y anticipa el giro hacia el lenguaje que el campo tomaría más tarde cuando se centró en el método conversacional más que en la intervención misma.

La transformación inicial en el equipo finlandés, que provocó otros muchos cambios, tuvo que ver con las ideas de la segunda cibernética y empezó cuando el equipo cambió su relación con la familia e incluyó a todo aquel que estuviera implicado con ella como a un igual. Se abandonó el uso de la analogía cibernética, así como las metáforas sobre la visión y la observación, reemplazándolas primero por las metáforas de la voz y la escucha, y después por aquellas relacionadas con las sensaciones y el tacto (Hoffman, 2002). Y por encima de todo, la idea persistente de que la terapia es un proceso creado de forma conjunta, con un énfasis deliberado en los intercambios hablados y en los circuitos de diálogo. El Diálogo Abierto ha retenido otras ideas importantes de la tradición Bateson-Milán, como la comunica-

ción y el énfasis en la afirmación, a pesar del abandono de la connotación positiva.

LA POÉTICA DEL DIÁLOGO ABIERTO

Tolerancia e Incertidumbre

El lenguaje de las sesiones de tratamiento del Diálogo Abierto resulta bastante diferente del utilizado en otras formas de terapia de redes sociales. Como se dijo antes, el fundamento de la entrevista descansa en los principios de “tolerancia de la incertidumbre”, “diálogo” y “polifonía”. A continuación consideraremos cada uno de ellos de forma independiente, aunque se co-impliquen y se den conjuntamente. La Tolerancia de la Incertidumbre es la contrapartida, o lo opuesto, del uso sistémico de la generación de hipótesis o de cualquier otro procedimiento de evaluación.

En la práctica, la tolerancia de la incertidumbre tiene que ver con las reuniones frecuentes y la calidad del diálogo. Es importante que las reuniones sean lo suficientemente frecuentes, diarias incluso, para que la familia no se sienta sola en la crisis. El equipo establece con cuidado la agenda de entrevistas e incluye la posibilidad de contactos diarios en los 10-12 días posteriores al comienzo de una crisis seria.

Aún más, la incertidumbre solo puede tolerarse si se percibe la terapia como segura. Todas las crisis severas requieren que por un cierto tiempo terapeutas y familia toleren las ambigüedades inherentes a la crisis; afortunadamente el lenguaje es el hilo de Ariadna para manejar esas ambigüedades. Parte de las condiciones de seguridad tienen que ver con prestar una gran atención a crear un contexto terapéutico, o “escenario” de confianza, para que las ansiedades y los miedos derivados de la crisis puedan contenerse y ser objeto de mediación. Se crea inicialmente un contexto de seguridad escuchando y respondiendo al punto de vista y a la voz de cada persona, esto es, legitimando a cada participante. Si se construye la confianza, habrá más posibilidades para los recursos psicológicos (o lo que hoy llamaríamos “dialógicos”) de la familia y del paciente, quienes pasan a poder expresar sus experiencias y dificultades cuando previamente no disponían de un lenguaje para expresarlas.

Este procedimiento mantiene abierta la pregunta “¿Qué se debería hacer?” hasta que el diálogo colectivo por sí mismo produce una respuesta o disuelve la necesidad de una acción. Una advertencia, las conclusiones rápidas y las intervenciones tradicionales hacen menos posible que pueda alcanzarse la seguridad y la confianza, o que se resuelvan genuinamente las crisis psicóticas. Se evitan particularmente las hipótesis porque pueden silenciar e interferir con la posibilidad de encontrar una forma natural de reducir la crisis (Andersen, 1990). Por lo tanto los terapeutas entran sin una definición previa del problema con la esperanza de que el diálogo por sí mismo llegue a generar nuevas ideas e historias.

Finalmente la tolerancia de la incertidumbre es diferente, aunque recuerda, la

posición de “no-conocer” propuesta por Anderson y Goolishian (1992). El grupo de Galveston define una manera de conocer en la que el cliente es el experto y el profesional el que aprende. El procedimiento finlandés define una forma de estar con los otros y con uno mismo como una forma ligeramente diferente de conocer. Es lo que Rilke (1984) quería decir cuando escribió, “*vive tu propio camino como la respuesta*”.

Énfasis en el diálogo

La idea de Bakhtin (1984) sobre el diálogo como el marco de comunicación entre el equipo, la familia y la red social está muy relacionada con la tolerancia de la incertidumbre. Además de la construcción de la red, esta forma de trabajo implica un esfuerzo para reducir el aislamiento mediante el desarrollo de un diálogo entre el paciente y las personas implicadas con él. Desde la perspectiva del construccionismo social, la psicosis es una alienación temporal, radical y terrorífica de prácticas compartidas de comunicación: una “tierra de nadie” donde no hay palabras que expresen experiencias imposibles de soportar y, por lo tanto, el paciente no tiene voz ni capacidad para la acción (Holma, 1999; Seikkula, 2002). El objetivo del terapeuta es el desarrollo de un lenguaje verbal común que exprese esas experiencias que de otra forma permanecerían dentro del discurso psicótico, de sus voces privadas e internas y de las alucinaciones.

La idea de diálogo de Bakhtin y su adaptación a la psicosis, deriva de una tradición que contempla el lenguaje y la comunicación como constitutivos primarios de la realidad social. La construcción de palabras y el establecimiento de una comunicación simbólica genera voces, identidad; promueve la autonomía (agencia) que se da “entre las personas” (Gergen, 1999). Las crisis ofrecen la oportunidad de hacer y rehacer la trama de las historias, las identidades y las relaciones que constituyen el yo y el mundo social.

De esta forma el Diálogo Abierto traduce el concepto de Bakhtin de dialogismo en términos de un proceso co-evolutivo de escuchar y comprender. Ideas que son similares a las del filósofo francés Jean-Francois Lyotard, que toma prestado de los juegos de lenguaje de Wittgenstein el llamado “juego sin autor”, contrario al “juego de la especulación” de la filosofía y el debate occidental. Lyotard describe el “juego de la audición” como un “juego de la justicia” en el que “lo importante es escuchar”, y cuando se habla, “uno habla desde el oyente” (Hoffman, 2000).

Visto de esta manera, escuchar es más importante, en el Diálogo Abierto, que entrevistar. Por esta razón, las primeras preguntas en una entrevista de tratamiento son tan abiertas como sea posible para dar el máximo de oportunidades de hablar a los miembros de la familia y a la red social sobre los problemas que consideren más relevantes en aquellos momentos. El equipo no decide de antemano los problemas.

Para promover el diálogo desde el comienzo, una de las tareas del (los)

entrevistador(es) es “responder” a lo que el paciente y los otros han dicho. Sin embargo, las respuestas generalmente toman la forma de más preguntas que se basan en lo que el paciente ha dicho previamente. Desde la perspectiva de Bakhtin, toda frase pronunciada requiere una respuesta. Hay una estética (una unión entre una expresión y la respuesta) en el diálogo, que lo hace “diálogo”, más que “monólogo” (que implicaría un hablante sin el consiguiente oyente -Volshinov, 1996).

Al describir el término “heteroglosia”, Bakhtin afirma que el significado no es fijo e intrínseco, aunque las palabras conserven trazas y fragmentos de significados de nuestra herencia lingüística múltiple. Como quiera que el significado acontece solamente en un intercambio continuo, el hablante y el oyente están íntimamente unidos a la hora de generar el sentido del episodio psicótico. El proceso terapéutico requiere una participación creativa en el lenguaje que atiende no solamente lo que la gente dice, sino también los sentimientos existentes y las respuestas sensoriales que fluyen entre ellos. Dentro de los límites del territorio del diálogo en el que la persona, los otros significativos y los profesionales se encuentran, debe ser posible crear el lenguaje del dolor que pueda dar voz al sufrimiento.

Polifonía

En el Diálogo Abierto no hay objeto (ni estructura o juego) a cambiar por la terapia. En vez de ello, hay muchos sujetos formando una polifonía de voces. Fueron Anderson y Goolishian (1988) quienes propusieron por primera vez el paradigma lingüístico desafiando la noción de una estructura relacional o sistema de comunicación existente dentro de la familia. La posición post-estructuralista que White (1995) adopta es parecida.

El equipo ya no se centra en la estructura familiar, sino en todos los individuos implicados. Lo que significa que se crea el “sistema” en cada diálogo nuevo, donde la conversación misma construye la realidad, y no las “reglas” o la “estructura” de la familia. A diferencia del procedimiento sistémico, que se centra en intervenir para cambiar el sistema, el procedimiento del diálogo se ha designado para crear un lenguaje común que permita que los significados de las personas que sufren lleguen a verse con mayor lucidez dentro de la red social más inmediata.

Uno de los aspectos positivos del Diálogo Abierto es que permite a cada persona entrar en la conversación con su propio estilo. El procedimiento usual es que el entrevistador comience con quien demandó la sesión y después se mueva hacia los restantes explorando sus preocupaciones. Se hacen preguntas que ayudan a dar la voz, como “¿Cuándo comenzó a preocuparse por su hijo?” Y lo que es de mayor importancia, el entrevistador atiende de forma meticulosa a quienes están sufriendo, cuyas palabras y significados conforman el centro del diálogo. En contraste con el uso sistémico de las preguntas circulares, el énfasis dialógico implica multiplicar las expresiones, sin intentar desvelar una verdad en particular.

Una regla importante es que todos los presentes tienen derecho a hacer sus comentarios. Las preguntas o reflexiones de los profesionales no deben interrumpir el flujo del diálogo a menos que lo que digan encaje con el tema que se discute. Pueden comentar bien haciendo otra pregunta relacionada con el tema, bien comentando con los otros profesionales (reflejando) lo que se dijo (Andersen, 1995). La alternancia de hablar y escuchar en el proceso de reflejar genera nuevas oportunidades de reconstruir las experiencias del paciente y de su familia (Andersen, 1995; Seikkula, Aaltonen, Alakare, et al., 1995).

Aunque influido por la idea del equipo reflexivo, el Diálogo Abierto implica una discusión menos estructurada y más espontánea. Las reflexiones de los profesionales, que pueden haber trabajado en la misma institución por años, se producen de forma improvisada, frecuentemente durante los momentos más estresantes y difíciles. Las reflexiones tienden a reasegurar emocionalmente y ayudan a crear una historia alternativa a lo comunicado por la persona psicótica.

Cuando aparecen las diferencias, la esperanza es poder dar cabida a todas las voces y de esa forma animar la escucha y el intercambio, más que la polarización (correcto/erróneo). Ello no significa que todos han de aceptar todos los puntos de vista; se puede discrepar. Los cambios positivos pueden tener lugar por el mero airear las diferencias en un clima de seguridad. El objetivo es generar una comprensión conjunta, más que alcanzar un consenso. Nos esforzamos en hablar sobre cualquier asunto relevante para el paciente o su familia solamente en presencia de ambos, incluyendo los comentarios a la reunión misma. Por lo tanto la post-sesión es mínima.

Así, y aunque la base sea la tradición del equipo de Milán, el Diálogo Abierto ofrece un ejemplo importante y bien desarrollado del paradigma post-moderno (Andersen, 1995; Anderson, 1997; Anderson & Goolishian, 1992; Hoffman, 2002; Penn, 2001). De acuerdo con Derrida (1971), no existe “una esencia rigurosamente independiente de aquello que le sirve de vehículo” (p. 229). En otras palabras, no existe una concepción de la verdad o de la realidad que pueda conocerse como separada de, o fuera de, la expresión humana. El ingrediente terapéutico proviene del efecto del diálogo sobre la red social en la medida en que nuevas palabras e historias pasan a crear un discurso común. Para conseguirlo el lenguaje utilizado en la sesión tiene el doble propósito de mantener a la gente unida el tiempo suficiente (tolerancia de la incertidumbre) para que se pueda dar voz a lo inexpresable (diálogo) con la ayuda de los otros relevantes de la red social (polifonía).

LA HISTORIA DE PEKKA Y MAIJA

El siguiente diálogo es excepcional porque los síntomas psicóticos de Pekka desaparecieron en el curso de la entrevista; siete años después sigue sin ellos. El resultado no es el típico, las crisis psicóticas suelen durar de dos a tres años. Sin embargo, el caso ilustra muy bien el proceso terapéutico, en el que las palabras se

construyen de forma conjunta para experiencias todavía-no-expresadas. Es imposible estimar cuánto durará este proceso. En algunos casos, como el que presentamos, sucede en la primera sesión, mientras que en la mayoría de los casos se requieren más conversaciones.

Fue el médico de atención primaria quien atendió a Pekka, un hombre de 30 años, casado, empleado en una ferretería. Pekka afirmó que era víctima de una intriga, y que los hombres que participaban en la conspiración querían darle caza. El médico contactó con el equipo de admisión del hospital psiquiátrico y se concertó una entrevista. Estaban presentes Pekka, su esposa Maija, el médico de atención primaria (M), un psicólogo (P) y tres enfermeras². El equipo se encontró con un hombretón alto y fuerte con una esposa mucho más pequeña. Fue la esposa la que los llevó hasta la habitación en la que se sentaron unos junto a otros. En la primera parte de la entrevista Pekka hablaba y Maija permanecía en silencio, pero mirando a su marido que, a cada momento, le devolvía la mirada buscando su aprobación a lo que decía.

Cuando el equipo intentó por primera vez entrevistar a Pekka, su discurso era psicótico e incoherente, siendo imposible entenderle. Durante la primera media hora la entrevista saltó de un tópico a otro, sin poder desarrollar conjuntamente un tema. La situación finalmente cambió cuando una de las enfermeras preguntó a la esposa de Pekka sobre sus preocupaciones. La pregunta inició un diálogo en el que el discurso psicótico de Pekka comenzó a cambiar.

Maija: Bueno, Pekka ha estado viendo cosas. Sospecha de todo el mundo.

Pekka: [Si, y....³

Maija: Desde mi punto de vista, todos están un poco irritados con él.

Pekka: [...y yo estaba diciendo que no...

Maija: Y si uno dice algo sobre el futuro....

Pekka: [....Si ella está bastante nerviosa, aunque....

Maija: ...tuvimos la misma situación hace ocho años.

Pekka: [Fue un lío

Maija: Continuamente tenía miedo de su padre; pensaba que su padre quería matarlo.

P: ¿Cómo se resolvió aquello? ¿Tuvo algún tratamiento?

Maija: No, no tuvo tratamiento alguno. No recuerdo cómo pasó aquello, quizás solamente fue disminuyendo...

Maija comienza dando una descripción coherente y ofrece detalles que posibilitan que el equipo comprenda en mayor medida la situación. Sin embargo, durante esta parte de la entrevista Maija y Pekka hablan de forma simultánea, entrando, de esta manera, en una conversación polifónica. El equipo no intenta estructurar la conversación sugiriéndoles tomar turnos. En vez de ello, aceptan el estilo de la pareja y la forma que eligen para conversar. Después de este intercambio inicial, Pekka empezó a hablar de forma más lúcida, muy diferente de la desorga-

nización de sus comentarios y pensamientos iniciales. Este atisbo de claridad señaló el comienzo de un lenguaje común para hablar de la situación.

Cuarenta minutos más tarde, Maija y Pekka comenzaron a describir los acontecimientos que llevaron al comienzo de la psicosis. Su narración ofrece un cuadro muy visual y vivo de lo que había pasado, creando una narración de experiencias que antes sólo existían como fragmentos de narración desprovistos de contexto. Este cambio tuvo lugar dentro de una conversación en la que el entrevistador pidió una descripción cuidadosa y lenta de los acontecimientos que llevaron a la crisis. Cuando, como consecuencia de la conversación, Pekka pudo poner en palabras su experiencia, sus expresiones psicóticas desaparecieron.

Maija y Pekka estuvieron de acuerdo en que los síntomas psicóticos comenzaron un viernes. El psicólogo pidió más detalles sobre lo que sucedió. Pekka explicó que las fiestas se aproximaban y que como no trabajaba, no tenía dinero para hacer regalos. Su antiguo jefe le debía un dinero que tenía que haberle pagado. Sufrió de una agonía mortal por este dilema. Pedir el dinero podía implicar poner en riesgo la amistad que tenía con su antiguo jefe, pero no pedirlo implicaba no poder ejercer de padre para su propia familia ya que no podía comprar los regalos de Navidad. A pesar de su profunda ansiedad Pekka decidió llamar a su jefe y pedirle el dinero. Pero el jefe le respondió de mala manera, acusándole de chantaje. Durante esta terrible conversación hubo, por casualidad, un apagón eléctrico en el distrito. Así describe este momento:

P: ¿Así que Ray (su antiguo jefe) te dijo que le estabas chantajeando?

Pekka: Sí, y ...

M: ¿Y ese fue el fin de la llamada?

Pekka: No, no en ese momento. Fue después de decirle que “no te estoy chantajeando, desde luego, pero si en algún sentido lo estoy, es porque necesito el dinero para los regalos de Navidad.”

P: ¿Le prometió algo durante la llamada telefónica?

Pekka: Dijo, “Está bien, veré qué puedo hacer”. Y en ese momento sucedió el apagón. Fue un lío terrible. El ordenador, la electricidad fluctuaba... Sentí que de alguna manera contactaría conmigo.

P: ¿Fue eso lo que le inquietó?

Pekka: Bueno, empecé a pensar que realmente él se estaba asustando...

Maija: Cuando se fueron las luces.

Pekka: Lo tome como una suerte de signo de que el chantaje funcionaba ...

En este punto acontecimientos que previamente no habían sido historiadados comienzan a ser contados. Parecía como si Pekka hubiera estado bloqueado por órdenes contrapuestas que no podía comentar y de las que no podía salir. Interpretaba la terrible coincidencia del apagón en el contexto de su situación. El equipo comenzó a ver la paranoia de Pekka como la culminación de muchos meses de

tensión extrema por no tener dinero. El equipo animó a la pareja a que diera más detalles sobre la secuencia de acontecimientos. Conforme los fueron dando ayudaron a deconstruir la psicosis hablando de las emociones que atribulaban a Pekka en el comienzo de sus síntomas. El entrevistador tenía la impresión de que Pekka revivía durante la entrevista el terror que podía haber experimentado inicialmente cuando empezó a alucinar. Con objeto de nombrar los miedos de Pekka, el entrevistador le preguntó sobre lo primero que pensó inmediatamente después del apagón:

P: ¿Suenan como si tuviera miedo de morir?

Pekka: Bueno, no tanto. Pero sí pensaba que lo mejor era salir de aquello. Uno nunca sabe, cuando Ray se pone tan agresivo y a discutir, no se puede saber qué hará...

P: ¿Cuál fue su primer pensamiento? ...

Pekka: ...que si venía ... que nada se podría hacer para pararle ...

M: Que iba a buscarle

Pekka: Sí, que vendría

M: Que vendría y le mataría, ¿es eso?

Pekka: Bueno eso es lo, eso es lo... eso es, desde luego, lo peor que podía hacerme...

Para definir la experiencia emocional de Pekka, el entrevistador utiliza palabras de un contenido fuerte: “Venía a matarle, ¿era así?” Esta afirmación del equipo dio una expresión nueva, clara y concreta al miedo de Pekka de una forma que inmediatamente aceptó. La sensación de seguridad y confianza en la entrevista y la conexión entre Pekka y el equipo se había desarrollado lo suficiente como para permitir entrar en los miedos más peligrosos. Esta interacción ilustra las consecuencias dialógicas de tolerar la incertidumbre.

En este punto el equipo comienza a comentar (reflejar) entre sí. Las reflexiones en el Diálogo Abierto tienden a ocurrir cuando las personas hablan de los elementos más terroríficos de su experiencia, existiendo el peligro de que se desorganicen. En las reflexiones el equipo utiliza una actitud de “connotación lógica”. El término “connotación lógica” es más apropiado que el de “connotación positiva” que entiende los síntomas desde unas premisas o mitos más benevolentes (Boscolo et al., 1987). La connotación lógica describe cómo una experiencia difícil tiene sentido en un contexto particular. Además la conversación reflexiva entre el equipo observa los principios dialógicos, en donde lo fundamental no es intervenir sino crear un lenguaje que reconstruya la voz y la capacidad de control (agencia) de la pareja. Es tarea del equipo buscar activamente nuevas formas de entender el problema. Los temas que desarrolla los toma prestado de (y los construye sobre) los términos utilizados por Pekka y Maija.

P: ¿Pueden esperar un momento para que podamos discutir entre nosotros?
¿Qué pensáis? ¿Qué se os ocurre?

M: Bueno, empiezo a pensar, conforme oigo a Pekka, que es del tipo de hombres que se preocupa más de los problemas de los otros que de los suyos.

Pekka: Así es un poco ...

P: ¿Más que de los suyos?

M: Sí, más de los problemas del vecino que de los suyos.

P: Quieres decir que cuando Pekka le pidió a Ray el dinero para el fin de año, comenzó a preocuparse sobre cómo se sentiría Ray ...

M: Sí.

P: Le preocupaba más cómo se sentiría Ray que el hecho de que el dinero le pertenecía.

M: Sí, y también pienso lo difícil que era la situación ... Me pregunto si Pekka es del tipo de hombres que les cuesta luchar por sus derechos y perseguir lo que les pertenece [...]. También me pregunto si Pekka suele describir las cosas tan detalladamente como lo ha hecho aquí, o es el producto de su necesidad y de su miedo. O un signo de que quiere que entendamos algunos problemas en profundidad. Explicó detalladamente algo que es difícil de entender, algo que es difícil de ver.

P: Bueno, podría ser que cuando uno no entiende qué pasó, ello es una buena razón para explicar de forma muy exacta qué sucedió. “¿Qué sentido tenía?” y “¿qué me hizo pensar que...?” De alguna forma el todo ha desaparecido y por esa razón uno tiene que buscar los detalles para comprender qué significan.

M: Y las cosas que se aportan y las razones que se dan también pueden ser un signo de que el todo desapareció, de que uno no sabe exactamente qué sentido tienen las cosas...

P: [refiriéndose a un momento previo de la entrevista cuando Pekka explicó que la televisión le daba mensajes privados] Efectivamente, puede ser difícil distinguir qué es importante y qué no lo es. Es horrible estar viendo la televisión siendo consciente de que hay cosas que sólo tienen significado para uno mismo, aunque los programas se hayan hecho en algún lugar de América.

M: ... hace muchos años.

Mediante el diálogo los miembros del equipo reflejan los incidentes que Pekka y Maija han descrito. Al final de la sesión, el entrevistador vuelve sobre los incidentes narrados al principio para cerciorarse de si Pekka continúa con sus ideas psicóticas sobre el apagón y las reacciones de su antiguo jefe. El psicólogo pregunta a Pekka si piensa que ambas cosas fueron una coincidencia, a lo que responde que efectivamente ahora piensa que sí. El equipo coincide que si Pekka piensa ahora que no hubo poderes mágicos que influían en la relación con su antiguo jefe, no puede considerársele psicótico. Con este cambio Pekka muestra un nuevo sentido de

control (agencia), en marcado contraste con el sentimiento de fatalidad del principio.

En este ejemplo de Diálogo Abierto el lenguaje evoluciona hasta describir la terrible paradoja de estar atrapado entre su familia y su jefe que sufría Pekka. Es posible interpretar esta situación psicótica desde la perspectiva de la teoría del doble vínculo y tomar nota de cómo nombrar y comentar la experiencia le libera de su cautividad. No obstante se abandonó el concepto de doble vínculo porque tiende a sugerir una “realidad-que-está-ahí fuera”, para cambiarlo por el de una “conversación dialógica” que puede construir un camino de salida del mundo psicótico. Desde este punto de vista, la entrevista de tratamiento se define como un lugar en el que pueden encontrarse las palabras para hablar de cosas difíciles, dentro del movimiento recursivo, hacia adelante y hacia atrás, de la trama de la conversación.

MICROPOLITICA DEL DIÁLOGO ABIERTO

La eficacia del procedimiento del Diálogo Abierto se liga inextricablemente a sus contextos institucionales y de entrenamiento. Desde 1984 el Hospital de Keropudas ha venido desarrollando la técnica sistémica y las sesiones de tratamiento se han institucionalizado como el procedimiento estándar de admisión. Todo el personal (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales) completa un entrenamiento de tres años en Terapia Familiar. Las habilidades se enseñan de forma democrática, asumiendo que cualquier profesional entrenado es capaz de adquirirlas. Esta ética democrática con respecto del entrenamiento es parte de una ética más general de participación y de humildad de la cultura terapéutica de Keropudas.

En Laponia Oeste el sistema nacional de salud permite a los profesionales trabajar en equipo, al contrario que en USA, donde el modelo de gestión económica de servicios lo ha minado (Coffey et al., 2001). La sesión de tratamiento basada en el equipo parece haber tenido un efecto particularmente benéfico en el hospital de Keropudas que ha terminado por imponer la participación de los profesionales del hospital en los equipos de crisis radicados en la comunidad, mientras que los profesionales comunitarios participan en las sesiones de los servicios hospitalarios. Esta forma de trabajo en equipo reduce la rigidez de perspectiva sobre los problemas de salud mental en la medida en que los profesionales participantes tienen posiciones diferentes dentro del sistema hospitalario.

Así las cosas, el procedimiento de Diálogo Abierto no es sólo un modelo que se aplica como un conjunto de prácticas establecidas dentro del hospital. Implica, igualmente, una integración con otras formas de psicoterapia especialmente con la terapia individual, pero también con la terapia familiar tradicional, la terapia artística, la terapia ocupacional y otras clases de servicios de rehabilitación. El modelo dialógico no solamente organiza el contexto de tratamiento sino también el profesional. Por esta razón el equipo original no ha tenido la misma corta existencia

de otros muchos modelos de equipos sistémicos cuyas instituciones reaccionaron con resistencia y rechazo (Boscolo et al., 1987).

A pesar de todas estas innovaciones tan efectivas, el procedimiento no está exento de problemas y de fallos. Este procedimiento compromete al equipo a trabajar con la familia cuando acontecen los fallos y, por lo tanto, a compartir las frustraciones. Sin embargo, el desafío específico del Diálogo Abierto es más bien cómo mantener, desde el punto de vista administrativo y práctico, al equipo funcionando de forma conjunta durante el curso del tratamiento garantizando de esta forma que haya una continuidad psicológica para la persona en crisis y para su red.

Resultados estadísticos

Una observación final sobre la micropolítica del Diálogo Abierto tiene que ver con la utilización de la investigación y de los datos sobre su eficacia. En un contexto dominado por la práctica basada en la evidencia resulta crítico documentar la eficacia. El Diálogo Abierto es uno de los procedimientos para crisis psiquiátricas serias más estudiados en Finlandia. Desde 1988 se han venido realizando estudios sobre su eficacia y cualitativos que analizaban el desarrollo del diálogo en las sesiones (Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, 1994; 2002; Seikkula et al., 2001 a,b). Desde que el procedimiento se institucionalizó, la incidencia de nuevos casos de esquizofrenia ha declinado en Laponia Oeste (Aaltonen, Seikkula, Alakare et al., 1997). Más aún, ha cesado la aparición de nuevos casos de pacientes esquizofrénicos crónicos en el hospital psiquiátrico (Tuori, 1994).

Laponia Oeste forma parte de un proyecto nacional multi-centros en Finlandia API (Integrated Treatment of Acute Psychosis -Tratamiento Integrado de la Psicosis Aguda) dirigido por las universidades de Jyväskylä y Turku junto con el STAKES (State Center for Development and Research in Social and Health Care -Centro Estatal para el Desarrollo e Investigación de la Atención Social y de Salud) que estudia con metodología cuasi-experimental los primeros episodios de pacientes psicóticos (Lehtinen, Aaltonen, Koffert, et al., 2000). El periodo de inclusión se extiende de Abril de 1992 hasta Marzo de 1997 para aquellos pacientes aquejados de psicosis no-afectivas (*DSM-III-R*). Como sucede en los tres centros de investigación, Laponia Oeste tiene la tarea de comenzar el tratamiento sin iniciar, al mismo tiempo, la medicación neuroléptica. Estrategia que se compare con la de otros tres centros de investigación en los que la medicación se utiliza de forma estándar, la mayoría de las veces muy al comienzo del tratamiento. En Laponia Oeste el 58% de los pacientes estudiados estaban diagnosticados de esquizofrenia (Seikkula et al., 2001b).

Cuando se comparan los pacientes esquizofrénicos que participaron en el procedimiento del Diálogo Abierto con aquellos que siguieron una terapia convencional, el proceso de tratamiento y los resultados difieren de forma significativa. Las

hospitalizaciones de los pacientes de la condición de Diálogo Abierto eran menos frecuentes, un 35% de ellos requerían medicación neuroléptica, frente al 100% del tratamiento convencional. En un seguimiento a los dos años, el 82% o no tenía síntomas o los tenía de forma mínima, frente al 50% del tratamiento convencional. Los pacientes de Laponia Oeste tenían un estatus de empleo mejor, el 23% recibían una pensión por discapacidad, frente al 57% en el grupo control. Hubo un 24% de recaídas en el Diálogo Abierto frente al 71% en el grupo de control (Seikkula, Alakare, Aaltonen, *et al.*, en prensa). Una posible razón de este buen pronóstico relativo es que en Laponia Oeste se ha acortado a 3,6 meses el tiempo por el que la psicosis permanece no-tratada. Los procedimientos de redes enfatizan la atención inmediata de los casos agudos antes de que se cronifiquen (Seikkula et al., 2001b).

En resumen, es importante considerar el Diálogo Abierto como la transformación del sistema psiquiátrico, acompañado del consiguiente cambio administrativo, con la implicación de los médicos de atención primaria y de los psiquiatras, con acceso a un entrenamiento y con investigación continua de evaluación. Las poéticas de la entrevista son consistentes con y se ven reforzadas por la micropolítica del contexto profesional.

CONCLUSIÓN

Gregory Bateson (1969) escribió en relación con el doble vínculo, “si esta patología puede soslayarse o resistirse, la experiencia puede promover la creatividad” (p. 242). El procedimiento del Diálogo Abierto es una forma de resistir la experiencia de “patología.” En su lugar se construye un “diálogo transformativo” en el seno de la red social (Gergen & MacNamee, 2000). La experiencia de fracaso es cotidiana en el trabajo con los casos psiquiátricos más graves. El procedimiento del Diálogo Abierto ofrece una promesa nueva de encontrar la salida al laberinto.

En muchas partes de América, el sistema público de salud mental está en serios apuros. Un informe reciente de las autoridades sanitarias muestra que el 80% de los niños y de las familias que necesitan de los servicios de salud mental no reciben una atención apropiada (U.S. Public Health Service, 2000). En los medios de comunicación han aparecido reportajes sobre niños y adultos “atrapados” en hospitales y en varios estados se han planteado demandas judiciales para remediar la situación (Goldberg, 2001, July 9). Algunas estrategias de gestión de servicios de salud han promovido un modelo biológico descontextualizado que ni ahorra costos ni promueve una terapia más eficaz.

Al mismo tiempo, una evidencia creciente sugiere que los modelos comunitarios, como el Diálogo Abierto, son eficientes desde un punto de vista económico y ético. Inspirado en los principios dialógicos de Bakhtin y en otras ideas post-modernas, esta forma de trabajar ha humanizado y mejorado el cuidado de los jóvenes afectados de crisis muy serias, tales como la psicosis. Los principios del Diálogo Abierto pueden adaptarse a otros tipos de problemas serios. La idea de la

terapia de red social proviene originariamente de los Estados Unidos pero los modelos económicos de gestión de servicios han limitado su aplicación. Cuando enfrentamos una crisis, quizás resulte útil recordar los “caminos rechazados” y tomar en serio la promesa de un procedimiento como el del Diálogo Abierto.

En los últimos años se ha venido desarrollando en Finlandia un procedimiento que utiliza la red social denominado “Diálogo Abierto”. Se trata de un procedimiento psiquiátrico basado en el lenguaje, derivándose de los principios dialógicos de Bakhtin (1984) que continúa la tradición de Bateson. Se ofrecen dos niveles de análisis, el poético y el micropolítico. El poético incluye tres principios: “tolerancia de la incertidumbre”, “dialógico” y “polifonía de la red social”. En la sesión de tratamiento se muestra cómo funcionan estos principios poéticos para generar el diálogo terapéutico. El análisis micropolítico se refiere a los procedimientos de la institución que apoyan nuestra forma de trabajo y que son una parte del Tratamiento Adaptado-a-la-Necesidad finlandés. La investigación reciente muestra que el Diálogo Abierto mejora los resultados de los tratamientos usuales en jóvenes afectados por diferentes tipos de crisis psiquiátricas, como psicosis. En un seguimiento a dos años realizado a una muestra no-aleatoria de psicóticos con un solo episodio, se encontró que reducía la estancia hospitalaria a 19 días; se necesitó medicación neuroléptica en el 35% de los casos, en el 85% o no se necesitó o se utilizaron dosis bajas o no remitían los síntomas. Sólo el 23% necesitó de pensiones asistenciales.

Palabras clave: diálogo abierto, esquizofrenia, narrativas, conversación, equipo reflexivo, conversación terapéutica.

Traducción: José Navarro Góngora

Notas de los autores

- ¹ El término “práctica comunitaria” aparece en los escritos de Lynn Hoffman (2000) basado en la idea de perspectiva comunitaria propuesta por Tom Andersen.
- ² Los detalles del caso se han modificado para hacer imposible su identificación.
- ³ “[este signo significa que los interlocutores hablan de forma simultánea.

Nota del editor:

El presente artículo apareció publicado en Family Process 42(3) :403-418, 2003. Agradecemos su permiso para su traducción y publicación.

Referencias Bibliográficas

- AALTONEN, J., SEIKKULA, J., ALAKARE, B., HAARAKANGAS, K., KERÄNEN, J., & SUTELA, M. (1997). Western Laponia project: A comprehensive family- and network-centered community psychiatric project. *ISPS. Abstracts and lectures 12-16, October 1997*. London.
- ALANEN, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
- ALANEN, Y., LEHTINEN, V., LEHTINEN, K., AALTONEN, J., & RÄKKÖLÄINEN, V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychosis. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, & F. Margiseon (Eds.), *Psychosis. Psychological approaches and their effectiveness* (pp.235-265). London: Gaskell.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- ANDERSEN, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- ANDERSEN, T. (1990). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton.
- ANDERSEN, T. (1992). Reflections on reflecting with families. En S. MacNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 54-68). London: Sage.
- ANDERSEN, T. (1995). Reflecting processes: Acts of informing and forming. En S. Friedman (Ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 11-35). New York: Guilford Press.
- ANDERSON, C., HOGARTY, G., & REISS, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- ANDERSON, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. MacNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 54-68). London: Sage.
- BAKHTIN, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics. Theory and history of literature: Vol. 8*. Manchester: Manchester University Press.
- BATESON, G. (1962). A note on the double bind. En C. Sluzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp.39-42). New York: Grune & STRATTON.
- BATESON, G., JACKSON, D., HALEY, J., & WEAKLAND, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. En C. Sluzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp.3-22). New York: Grune & Stratton.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L., & PENN, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- COFFEY, E. P., OLSON, M.E., & SESSIONS, P. (2001). The heart of the matter: An essay about the effects of managed care on family therapy with children. *Family Process*, 40, 385-399.
- DERRIDA, J. (1971). White mythology: Metaphor in the text of philosophy. En A. Bass (Trans.), *Margins of philosophy* (pp. 207-271). Chicago: University of Chicago Press.
- FALLOON, I. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 271-283.
- FALLOON, J., BOYD, J., & MCGILL, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- GERGEN, K. (1999). *An invitation of social construction*. London: Sage.
- GERGEN, K., & MACNAMEE, S. (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. En R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.), *Constructions of disorders* (pp. 333- 349). Washington DC: American Psychological Association.
- GLEESON, J., JACKSON, H., STAVELY, H., & BURNETT, P. (1999). Family intervention in early psychosis. En P. McGorry & H. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis* (pp.380-415). Cambridge. Cambridge University Press.
- GOLDBERG, C. (2001, July 9). Children trapped by mental illness. *The New York Times*, pp. A1, A11.
- GOLDNER, V., PENN, P., SCHEINBERG, M., & WALKER, G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*, 29, 343-364.
- GOLDSTEIN, M. (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Clinical Psychopharmacology*, 11(Suppl. 18), 77-83.
- HAARAKANGAS K. (1997). The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting

- conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. Resumen inglés. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- HOFFMAN, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. En S. MACNAMEE & K. GERGEN (Eds.), *Therapy as social construction* (pp.7-24). London: Sage.
- HOFFMAN, L. (2000). A communal perspective for relational therapies. En M.E. Olson (Ed.), *Feminism, community, and communication* (pp. 5-17). New York: Haworth Press.
- HOFFMAN, L. (2002). *Family therapy: An intimate history*. New York: Norton.
- HOLMA, J. (1999). The search for a narrative: Investigating acute psychosis and the Need-Adapted treatment model from the narrative viewpoint. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*, 150.
- KERÄNEN, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. Resumen en inglés. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93.
- LANNAMAN, J. (1998). Social construction and materiality: The limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Family Process*, 37, 393-413.
- LEHTINEN, V., AALTONEN, J., KOFFERT, T., RÄKKÖLÖINEN, V., & SYVÄLAHTI, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312-320.
- MACKINNON, L., & MILLER, D. (1987). The new epistemology and the Milan approach: Feminist and sociopolitical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 139-156.
- MCGORRY, P., EDWARDS, J., MIHALOPOULOS, C., HARRIGAN, S., & JACKSON, H. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-325.
- OLSON, M. E. (1995). Conversation and writing: A collaborative approach to bulimia. *Journal of Feminist Family Therapy*, 6(4), 21-44.
- PAKMAN, M. (1999). "Designing Constructive Therapies in Community Mental Health: Poetics and Micro-Politics in and Beyond the Consulting Room," *Journal of Marital and Family Therapy*, 25 (1), 83-98.
- PENN, P. (2001). Chronic illness: Trauma, language, and writing: Breaking the silence. *Family Process*, 40, 33-52.
- RILKE, R. M. (1984) *Letters to a Young Poet*. New York: Random House.
- SEIKKULA, J. (1994). When the boundary opens: family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16, 401-414
- SEIKKULA, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis. Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.
- SEIKKULA, J., AALTONEN, J., ALAKARE, B., HAARAKANGAS, K., KERÄNEN, J., & SUTELA, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflective team in action* (pp. 62-80), New York: Guilford Press.
- SEIKKULA, J., ALAKARE, B., & AALTONEN, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-266.
- SEIKKULA, J., ALAKARE, B., & AALTONEN, J. (2001b). Open dialogue in first-episode psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-284.
- SEIKKULA, J., ALAKARE, B., AALTONEN, J., HOLMA, J., RASINKANGAS, A., & LEHTINEN V. (en prensa). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first-episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1980). Hypothesizing, circularity and neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- TUORI, T. (1994). Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisraportista. [Tratamiento eficaz de la esquizofrenia]. Helsinki: Stakes raportteja 143.
- U.S. Public Health Service. (2000). *Report of the surgeon general's conference on children's mental health: Developing a national action agenda*. Washington, DC: Author
- VOLOSHINOV, V. (1996). *Marxism and the philosophy of language*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- VYGOTSKY, L. (1970). *Thought and language*. Boston, MA: MIT Press.
- WEAKLAND, J. H. (1960). The "double bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. En C. Szuzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp.23-37). New York: Grune & Stratton. (1995). *Re-authoring lives: Interviews & essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

UN MARCO NARRATIVO-HISTÓRICO PARA LA TERAPIA POST-RACIONALISTA: ACTUALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS PSICOTERAPÉUTICOS

Leonor María Irarrázaval Correa
Máster en Terapia Cognitivo Social, UB
fidelio@post-racionalismo.com
www.post-racionalismo.com

The theoretical evolution of the social sciences and mental health does not always develop by a parallel advance in practical applications. The discourses of the professionals of mental health often declare the intention of advance but in their practice are not few the ones who still find themselves trapped in procedures that new times declare obsolete. Precisely, in this article the conceptual principles and clinical applications of the cognitive post-rationalist model are brought up to date following their current trends into phenomenology and hermeneutics. It is a simple intent of supporting the continuity of this model.

Key words: evolution of the social sciences, mental health, postracionalism, psychotherapy, phenomenology, hermeneutics.

INTRODUCCIÓN

La interdependencia entre lo tácito y lo explícito, la experiencia y la explicación, planteada como inherente a todo proceso de conocimiento humano, constituye, junto con la noción de autoorganización, la base teórica central a partir de la cual Guidano (1987, 1994) presenta un modelo de la dinámica de la mismidad y, coherentemente con éste, una metodología y una estrategia de intervención para la terapia cognitiva post-racionalista.

En términos generales, el modelo desarrollado inicialmente por Guidano (1987, 1994) destaca los aspectos del marco narrativo en la construcción de la experiencia humana, y otorga especial importancia a la relación entre tipos de apego y significado personal. Así es como este modelo en sus comienzos se perfila como una psicología del significado, centrándose fundamentalmente en el estudio de la

historia evolutiva de un *self* (sí mismo), concebido como un proceso ontológico, unitario e intersubjetivo; un *self* que se autoorganiza vitalmente procurando el mantenimiento del sentido de la propia continuidad histórica.

En los últimos años, los avances del post-racionalismo se han desarrollado principalmente en el campo de la filosofía contemporánea, especialmente de la fenomenología y de la hermenéutica. En esta continuación se destacan los aportes de Arciero (2004), quien pone especial atención en los procesos de formación, estabilización y cambio de la identidad personal. Este autor ahonda preferentemente en el estudio de la construcción de las narrativas y de la articulación simbólica de la experiencia que observa tanto en los ámbitos clínicos como en las expresiones de la literatura. Podría afirmarse que en la actualidad este modelo se encamina hacia lo que parece vislumbrarse como una psicología de la interpretación.

La subjetividad, la temporalidad y la identidad personal, hoy se plantean como los conceptos centrales para entrar desde la dimensión narrativa hacia la inacabable tarea de comprender la complejidad de la experiencia humana. Siguiendo esta línea, se podría sostener, en resumidas cuentas, que se ha logrado una expansión hermenéutico-narrativa de los conceptos teóricos centrales del modelo, no obstante, las implicaciones prácticas para la psicoterapia están todavía por revelarse.

SUBJETIVIDAD, TEMPORALIDAD E IDENTIDAD NARRATIVA

“Todos los días pasan en el mundo cosas que no son explicables según las leyes que conocemos de las cosas. Todos los días, contadas en su momento, se olvidan, y el mismo misterio que las trajo se las lleva, convirtiéndose el secreto en olvido. Tal es la ley de lo que debe ser olvidado porque no se le encuentra explicación. A la luz del sol sigue con su regularidad el mundo visible. El ajeno nos observa desde la sombra” (Pessoa, 2002, Pág.431).

La experiencia emocional se ordena temporalmente en el lenguaje a través de un proceso de interacción dinámica y compleja, siguiendo los principios consensuales de secuencialización cronológica, causal y temática. La narración de la historia personal se construye a lo largo de la vida procurando, sobretodo, la permanencia de un sentido positivo y coherente de su protagonista. Es decir, la articulación de la experiencia afectiva en la trama narrativa se plantea como un proceso abierto, que se desarrolla durante toda la vida, en la búsqueda constante de una *verdad narrativa* que permita mantener un sentido de continuidad y coherencia entre el protagonista y el narrador de la propia historia personal (Guidano, 1994, 1999).

Durante los primeros años del desarrollo, el predominio de ciertas emociones en la interacción recíproca con las figuras significativas de apego es el invariante relacional que define cierta tendencia o predisposición afectiva. Como diría Ricoeur (2003), se imprime una “huella afectiva” responsable del sentido de permanencia en el tiempo, propio de la “mismidad”. Poco a poco, a lo largo de los primeros años de vida van tomando forma distintos *estilos de funcionamiento*

afectivo que se estabilizan a partir de ciertos estados emocionales y temas que se vuelven predominantes en la interacción. De este modo, desde el nacimiento se comienza a definir un estilo particular y único de funcionamiento afectivo, el cual define, a su vez, un particular modo de sentirse y de actuar en reciprocidad con los otros.

Al llegar a la adolescencia, el desarrollo del pensamiento abstracto y la capacidad reflexiva suscitan una serie de aspectos respecto al ¿quién? Pregunta que lleva irremediamente, como plantea Ricoeur (1996), a la situación de “puesta en escena del personaje”. Esta pregunta desencadena el inicio del proceso de configuración de la *identidad narrativa* que se va estableciendo, en un dominio metacognitivo, a partir de la interacción entre los aspectos permanentes de uno mismo (*mismidad*) y los aspectos del sí que se mantienen en contraste con la multiplicidad de los eventos cambiantes (*ipsidad*).

La identidad narrativa, que es la manera de contarse quién es uno en la historia que se ha vivido, permite mantener un sentido estable del sí mismo en el transcurso de la vida a través del interjuego constante entre la continuidad y la variabilidad de la experiencia (Arciero, 2004). Es la descripción del protagonista de la propia historia que otorga las características de unicidad y continuidad del sentido de sí mismo, y que es, finalmente, lo que permite a cada cual reconocerse en la propia subjetividad.

Es en el espacio imaginario donde se realiza la continua reordenación de la experiencia presente, resultado de la constante influencia recíproca entre el recuerdo y el horizonte de expectativa. El proceso de configuración de la identidad narrativa hace posible ordenar la experiencia del devenir temporal a través del balance entre la integración del pasado y la anticipación de la experiencia futura. Esto posibilita la consiguiente estabilización de una autoimagen consciente, aceptable y unitaria (Arciero, 2004).

Por último, Ricoeur (2003) plantea la existencia de dos tipos de lecturas en relación con el tiempo: una lectura cosmológica (un tiempo del “mundo”) y una lectura psicológica (un tiempo del “espíritu”). Se podría entender que estas dos diferentes lecturas del tiempo se corresponden con las dimensiones temporales del mundo *subjetivo e intersubjetivo*. Es decir, el tiempo en la memoria de la experiencia individual se ordena en la dimensión subjetiva de la *historia vivida*, en cambio, el tiempo en la narración se ordena normalmente según las reglas consensuales intersubjetivas de la *historia narrada*. Como se establece más adelante, estas conceptualizaciones del tiempo permiten aproximarse a una nueva manera de entender el desbalance clínico.

COMPRESIONES SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA

Cada estilo de funcionamiento afectivo está organizado para mantener al mínimo el grado de activación emocional de los *temas ideoafectivos discrepantes*

que han quedado permanentes en las *huellas de la mismidad*. De este modo, se procura mantener la continuidad de un sentido de sí mismo positivo frente a la contrariedad de eventos cambiantes (Arciero, 2004). De manera más sencilla, se podría decir que, desde la propia experiencia emocional, cada persona construye una visión narrativa de sí misma y del mundo mínimamente tolerable para poder continuar en la vida.

En un contexto intersubjetivo, el quiebre inesperado de la sintonía recíproca con un otro significativo, al que se enfrenta sorpresivamente la ipsidad, podría provocar un impacto emocional que, dependiendo del grado de intensidad, activa la vivencia de los temas ideoafectivos discrepantes que han permanecido (ocultos) en la huella de la mismidad. Metafóricamente se podría representar la experiencia emocional discrepante como permaneciendo “oculta” en las profundidades de un pozo emocional”. Entendiendo que se trata de una experiencia que ha quedado “tácitamente congelada” o detenida en el tiempo subjetivo de la memoria de la persona y que viaja “atemporalmente” a lo largo del transcurso de sus interacciones.

A partir de los temas ideoafectivos discrepantes que se han activado, la persona espontáneamente reconstruye una visión de sí misma y del mundo, reinterpretándose y reinterpretando las problemáticas significativas de la etapa del ciclo vital que atraviesa bajo las “tinieblas” del pozo emocional en que se ha hundido. Asimismo, pierde la perspectiva histórica de la construcción de su identidad narrativa, difuminándose la dimensión espacio-temporal de su historia personal y quedando “atrapada” en una percepción inmediata de sí misma y del mundo que se concretiza en la temática particular del desequilibrio afectivo.

En este sentido, en el transcurso de la historia de interacciones, la persona puede re-caer en estos pozos emocionales y pueden re-activarse estados emocionales altamente discrepantes que podrían llegar a desencadenar procesos más o menos graves de *desregulación afectiva*. Esto podría constituir una amenaza para la estabilidad de la propia imagen y la persona podría experimentar un sentido de sí misma y del mundo altamente negativo, difícilmente tolerable en algunos períodos. Estos procesos, con las consecuentes interrupciones del sentido de continuidad temporal, provocan, en casos extremos, *estados de fragmentación* más o menos duraderos.

Desde esta perspectiva, se entiende que el desequilibrio afectivo intenso que toma forma de desbalance clínico se acompaña de una secuencialización de la experiencia discrepante que no está siendo suficientemente articulada en la trama narrativa y, por lo tanto, esta experiencia se activa de manera poco diferenciada (Guidano, 1997). Por lo mismo, si no ocurre de manera natural, se requiere un trabajo de reflexión dirigido a que la persona pueda reconocer y comprender lo que le está ocurriendo en la inmediatez de su experiencia. Por consiguiente, la *regulación afectiva* se restablece cuando la persona puede integrar la experiencia discrepante coherentemente en su narrativa personal y, de este modo, recuperar el sentido

de continuidad de su identidad histórica (Arciero, 2004).

Este punto de vista se asemeja a los planteamientos de Gadamer (2001), quien entiende la enfermedad mental como una pérdida de equilibrio del funcionamiento natural de la persona, que no sólo constituye un hecho médico-biológico, sino también un proceso vinculado con la historia del individuo y de la sociedad. Este autor señala: “si la recuperación del equilibrio natural se cumple exitosamente, el maravilloso proceso de restablecimiento le devuelve también al convaleciente el equilibrio vital dentro del cual previamente se sentía él mismo” (Gadamer, 2001, Pág. 56).

NORMALIDAD, NEUROSIS Y PSICOSIS: FORMAS DE EXPRESIÓN EMOCIONAL

El devenir temporal de la experiencia emocional progresa entre estados permanentes de equilibrio afectivo y estados transitorios de desequilibrio. Estos procesos emocionales, dependiendo de la dinámica entre continuidad y discontinuidad, tienen posibilidades de expresión en diferentes dimensiones de la experiencia explícita. Una *expresión narrativa* que normalmente permite mantener una imagen suficientemente positiva y válida de su protagonista. Una *expresión “prototípica”*, poco articulada en la trama narrativa, que aparece en estados de desequilibrio afectivo que amenazan la continuidad de la coherencia de una imagen aceptable. Una *expresión “virtual”* que se manifiesta normalmente a través de los sueños, o bien, bajo formas personales alejadas de la consensualidad que aparecen cuando se activan estados de intenso desequilibrio afectivo capaces de interrumpir el sentido de continuidad temporal.

Cabe mencionar que hoy los resultados de las investigaciones de las neurociencias destacan la similitud “neurológica” que parece existir entre los sueños y las psicosis, y la falta de control consciente que experimenta la persona en ambos casos. Se apunta hacia la posibilidad de que los mecanismos que operan en el cerebro para producir las ensoñaciones de la etapa del sueño REM sean parte de los mismos circuitos y neurotransmisores que se activan en las psicosis (Mora, 2004). Estas investigaciones presentan las bases biológicas que apoyan los intentos de comprender el estado psicótico como una forma de “soñar despierto”.

Desde esta perspectiva, la normalidad, la neurosis y la psicosis, se consideran modalidades diferentes de simbolizar y articular en el lenguaje la experiencia emocional en curso. Estas modalidades *forman parte de un continuo* y, lejos de verse como entidades separadas y estáticas, se consideran potencialmente reversibles pues sus límites son indefinidos. No obstante, la experiencia puede ser ordenada y articulada en el lenguaje a través de un desarrollo normal, neurótico o psicótico, en cualquiera de estos casos se mantienen implícitamente las mismas reglas de coherencia interna que predominan en cada estilo de funcionamiento afectivo, sólo que el discurso y la conducta adoptan una forma diferente (Guidano, 1994, 1995).

En los estados de equilibrio emocional normal se manifiesta un discurso variado en cuanto a temáticas y un comportamiento aparentemente flexible, en cambio, a medida que se avanza hacia estados más neuróticos, el discurso se concretiza en los temas ideoaffectivos discrepantes y la conducta se vuelve cada vez más estereotipada. En los casos cronificados de desbalance neurótico, el discurso y la conducta llegan a adoptar formas tan estereotipadas que son fácilmente clasificables según categorías de personalidad. Se han establecido cuatro categorías “puras” de estilos de personalidad (y de desbalance clínico) que tienden a la interpretación del sí mismo y del mundo en los siguientes términos: aprobación/fracaso (dápícos), soledad/pérdida (depresivos), protección/constricción (fóbicos) y certidumbre/ambivalencia (obsesivo-compulsivos) (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

Los estados psicóticos, por su parte, se caracterizan por interrupciones intensas y repentinas del sentido de continuidad del sí mismo que se prolongan en el tiempo con pérdida de las funciones de orientación y memoria (Guidano, 1995). El discurso y la conducta se dirigen exclusiva y recurrentemente hacia los temas ideoaffectivos discrepantes. La persona cae en un estado de hiperreflexibilidad e hiperconsciencia, y se sumerge profundamente en su mundo interior. El discurso desborda los límites de la propia subjetividad, adoptando formas muy personales (como los delirios o las alucinaciones), al punto de escaparse de lo comprensible y consensual (Arciero, 2004).

Por lo tanto, los estados neuróticos y psicóticos son formas discursivas y conductuales que expresan procesos emocionales en desequilibrio. Por esta razón, son estados naturalmente transitorios y potencialmente reversibles a formas normales. Estos estados pueden prolongarse por segundos, horas, días, semanas, meses, hasta años, o incluso la persona puede perderse en su propio mundo por el resto de su vida. Es posible que la cronicidad de estos estados se deba a la falta de un adecuado y oportuno tratamiento.

Esquizofrenia: una Forma de Expresión “Psiquiátrica”

Se destaca la dificultad de establecer una categorización nosográfica unitaria y fiable para la esquizofrenia, ya que es una forma clínica que tiene un curso heterogéneo; incluso su papel como categoría nosográfica en sí ha sido cuestionado. Generalmente aparece en la adolescencia bajo la forma de sólo un episodio psicótico, o bien, puede presentarse una historia de varios episodios, luego la persona vuelve a su estado de funcionamiento anterior, normal o neurótico (Guidano, 1995). Análogamente, desde las neurociencias se observa que se trata de una enfermedad “poligénica”, no siendo siempre los mismos genes implicados ni necesarios ni imprescindibles para su aparición (Mora, 2004).

Al llegar a la adolescencia, con el desarrollo del pensamiento reflexivo, la persona se ve enfrentada a integrar toda su experiencia pasada en una identidad

única, diferenciada de la de sus padres, manteniendo la continuidad del sentido de sí misma y creando proyectos de futuro. Evidentemente, los estilos de funcionamiento que han desarrollado un sentido “difuso” de la mismidad son los más vulnerables a sufrir desbalances psicóticos en esta etapa, justamente por los problemas que se presentan a la hora de construir y estabilizar un sentido unitario de sí mismos (Guidano, 1995).

Serían algunas experiencias límite, vividas en la etapa crucial del desarrollo de la identidad personal, las que podrían provocar un punto de quiebre o fragmentación del sentido de sí mismo y desencadenar un estado psicótico más o menos duradero. Como señala Ricoeur (1995, Pág. 126), “aquellas experiencias límite en las que la identidad ipse se deja llevar, por así decirlo, por su propia forma interrogativa: ¿quién soy yo? Sin encontrar esa respuesta que podría proporcionarle la identidad entendida como mismidad”.

En palabras de Arciero (2004), la esquizofrenia se caracteriza por lo que denomina “pérdida de cohesión del sí mismo” que resulta del colapso de la dimensión temporal de la trama narrativa y que conlleva a una descontextualización de la experiencia emocional discrepante. De este modo, la narración del sí mismo pierde la coherencia semántica que otorgan los principios consensuales de ordenamiento temporal (cronológico, causal y temático).

Según esta perspectiva, los llamados brotes delirantes agudos, que son la principal manifestación de la esquizofrenia, no son más que momentos de extrema y completa fragmentación de la identidad personal que puede ocurrir en cualquier estilo afectivo (más frecuentemente en los dápicos), y que generalmente aparecen en la adolescencia y primera juventud. Desde un punto de vista más amplio, Sass (2002) señala que estos estados de fragmentación de la identidad personal surgen de manera característica en la consciencia post-moderna, principalmente debido al aumento de la velocidad y la multiplicidad de las interacciones humanas.

En resumen, lo que tradicionalmente se agrupa bajo el diagnóstico de esquizofrenia, al parecer sucede heterogéneamente. Una proporción significativa de esquizofrénicos tiene un sólo episodio psicótico del que se recupera naturalmente y sólo una pequeña proporción llega a ser crónica. Por tanto, es considerablemente dudoso que ese carácter crónico sea inherente a la esquizofrenia. Es más, se podría plantear que la «esquizofrenia crónica» es algo que tiene que ver con nuestra cultura y con el tipo de tratamiento empleado (efectos negativos de la hospitalización, del abuso de neurolépticos y de la estigmatización social), y no con una enfermedad propiamente dicha (Guidano, 1995; Arciero, 2004).

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA: FORMAS DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

En las siguientes páginas se describen cuatro formas de desequilibrio afectivo: dápica, depresiva, fóbica y obsesiva. Y para ilustrarlas se han incluido cuatro casos

clínicos que se presentan muy resumidamente, a modo de ejemplo, pero que son fácilmente distinguibles según estas clasificaciones. Además, en estos ejemplos es posible delinear sin esfuerzo la orientación terapéutica empleada, la cual se dirige inicialmente en todos los casos a esclarecer los temas ideoafectivos discrepantes para luego plantear alternativas de acción específicas en cada caso particular.

Los síntomas del desequilibrio afectivo se consideran en las distintas formas expresivas, neuróticas y psicóticas; no obstante, hay que tener en cuenta que las diferentes expresiones sintomáticas no son exclusivas de un estilo afectivo particular. Por ejemplo, la reacción depresiva puede aparecer también en el fóbico o en el dápico, alternadamente, lo que marca la diferencia son las reglas de coherencia interna y los temas ideoafectivos predominantes.

Asimismo, la sensibilidad al juicio de los otros aparece bajo distintas formas de significado. Por ejemplo, en el dápico, el temor a la desaprobación por parte de los otros se refiere a la posibilidad de dejar en evidencia el intenso sentido de fracaso personal; en el depresivo, se relaciona con la propia negatividad sentida ante la anticipación dramática de un destino incorregible de abandono y soledad; en el fóbico, se relaciona con la propia negatividad experimentada como un insostenible sentido de debilidad personal; y, por último, en el obsesivo, tiene que ver con dejar al descubierto el inaceptable sentido de sí mismo del polo negativo de una autoimagen dicotómica.

Tampoco hay que quedarse sólo al nivel de los términos que la persona utiliza para referirse a su problemática, sino que hay que indagar en el trasfondo emocional y de significado personal de la experiencia subjetiva. Por ejemplo, la palabra “peligro”, no necesariamente se infiere “temor a perder el control”, como suele ocurrir en estilo fóbico, sino que puede estar significando “temor a la pérdida”, que es predominante en el estilo depresivo.

FORMA DÁPICA DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

La hipersensibilidad al juicio de los otros aparece junto con el desequilibrio afectivo que se desencadena a partir de la activación de temas ideoafectivos relacionados con la confrontación directa o la anticipación imaginaria ante situaciones que puedan poner en cuestionamiento el propio valor en términos de fracaso personal. La vivencia de intenso fracaso por la desaprobación percibida por parte de los otros provoca un sentido negativo de inutilidad y/o vacío (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En las formas neuróticas, y mayoritariamente en las mujeres, la recurrente y prolongada sensación de fracaso se concretiza y se refiere a aspectos relacionados con la estética corporal (sentirse gorda). El intento de corregir el sentido negativo de inutilidad y/o vacío se manifiesta bajo la forma de los trastornos de la conducta alimentaria. En cambio, en los hombres habitualmente se refiere a la preocupación por aspectos sexuales que podrían cuestionar el sentido de la propia masculinidad

(sentirse poco viril) (ejemplo de un caso en Irarrázaval, 2002), y pueden aparecer cuadros clínicos como, por ejemplo, los trastornos de la erección y eyaculación (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En las formas psicóticas, algunas veces, la propia negatividad tiende a corregirse a partir de la construcción de una identidad ideal y de mundos fantásticos que posibilitan resolver imaginariamente el tema ideoaectivo en la base del conflicto (por ejemplo en algunos estados psicóticos maniacales (Irarrázaval, 2004)). Otras veces, el temor a exteriorizar los aspectos evaluados como negativos del mundo interior, y quedar en ridículo ante los demás, puede desencadenar delirios de tipo persecutorio. Cuando la propia negatividad sentida se corporaliza a estos niveles de procesamiento aparecen los trastornos dismórficos (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004).

Caso clínico

Laura tiene 26 años de edad y trabaja de administrativa en una inmobiliaria. Sus padres son inmigrantes negros. El padre de 67 años de edad se separó de la familia hace 10 años aproximadamente y no mantienen contacto con él. La madre de 56 años estudió odontología en España y actualmente trabaja en una clínica dental. Laura vive con su madre y sus tres hermanas.

Desde los 20 años de edad Laura señala que empieza a preocuparse por su “mal olor corporal” (cree que huele a “mierda”) y cuenta que comienza a aislarse hasta que solamente sale de casa para ir y volver del trabajo. Dice que primero comenzó a pensar que en su barrio la gente comentaba sobre su mal olor, luego que todo el pueblo hablaba de este tema, hasta creer que se había divulgado en todo el país.

A los 23 años de edad recibe el diagnóstico de “fobia social” y sigue un tratamiento psiquiátrico. Laura estaba convencida de su “fama por el mal olor” y tenía una autoimagen muy negativa de sí misma. Precisamente por ese motivo, un año más tarde decide viajar al extranjero a seguir un curso de idiomas, creyendo (engañosamente) de que allí, como nadie la conoce, la gente no podía saber nada de su problema ni comentar al respecto, sin embargo (como era de esperar), el problema se repite y después de tres meses decide regresar a España.

Laura se presenta a la consulta señalando que su problema actual es que cuando se pone nerviosa “apستا”, que “huele a mierda”, no obstante, reconoce que este tema ha dejado de ser tan predominante como hace algunos años. Dice que le preocupa la opinión de los demás y que piensa que los demás la critican. Manifiesta que tiene miedo al fracaso y temor a hacer el ridículo, a tal punto de que habitualmente abandona los estudios y los trabajos. Por este motivo incluso deja de hacer las labores cotidianas

que implican salir de casa, como ir de compras. Nunca ha tenido una relación de pareja ni relaciones sexuales. Desde hace un año le gusta un chico pero nunca se lo dijo y éste encontró novia hace poco.

Al avanzar la terapia, reconoce que le ha costado construir una identidad propia y positiva de sí misma, que siempre ha sido “la marginada”, la “freacky”, la “pardilla”. Se da cuenta de que no confía en su criterio personal y que siempre intenta cumplir las expectativas de los otros. Además, cree que parte de su problema es el hecho de ser “negra” por que es visto como algo negativo por los demás (generalmente se dice que “los negros huelen mal”). Al respecto, recuerda que siendo niña, más o menos a la edad de 10 años, su mejor amiga de la escuela le dijo que los niños no querían jugar con ella porque era “negra”, comentario que cree le ha influido especialmente. Actualmente señala que incluso ella misma tiene prejuicios contra los negros, y afirma pensar y sentir como catalana (como “blanca”). Además, Laura dice que le da muchas vueltas a las cosas sin encontrar soluciones ni emprender acciones, y concluye que probablemente esta misma actitud, que esconde el temor al fracaso y expectativas altamente perfeccionistas, es la que no le ha permitido hasta ahora enfrentar y asumir las decisiones importantes de su vida (alquilar un piso e independizarse, tener un trabajo estable y tener un novio).

Por lo tanto, durante la terapia se acompaña a la paciente desde una dimensión en la cual lo externo sirve para definir lo interno hacia una dimensión más subjetiva e internalizada del tema de identidad personal. Se trata de que Laura vaya aceptando y confiando cada vez más en cómo se siente internamente y que al mismo tiempo vaya flexibilizando los patrones externos de evaluación de sí misma. Es decir, se intenta facilitar la construcción de un sentido de identidad personal basado en sus características particulares y únicas, intentando relativizar la imagen prejuiciada y discriminatoria en términos de “negra”.

FORMA DEPRESIVA DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

La *hipersensibilidad a la pérdida* está en la base del desequilibrio afectivo que se produce por la activación de temas ideoafectivos conectados con emociones intensas y descontroladas de rabia y tristeza. La experiencia afectiva interpretada como pérdida puede provocar estallidos incontrolados de rabia que se alternan con estados de intensa desesperación, vergüenza y culpa. Estas emociones están vinculadas a una situación sentida como un fuerte rechazo o a una pérdida efectiva o anticipada de un ser significativo en un mundo construido en términos de soledad (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

El esfuerzo por corregir activamente el sentido negativo de sí mismo puede llevar a una verdadera actitud de autosuficiencia y de lucha ante la vida. En cambio,

la percepción de inutilidad de este esfuerzo tiende a expresarse, en las formas neuróticas, como trastornos depresivos mayores. Además, la pérdida efectiva (por muerte o separación) de un ser amado tiende a desencadenar procesos prolongados de duelos no elaborado y la hipersensibilidad a la pérdida provoca la constante vivencia de rabia/tristeza con la visión incorregible de un mundo provocador de abandono, rechazo y soledad. Todo ello puede ser el origen de toxicomanías autodestructivas y conductas delictivas (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En las formas psicóticas, habitualmente se observan delirios relacionados con un destino incorregible de culpa, ruina, miseria y soledad. Cuando se hacen atribuciones externas de la propia vivencia discrepante se pueden presentar cuadros delirantes persecutorios (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004).

Caso clínico

María tiene 39 años de edad, vive sola y trabaja en una biblioteca. Es hija única. Su padre tiene 69 años y su madre 61, trabajan juntos en un negocio familiar en un pueblo pequeño. Los tres son católicos practicantes.

Viene a la consulta con un diagnóstico previo de “depresión”. María señala que, dada la imposibilidad de encontrar una pareja “adecuada” con quien tenga afinidades y frente a la “presión de la maternidad”, se ha planteado recurrir a una inseminación artificial para ser madre. Manifiesta que actualmente se encuentra “hundida”, “desesperada” y que está “sufriendo muchísimo”. Dice que no ha podido comprobar “si realmente algún hombre la puede querer”. Incluso, señala que hace algunas semanas decidió romper una relación de cuatro meses con un inmigrante porque le pareció que él no la quería “verdaderamente” a ella sino que estaba interesado en sus papeles.

Manifiesta ver el mundo como un lugar inhóspito donde confirma un destino de soledad irremediable. No le preocupa tanto la opinión de los demás sino el drama interno que vive principalmente por ver rotas sus ilusiones de formar una familia con una hombre que la quiera. Sobre todo le desespera el pensar que en este momento de su vida se ve en la obligación de decidir tener un hijo sin haber encontrado una pareja. Añade que ha tenido problemas sexuales desde hace tiempo y cree que ha sido por concebir a los hombres como “amenazantes”. Dice que hasta ha llegado a odiar a los hombres “porque ellos separan la sexualidad del amor”.

En su historia de desarrollo predomina un sentido profundo de soledad y sufrimiento. Sus diálogos recurrentes reflejan el tema predominante de soledad por su incapacidad de aceptar que no tiene hermanos, de no aceptar la futura muerte de sus padres y sobre todo de no haber encontrado pareja ni de ver posibilidades de encontrarla en el futuro. María pasó una infancia marcada por la soledad. Sus padres trabajaban duro y pasaban

muchísimas horas fuera de casa y la dejaban, indiferentemente, al cuidado de vecinos y amigos. Cuenta además que desde la infancia ha tenido una actitud de rechazo hacia el sexo opuesto. Destaca que en la adolescencia le marcó que sus compañeros de colegio se burlaran de ella con un sobrenombre que era atribuido a su familia, que se sentía muy avergonzada y que aún se siente especialmente sensible cuando todavía lo escucha en el pueblo. No obstante, menciona que (curiosamente) sus padres no han atribuido ningún significado negativo particular a este sobrenombre.

Posteriormente en el transcurso de la terapia revela que en la adolescencia, alrededor de los 13 años de edad, unos compañeros del colegio se “aprovecharon” sexualmente de ella y que, anteriormente a los 10, un hombre desconocido le “exploró” sus genitales, aunque manifiesta un notable desinterés respecto a estas situaciones. Así, se descubre que en la adolescencia experimenta una historia paralela de burla y rechazo por parte de sus compañeros, aunque afirma que sobretodo le ha afectado el hecho de que se burlaran de ella por el mote y no le atribuye mayor importancia a la historia de contenido sexual. Por lo tanto, hay dos temas paralelos que se solapan en su adolescencia, una historia contada abiertamente y otra que ha permanecido oculta, ambas se conectan con las emociones de “rabia”, de “rencor” y de “deseos de venganza” que la paciente ha ido recreando desde entonces.

La terapia se dirige inicialmente a lograr un distanciamiento de las emociones de desesperación, rabia y tristeza en que María se ha hundido por la anticipación de un destino irremediable de soledad. Progresivamente se reconstruye la historia afectiva integrando los aspectos sexuales que han permanecido siendo un tema “tabú”. Poco a poco se traslada el futuro “idealizado” hacia la comprensión y aceptación de la condición afectiva que vive en el presente. La maternidad comienza a aparecer, independientemente de quién realice la fecundación, como una alternativa viable de remediar su soledad y le devuelve la ilusión por el futuro. Se vuelven menos recurrentes los temas de ser madre sola, de la muerte anticipada de los padres y de no tener hermanos. La posibilidad de encontrar una pareja se separa de la posibilidad de ser madre y surge una nueva visión del amor como un largo camino por recorrer.

FORMA FÓBICA DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

El desequilibrio afectivo se desencadena junto con la *hipersensibilidad a la falta de control* al activarse temas ideoafectivos conectados con las emociones intensas de miedo y ansiedad. Estas emociones aparecen vinculadas a un sentido negativo de debilidad y/o desprotección ante situaciones incontrolables percibidas como altamente peligrosas y/o constrictivas (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

Si el miedo a perder el control se concretiza en el propio cuerpo se manifiesta una preocupación excesiva por el padecimiento anticipado de enfermedades graves. Así comienzan a tomar forma los cuadros hipocondríacos de las formas neuróticas. En las formas cronificadas aparecen las típicas personalidades hipocondríacas que se caracterizan por un estereotipado intento de “hipercontrolar” el propio cuerpo y permanentes preocupaciones hacia aspectos somáticos (con innumerables visitas a los médicos) (Guidano, 1994; Arciero, 2004). Enfermedades somáticas con una importante influencia de factores psicológicos, como por ejemplo la fibromialgia (ejemplo de un caso en Irrázaval, 2002), son frecuentes en estos casos.

En los casos en que la sensación de falta de control se orienta hacia un mundo percibido como “peligroso” aparecen los cuadros de tipo agorafóbico. Cuando la sensación de pérdida de control surge ante la percepción de un mundo “constrictivo” pueden llegar a desencadenarse los cuadros claustrofóbicos. Los síntomas constrictivos pueden aparecer paralelamente al aumento del compromiso percibido en una relación significativa como, por ejemplo, el matrimonio o el nacimiento de un hijo. También en situaciones de estrés o de acoso en el trabajo. Incluso en situaciones del día a día como detenerse frente a una luz roja, subir a un ascensor o hacer una cola (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En los casos extremos de fobia crónica aparecen las formas psicóticas típicamente como un delirio hipocondríaco (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004).

Caso clínico

Pedro tiene 44 años de edad, trabaja de contable en una empresa de seguros. Está casado hace 16 años. Su esposa tiene 37 años de edad y es ama de casa. Tiene un hijo de 11 años y una hija de 4.

Se presenta en la consulta con un diagnóstico de “trastorno de ansiedad”. Dice que el motivo por el que consulta es que sufre muchas molestias físicas como consecuencia de una “prostatitis crónica” diagnosticada hace 11 años (coincide con el nacimiento del hijo). Sin embargo, aparte de estas molestias físicas, Pedro sospecha que su problema puede ser de origen psicológico, que describe como un “miedo incapacitante”. Tiene miedo de ir a todas partes porque sufre una necesidad “incontrolable” de ir al lavabo, que surge en los momentos y lugares menos esperados. Destaca que este problema que vive desde hace tiempo lo ha limitado laboral y socialmente.

Pedro comenta que hasta antes del nacimiento del primer hijo viajaba muchísimo por motivos laborales pero que ha tenido que dejarlo ya que ahora, por ejemplo, siente pánico a los aviones y se siente incapaz de viajar en tren. Solamente tolera viajar en coche cuando es él quien conduce. Además, señala que procura tener siempre el “control” de las situaciones

y que tiene como una obsesión por tener “protegido” a todo el mundo. Sobretudo últimamente, dice que siente la limitación de tener que planear cada situación pensando siempre en el tema del lavabo porque “no se puede aguantar cuando le vienen las ganas de orinar”. Ha llegado a este extremo de tener que controlar todas las situaciones para poder “escabullirse” e ir al lavabo sin que los demás noten este signo de “debilidad”, que lo hace sentir como una “criatura”.

Al referirse a su historia de vida, Pedro relata una larga “historia de enfermedades”. A los 12 años de edad estuvo seis meses en cama por una enfermedad del riñón y recuerda que no le dejaban ir “libremente” al lavabo. La noche de bodas la pasó en urgencias de un hospital por una “uveítis” (infección interna del ojo). Hace dos años le diagnosticaron una fibromialgia. También padece de colón irritable, colesterol alto y cada cierto tiempo sufre de hemorroides. Además, tiene pendientes una “esfínterotomía” (tratamiento láser de fisuras anales) y una prueba de resonancia magnética en una rodilla que se ha lesionado jugando al fútbol.

En la terapia se plantea la necesidad de hacer una lectura “psicológica” de las situaciones en que aparecen las molestias físicas. Se comienza identificando los contextos espacio-temporales en que aparecen las molestias. Surgen datos históricos relevantes, como que a la edad de 10 años se orina en los pantalones frente a la clase porque no lo autorizan a ir al lavabo y a los 13 años se orina esperando a que le abran la puerta antes de entrar en casa; recuerda que sintió mucha vergüenza en estas dos situaciones. Actualmente, se observa que la necesidad de ir al lavabo se hace más urgente en situaciones formales o en lugares cerrados. Es decir, las molestias físicas aparecen predominantemente en situaciones en las cuales Pedro “no tiene el control” para salir libremente de ellas, por ejemplo, en reuniones de trabajo, en el ascensor, en el avión. etc.

Posteriormente, se intentan conectar estas situaciones con los contextos afectivos y relacionales que suceden tanto en el instante concreto en que aparecen las molestias como en el momento más amplio del ciclo vital. Desde esta perspectiva, parecen relevantes los cambios que están ocurriendo recientemente en el contexto familiar, en especial, el inicio de la etapa adolescente de su hijo (con demostraciones de “rebeldía”) y la intención manifestada por la esposa de buscar un trabajo fuera de casa. Además, en el contexto laboral se está viviendo una época de reestructuración y se han anunciado una serie de cambios en la dirección que le afectarían directamente.

Así planteada, la estrategia terapéutica se dirige fundamentalmente a lograr una comprensión de la problemática “física” desde una perspec-

tiva “psicológica” más amplia. De este modo pierde centralidad el problema planteado inicialmente, con lo cual se visualizan nuevas perspectivas y posibilidades de acción que permiten orientar a Pedro en el manejo de las situaciones que atraviesa considerando distintas dimensiones de su experiencia personal, familiar y laboral.

FORMA OBSESIVA DE DESEQUILIBRIO AFECTIVO

El desequilibrio afectivo, que se manifiesta junto a una *hipersensibilidad a la incertidumbre*, se desencadena ante situaciones en que se activan los temas ideoaffectivos del polo negativo de una autoimagen dicotómica, habitualmente vinculados a emociones relacionadas con la agresión y la sexualidad. La sensación de ambivalencia aparece cuando estas emociones surgen de manera imprevista en la consciencia del individuo (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

En las formas neuróticas, la necesidad de certeza se resuelve con la adhesión a un conjunto rígido de normas y reglas morales que enmascaran las emociones relacionadas con la ira y la sexualidad, excluidas de la consciencia en el polo negativo de la autoimagen. Por tanto, el sentido de ser una persona “buena”, que posibilita mantenerse en el polo positivo de la propia imagen, depende de la adhesión formal a tales reglas, concebidas como certidumbres absolutas. El obsesivo no puede tolerar verse como una persona agresiva o portadora de impulsos eróticos. No puede tolerar verse como “malo”. No existe para él ninguna graduación intermedia entre estas polaridades que son del tipo “todo o nada” (Guidano, 1994; Arciero, 2004).

El intento de corregir el sentido ambivalente de sí mismo (bueno/correcto-malo/perverso), en las formas neuróticas más rígidas, puede llevar a la persona a adoptar una actitud en la vida similar a la que tomaría frente a un tablero de ajedrez. La persona procura anticipar el mayor número de eventos posibles para asegurarse de una correcta jugada con el menor número de errores. También existe una duda tortuosa ante decisiones vitales como casarse o tener un hijo, frente a las cuales se hace más difícil prever con absoluta certeza las consecuencias posteriores.

La actitud de prevenir errores es también consigo mismo, es la manera con que se regulan las dos polaridades del ser positivo y el ser negativo. Para tener la certeza de ser solamente la parte positiva, el obsesivo tiene que tener la garantía de no cometer ningún error, entonces hay que preverlo todo, con excesiva meticulosidad y atención a los detalles. De otro modo, surgen en la consciencia imágenes intrusivas o rumiaciones de fuerte contenido agresivo y sexual, procedentes del polo negativo de la autoimagen y, consecuentemente, los rituales compulsivos, sobre todo de lavado y temor al contagio (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004).

Los delirios de tipo místico o legal son característicos del desbalance psicótico. No obstante, el desbalance psicótico tiende a tomar la forma catatónica. El catatónico no se mueve porque no sabe qué puede pasar, no tiene certeza de qué debe

(o no debe) hacer o pensar para evitar que se desencadene, por ejemplo, una guerra (Guidano, 1994, 1995; Arciero, 2004). En algunos casos también puede tomar formas clínicas bipolares.

Caso clínico

Jaime de 32 años de edad, licenciado en sociología, vive solo y trabaja en una organización social desarrollando proyectos educativos de ideología humanista-cristiana. Su padre de 62 años de edad trabaja en una pequeña empresa y su madre de 56 es ama de casa, ambos son muy religiosos y participan activamente en la iglesia del pueblo donde viven. Tiene un hermano menor que se dedica a la informática.

A los 27 años de edad, Jaime sale por primera vez de casa de sus padres para viajar al extranjero a seguir un curso de postgrado. Allí un Jueves Santo mantiene una relación con una prostituta y comienza a desarrollar un delirio basado en el tema del “contagio”, piensa entonces que le han contagiado el SIDA y teme convertirse en un criminal. Lo atiende un psiquiatra que le diagnostica un “trastorno bipolar” y es hospitalizado durante un par de semanas. Después de este episodio regresa a España a vivir con sus padres. Deja los estudios y se aísla completamente del mundo académico, social y laboral por un período aproximado de dos años.

Viene a la consulta meses antes de cumplir los 30. Mantiene relaciones con prostitutas de manera “compulsiva” y se siente incapaz de controlar la frecuencia de tales visitas, lo que implica un gasto de dinero excesivo y una recurrente preocupación por el contagio del SIDA. En las relaciones sexuales dice no sentir placer sino más bien un tipo de excitación que se mezcla con temor al contagio y con dolor. Hace poco dice haber tenido una relación sexual con un transexual que lo ha dejado muy perturbado, se siente “avergonzado de sí mismo”, “perdido”, “vulgar” y “sin valores”. Dice que tiene una sexualidad “loca” que es incapaz de controlar y se declara lastimosamente “carne de prostíbulos”.

Jaime dice haberse enamorado cuatro veces en su vida, aunque hasta ahora nunca ha tenido ningún tipo de relación de pareja. Señala que desgraciadamente en estas ocasiones se ha “desbordado emocionalmente” y reconoce haber actuado “compulsivamente”. Se observa que a lo largo de su historia ha influido especialmente la crianza de una madre “sufridora” que le inspira compasión, le hace sentir tristeza y le impide ser feliz plenamente. Además, en su hogar le han transmitido lo que él denomina una “formalidad aséptica” y le han inculcado la idea de tener que casarse con un tipo de mujer catalana “de pura cepa”, licenciada y de creencias cristianas.

No resulta difícil observar la dicotomía bueno/malo de su propia identidad

polarizada en un concepto de sí mismo cargado de incertidumbre. Jaime paralelamente mantiene una imagen pública de “sacerdote” y oculta una imagen privada según él de “putero”. Por lo tanto, se describe a sí mismo como cristiano/libertino, autoimagen que obedece paralelamente a sus costumbres y creencias cristianas, y a una sexualidad descontrolada que desahoga en la prostitución.

En este caso, la terapia se orienta esencialmente a comprender el desarrollo de la dicotomía de su propia identidad y el desequilibrio afectivo vivido en el extranjero. Se intentan descubrir matices intermedios dentro de la dicotomía de la identidad personal de Jaime. Esto es, hacer más flexible su visión mística de la vida. Paralelamente, empieza a ampliar su círculo de amistades y aprende a establecer relaciones de amistad con mujeres de su entorno, con lo cual se abren posibilidades de interacción que permitan integrar su sexualidad a la esfera de lo cotidiano. También reconstruye el proyecto de estudios y de trabajo que había quedado interrumpido después del episodio ocurrido en el extranjero.

PROPUESTAS PARA LA PSICOTERAPIA

Al hacer un recorrido histórico de la evolución de las principales escuelas psicológicas del siglo XX, parece interesante mencionar que el modelo post-racionalista surge críticamente en una “nueva era”. Es decir, se desarrolla en un nuevo período de la epistemología y de la psicología, dejando en el pasado las premisas empiristas y racionalistas subyacentes a las concepciones clásicas de la psicoterapia cognitiva (Balbi, 2004). El cambio epistemológico en los conceptos de realidad y observador, que lleva a plantear todo conocimiento desde el punto de vista del sujeto que experimenta, constituye este nuevo período en que se desarrollan los principios de la terapia cognitiva post-racionalista y su fundamento en un enfoque evolucionista de los procesos de la mismidad (Guidano, 1987, 1994).

Hoy en día, desde un punto de vista panorámico se observa una preocupante falta de armonía entre los acelerados avances tecnológicos, científicos y culturales de nuestra época. Situación que pone de manifiesto la importancia de aproximarse desde distintas perspectivas al estudio de los alcances que estos cambios tienen para las múltiples dimensiones de la consciencia post-moderna. Por lo mismo, las últimas tendencias en la continuación del modelo plantean nuevos temas a investigar en el futuro que permitan revisar los principios de la terapia post-racionalista “clásica” a partir de su encuentro con la tradición hermenéutico-fenomenológica y con las neurociencias.

Terapia de Autoanálisis (*Selftherapy*)

La terapia post-racionalista podría ser entendida como una terapia de “autoanálisis” (*selftherapy*). Ya que, partiendo de una visión subjetivista de la

psicopatología y utilizando diversos métodos para la *autorreflexión*, promueve un mayor nivel de *autocomprensión* y *autoconsciencia* en la persona que solicita asistencia psicológica. Independientemente de las técnicas o métodos elegidos - narrativos o simbólicos - se trata de orientar la mirada del paciente hacia la comprensión de su propio estilo de funcionamiento afectivo y de las reglas de coherencia interna que se encuentran en la base de sus manifestaciones clínicas.

Si se considera que los trastornos psicopatológicos se desencadenan por problemas afectivos, entonces cuando se hace referencia a la *subjetividad* no se está dejando de dar importancia al contexto relacional sino que al mismo tiempo también se está haciendo referencia a la *intersubjetividad*. Por lo visto, las perturbaciones emocionales más intensas que experimentan las personas en su historia de vida son las que se activan en el curso de la formación, mantención y ruptura de las relaciones afectivas significativas, siendo el duelo el estado emocional más perturbador (Guidano, 1997).

Siguiendo este punto de vista, si se entiende que el desequilibrio afectivo intenso que produce el desbalance clínico se acompaña de una secuencialización de la experiencia que está siendo poco articulada, entonces la intervención terapéutica se ha de dirigir, independientemente de los métodos que se utilicen, a ampliar la articulación de la trama narrativa para alcanzar así la consiguiente regulación emocional. Una trama narrativa articulada, es decir, rica en escenas, imágenes, contenidos simbólicos y relatos, es una narrativa que puede especificar un grado más amplio de diferenciación emocional y de esta manera la persona puede reconocer mejor cómo está interpretándose a sí misma y al mundo en el nivel de inmediatez de su experiencia discrepante (Guidano, 1997).

Desde esta perspectiva, se podría sostener que la terapia post-racionalista es un procedimiento estratégicamente orientado a aumentar la diferenciación emocional, buscando la comprensión y la posterior reinterpretación abstracta del tema ideoaectivo que ha sido motivo de desequilibrio. Asimismo, se refuerza el restablecimiento del sentido de continuidad de una autoimagen consciente aceptable y unitaria, fomentando la toma de iniciativas en el futuro (Guidano, 1997).

Al respecto, es importante agregar que los estudios sobre regulación emocional, que destacan la influencia de la neurociencia afectiva sobre la psicoterapia, fundamentan estos planteamientos y afirman que el enfoque más apropiado para la psicoterapia sería una reevaluación que incluya y acepte, como parte de la experiencia personal, los afectos “negativos”. Por lo tanto, desde este campo de estudio también se sostiene que la diferenciación emocional sería la clave para el autocontrol de los afectos (Silva, 2003).

Establecimiento de un Diagnóstico Comprensivo

El diagnóstico, en los términos que hoy se plantea, consiste en una aproximación comprensiva del funcionamiento total, tanto mental como corporal, de la

persona que solicita asistencia psicológica; incluyendo no sólo el aspecto sintomático, sino también su potencial (habilidades adaptativas, red de apoyo, calidad de vida, etc.). Gadamer (1995, Pág.168) señala: “comprender al otro es en realidad un arte muy difícil, y además de eso, una tarea humana”. En estos términos, el diagnóstico se plantea desde el inicio de la terapia como un proceso de comprensión de la persona en su globalidad.

Siguiendo esta perspectiva, resultan interesantes los aportes de Sass (2000-2001) que destacan el potencial creativo de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y son una alternativa al énfasis habitual que considera los síntomas de este diagnóstico solamente como aspectos “negativos” o “déficits”. Por lo tanto, más que una simple formulación, el diagnóstico es un proceso interactivo, donde los conceptos de equidad, valores y ética son importantes, así como el respeto hacia la diversidad cultural (Mezzich, 2004). Es decir, más que “aparear etiquetas”, el esfuerzo se ha de dirigir hacia la comprensión de la unicidad y subjetividad de la totalidad del mundo individual y social de cada persona, dentro del amplio espectro de la multiplicidad del ser humano.

En consecuencia, desde una postura post-racionalista, se intentan comprender las perturbaciones clínicas bajo los procesos individuales de coherencia interna y significado personal, considerando el contexto más amplio, histórico y cultural, en que tienen lugar (Guidano, 1994,1995). En otras palabras, desde el inicio de la terapia, los síntomas clínicos son contextualizados en la historia de las transformaciones de la identidad narrativa que la persona ha sido capaz de articular en el curso del desarrollo del ciclo de vida (Arciero, 2004).

Metodología para el Autoanálisis

El desarrollo del siguiente aspecto de la terapia se enmarca en la pregunta de Ricoeur (1995, Pág.120) “¿de qué manera un lenguaje reestructurado por la puesta en escena puede conllevar a una relectura de nuestra propia experiencia según las líneas de fuerza de lo narrativo?”.

A lo largo del proceso terapéutico, se reconstruyen los contextos relacionales (en que surgió el desequilibrio), las narrativas recíprocas y los significados implícitos asociados, estableciendo progresivamente una mayor diferenciación entre la propia subjetividad (*mundo interno*) y la intersubjetividad (*mundo externo*). Esta separación de los propios estados internos, como las fantasías, sentimientos y estados de ánimo, de los estados internos de los otros, consiste en conocer el propio mundo interior y ser capaz de separarlo de la *intencionalidad* de los otros. De este modo, se identifica lo que es anticipado y construido por el propio paciente, tomando el punto de vista del otro y relativizando las certezas del propio punto de vista.

Se identifican los componentes de la experiencia afectiva desencadenantes del desequilibrio, posteriormente son reconstruidos y contextualizados en una dimen-

sión espacio-temporal de la historia personal (cómo, cuándo, dónde y con quién). Las escenas se reconstruyen en un recorrido desde el pasado al presente, y viceversa, incluyendo las anticipaciones futuras. Buscándose una comprensión cada vez más exhaustiva, el evento discrepante es insertado dentro de la perspectiva histórica de la identidad personal. Esto permite que el desbalance clínico adquiera un nuevo sentido, haciéndose más comprensible para el paciente.

Además de promover una comprensión del desequilibrio afectivo en términos subjetivistas de cómo la persona vivencia la experiencia emocional discrepante, desde un punto de vista “sincronístico”, también se intenta construir una representación de la coincidencia de cómo es que la discrepancia aparece en ese contexto intersubjetivo particular. De este modo, se intentan descubrir los temas ideoafectivos que se han activado en esa situación momentánea, construyendo una representación más amplia de las reglas de coherencia interna que se han puesto en juego en la pérdida de equilibrio afectivo.

Cabe mencionar que la *técnica de la moviola* (Guidano, 1994) o las *técnicas defocalización emocional* (Greenberg & Paivio, 2000), son ejemplos de metodologías de autoobservación. Dependiendo del nivel de entrenamiento del terapeuta, también es posible utilizar las creaciones narrativas de los mismos pacientes, por ejemplo, autocaracterizaciones, cartas o poesías. Incluso, se pueden utilizar formas simbólicas de expresión experiencial, como por ejemplo, al trabajar con sueños.

En resumen, el terapeuta post-racionalista pretende reconstruir, a través de un diálogo compartido, una narrativa-histórica consensual que le permita al paciente incluir y aceptar como parte de su historia personal los temas ideoafectivos discrepantes que se han activado en cierto contexto interpersonal significativo, que no están siendo integrados en su trama narrativa y, por tanto, que tampoco están siendo comprendidos.

Aspectos a Promover en el Contexto Terapéutico

Las tres fases de la terapia propuestas por Guidano (1994),

- 1) *preparación del contexto clínico*,
- 2) *construcción del dispositivo terapéutico* (reconstrucción del patrón de coherencia actual y del estilo de apego), y
- 3) *análisis evolutivo* (reconstrucción de la historia personal), se establecen con una sucesión y duración variables según las necesidades y ritmos de cada proceso terapéutico y de cada paciente particular.

No obstante, desde el inicio de la terapia se intenta que el paciente llegue a una *reformulación interna del problema* (Guidano, 1994), esto es, una ampliación del motivo de consulta a su propio estilo de funcionamiento afectivo. De esta manera, se reformula la sintomatología clínica como una expresión del proceso personal de desequilibrio afectivo.

El terapeuta comienza definiendo el contexto terapéutico como una tarea de

colaboración recíproca (Guidano, 1994). En este contexto, a través del *diálogo* y la *reflexión*, se invita al paciente a buscar una mayor autocomprensión y a asumir la *responsabilidad* en sus procesos de cambio personal. Es decir, se le propone primero aclarar su problemática actual, refiriéndola a su propia subjetividad, para que luego él sea quien *libremente* plantee los intentos de solución.

Además, es importante considerar que un ambiente de *confianza* y *aceptación* es fundamental para facilitar que el paciente exprese aspectos de sí mismo que pueden no coincidir con los estándares de normalidad externos. En este sentido, en el contexto terapéutico se intenta facilitar la expresión de la propia subjetividad del paciente, respetando su particularidad, sin importar el grado de adecuación a la normalidad consensual intersubjetiva.

Es posible sugerir que los aspectos más destacados a promover en el paciente son las capacidades de *abstracción*, *flexibilidad* e *integración* (Guidano, 1994, 1995). La *abstracción* es la capacidad de tomar distancia de las emociones predominantes que surgen en la contingencia del fluir emocional y posibilita la autorreflexión. La *flexibilidad* se logra con esta distancia emocional, cuando surge la posibilidad de tener en cuenta una perspectiva más amplia, al relativizar el punto de vista concretizado en la propia emocionalidad y tomar en cuenta otras perspectivas. Por último, la *integración* se logra al hacer coherente la experiencia emocional discrepante con la historia narrada, restableciendo la unitariedad y continuidad de su propia identidad.

Por lo tanto, compartiendo la visión de Gadamer (2001), se podría señalar que una vez restablecido el equilibrio perdido, se apoya la reincorporación del paciente a la vida familiar, social y profesional, orientándolo hacia el camino de retorno a su vida diaria y admitiendo nuevas posibilidades de futuro. La misión esencial del tratamiento sería lograr no sólo que el paciente se recupere, sino también devolverle la unidad consigo mismo al reintegrarlo a su “capacidad de hacer” y a “su ser”.

CONCLUSIÓN

El cambio de mirada hacia la comprensión de aspectos de la propia afectividad y la continua diferenciación interno-externo, son aspectos centrales para una psicoterapia que pretende recuperar el bienestar psicológico del paciente. En lugar de intentar superar la negatividad percibida controlando o corrigiendo aspectos del propio cuerpo o del entorno, se reorienta la mirada del paciente hacia aspectos que tienen que ver con su mundo interior. En este sentido, se promueve una mayor consciencia de la propia subjetividad y así se obtiene mayor claridad respecto a los temas relevantes a tratar en la psicoterapia, reconduciendo el potencial del paciente hacia su mejoría y superación.

La tarea de secuencializar la experiencia del desequilibrio afectivo en la dimensión espacio-temporal de la historia personal permite tomar un distanciamiento a través de la co-construcción de narrativas consensuales que facilitan su

comprensión desde una visión más amplia. Distanciamiento que se logra al haber alcanzado un grado de autoconsciencia suficiente que permita salir de las profundidades del pozo emocional en que se ha caído y esclarecer las oscuridades de la experiencia discrepante. Por tanto, durante el proceso terapéutico la persona se “libera” del ocurrir contingente de su propia emocionalidad y se posiciona en un “justo” camino por recorrer hacia un horizonte con posibilidades. De este modo, y ya para concluir, la terapia post-racionalista se podría concebir como un camino hacia la libertad personal.

Nota de la autora:

En los ejemplos de casos clínicos se han utilizado seudónimos, se han cambiado antecedentes personales y se han omitido datos geográficos, como medida de respeto al acuerdo de confidencialidad terapéutica.

Agradezco a Marta Carrera i Crespo su colaboración en la redacción del texto

La evolución teórica de las ciencias sociales y de salud mental no siempre se acompaña de un avance paralelo en la aplicación práctica de las mismas. Los discursos de los profesionales de la salud mental habitualmente manifiestan la intención de avance pero en la práctica clínica no son pocos los que aún se encuentran atrapados aplicando esquemas y procedimientos que los nuevos tiempos declaran obsoletos. Precisamente, en este artículo se actualizan los principios de la terapia cognitiva post-racionalista según sus últimas tendencias teóricas. Es un simple intento de promover la continuidad de las implicaciones clínicas de este modelo siguiendo su desarrollo conceptual en el marco de la fenomenología y la hermenéutica.

Palabras clave: evolución de las ciencias, salud mental, post-racionalismo, psicoterapia, fenomenología, hermenéutica.

Referencias Bibliográficas

- ARCIERO, G. (2004): *Estudios y Diálogos sobre la Identidad Personal: Reflexiones sobre la experiencia humana*. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas, Islas Canarias.
- BALBI, J. (2004): *La Mente Narrativa: Hacia una Concepción Posracionalista de la Identidad Personal*. Buenos Aires: Paidós.
- GADAMER, H. G. (1995): *El Giro Hermenéutico*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- GADAMER, H. G. (2001): *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- GUIDANO, V. F. (1987): *Complexity of the Self*. New York : Guilford Press.
- GUIDANO, V. F. (1994): *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- GUIDANO, V. F. (1995): *Terapia Post-Racionalista de los Trastornos Psicóticos*. En Aronsohn, S.: Vittorio Guidano en Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano & Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V. F. (1997): *Relación entre Vínculo y Significado Personal*. En Aronsohn, S.: Vittorio Guidano en Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V. F. (1999): Psicoterapia: Aspectos Metodológicos, Cuestiones Clínicas y Problemas Abiertos desde una Perspectiva Post-racionalista. *Revista de Psicoterapia*, 37, 95-105.
- GREENBERG, L. & PAIVIO, S. (2000): *Trabajar con las Emociones en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- IRARRÁZAVAL, L. (2002): *Memoria Clínica para Obtener la Titulación de Master en Terapia Cognitivo Social*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Barcelona.
- IRARRÁZAVAL, L. (2004): Estado Psicótico Maniacal. Una Aproximación Post-racionalista. Tratamiento y Análisis de un Caso. *Revista de Psicoterapia*, 56, 63-82.
- MEZZICH, J. (2004): *The Complexity of Health and the Validity of Diagnosis*. 7th International Conference on Philosophy, Psychiatry and Psychology: Time, Memory and History. Heidelberg University. Exposición sin editar.
- MORA, F. (2004): *¿Enferman las Mariposas del Alma? Cerebro, Locura y Diversidad Humana*. Madrid: Alianza Editorial.
- PESSOA, F. (2002): *Libro del Desasosiego*. Barcelona: Editorial Acantilado.
- RICOEUR, P. (1995): *Crítica y Convicción*. Madrid: Editorial Síntesis.
- RICOEUR, P. (1996): *El sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI Editores S.A.
- RICOEUR, P. (2003): *La Memoria, la Historia, el Olvido*. Madrid: Editorial Trotta.
- SASS, L. (2000-2001): Creativity and the Schizophrenia Spectrum. *Creativity Research Journal*. Vol. 13, 1, 1-16.
- SASS, L. (2002): *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Art, Literature and Thought*. Cambridge: Harvard University Press.
- SILVA, J. (2003): Biología de la Regulación Emocional: Su Impacto en la Psicología del Afecto y la Psicoterapia. *Revista Terapia Psicológica*. 21, 2, 163-172.

MASTER EN TERAPIA COGNITIVO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE BARCELONA
16ª PROMOCIÓN 2005-2008

- El Master en **Terapia Cognitivo/Social** ofrece un ciclo completo de formación en psicoterapia desde una perspectiva cognitivo-constructivista y sistémica, orientado a desarrollar los conocimientos y las habilidades terapéuticas básicas en los ámbitos de intervención individual, grupal, familiar y de pareja.
- Recoge en sus planteamientos didácticos las directrices maestras, relativas a la formación teórica y técnica y a la práctica supervisada, indicadas por la *European Association for Psychotherapy (EAP)*, la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)* y la *Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO)*, a fin de homologar los criterios formativos y acreditativos del ejercicio profesional de la psicoterapia en el ámbito de la Unión Europea. Por tales motivos, así como por su interés científico, el curso favorece el intercambio con otras universidades e instituciones nacionales y extranjeras.
- El Curso, de duración trienal, consta de un total de 600 horas lectivas, equivalentes a 60 créditos. La superación del primer año da acceso al título de Postgraduado. El programa se desarrolla durante el primer semestre de cada año de Enero a Junio y ofrece, además, la posibilidad de desarrollar la formación práctica en centros de salud mental tanto de la red pública como de la privada durante todo el año. La evaluación final se lleva a cabo a través de una memoria clínica de los casos tratados por el alumno durante el período de su formación. Consta de asignaturas básicas que se desarrollan entre semana y de seminarios monográficos de especialización que tienen lugar quincenalmente en fines de semana durante el mismo período con el siguiente:

Horario:

- Lunes y Miércoles 19-21 horas (semanal)
- Viernes 19-21 y Sábados 9.30-13.30 y 15.30-19.30 horas (quincenal)

INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA

Requisitos: Licenciatura en Psicología o Medicina.

Plazas: 20/30 por curso (otorgadas de acuerdo con los méritos expresados en el currículum; si es necesario se realizará una entrevista personal. Se tendrá en cuenta el orden de inscripción).

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

Dirección del curso:

Dr. Guillem Feixas i Viaplana (U.B.)
gfeixas@ub.edu

Dr. Manuel Villegas i Besora (U.B.)
mvillegas@ub.edu

Secretaría del curso:

Información y atención de alumnos:
Laura Galimberti: lgalimberti@ub.edu

MANUAL DE INTERVENCIÓN EN DILEMAS IMPLICATIVOS

Joana Senra

Universidade do Minho

Guillem Feixas

Universitat de Barcelona

Eugénia Fernandes

Universidade do Minho

The notion that human beings face internal conflicts is very old in the field of psychotherapy. Also, it is common the idea that symptoms could be derived from those conflicts. However, attempts for developing ways of appraising those conflicts so that they can be measured and tested empirically are almost inexistent. Precisely, the Multi-Centre Dilemma Project is aimed at investigating the role of those conflicts, termed implicative dilemmas or dilemmatic constructs, in health using the Repertory Grid Technique as a method to identify them. So far, a higher presence of those conflicts has been found in a variety of clinical problems (depression, social phobia, somatic problems, etc.) in comparison to non-clinical samples. Therefore, it seems convenient to develop a form of intervention aimed to dealing and resolving these conflicts.

In this paper a therapy manual focused on implicative dilemmas resolution is presented. It consists of a structured intervention for 15 sessions, designed mainly for research and training in psychotherapy, and based on Personal Construct Psychotherapy.

Key words: Personal constructs; dilemmas; psychotherapy; Repertory Grid

INTRODUCCIÓN

En este artículo se presenta un manual de intervención enfocado a la resolución de dilemas implicativos, tal como son identificados a través de la Técnica de Rejilla (TR). Se trata de una propuesta de intervención estructurada, destinada al uso en investigación y en formación de psicoterapeutas, dentro de una perspectiva de Terapia de Constructos Personales (TCP).

La Psicología de Constructos Personales (PCP) fue propuesta en 1955 por George Kelly, como una teoría general para la comprensión de la experiencia

humana (Botella y Feixas, 1998; Fransella y Dalton, 1990). Esta teoría tiene como base epistemológica el *alternativismo constructivo*, según el cual hay varias alternativas de construcción posibles para dar sentido al mundo. Nadie tiene acceso directo a la verdad, sino que cada uno la ve desde su punto de vista personal. Para este autor, atribuimos significado al mundo a través de un sistema de constructos bipolares que creamos a lo largo de los años por asimilación y acomodación de la experiencia. Este sistema nos permite anticipar el significado de los acontecimientos, haciendo el mundo más previsible y, así, más seguro. Somos como “científicos personales”, construyendo micro-teorías sobre todo con lo que nos encontramos. Día tras día conducimos experimentos para poner a prueba nuestras hipótesis: todo comportamiento es en sí mismo un experimento, una cuestión planteada de forma más o menos consciente. Si estos experimentos confirman nuestras hipótesis, la teoría es validada; si las hipótesis son desconfirmadas, deberá haber una remodelación. El aprendizaje ocurre en la reconstrucción sucesiva de los acontecimientos. El desarrollo humano es, entonces, un proceso continuo y cíclico de construcción de significados (Feixas y Villegas, 2000; Fernandes, 1993; Kelly, 1955).

Principios de Terapia de Constructos Personales

De acuerdo con la epistemología constructivista no es posible tener una interpretación correcta de la realidad; cada persona tiene su visión del mundo, que puede ser más o menos funcional. Aparece un problema cuando el sistema de construcciones del sujeto no es capaz de acomodarse a los acontecimientos con los que se enfrenta. Entonces, los constructos pueden ser invalidados continuamente, pero seguir siendo utilizados repetidamente (Kelly, 1955). Contrariamente a otros abordajes terapéuticos, que se centran en el síntoma y su eliminación, las perspectivas constructivistas (Feixas y Villegas, 2000; Neimeyer y Mahoney, 1995) se concentran en buscar los significados implicados en el problema, o sea, en comprender las construcciones que el cliente hace de sí mismo y del problema, y la forma como estas construcciones se relacionan con el propio problema.

Si para Kelly el ser humano es un científico, el psicoterapeuta es un asesor científico, que acompaña al cliente en sus experimentos, dándole control, limitando el número de variables y su complejidad (Tschudi, 1977). Utiliza la sala de terapia como un laboratorio (Kelly, 2001). Así, la evaluación constructivista se basa en una actitud crédula, en la que el cliente es considerado el mayor especialista en su propio sistema de construcción. Se busca conocer las dimensiones utilizadas por la propia persona para comprender y estructurar su realidad. El terapeuta necesita entender el punto de vista desde el que el cliente da solución a sus problemas. Tal solución, aunque sintomática, no es estúpida ni irracional, es la mejor que ha sido capaz de encontrar hasta el momento. Pero siempre hay una forma de construcción alternativa, que puede resultar más funcional, menos invalidante.

La relación terapéutica se basa en una actitud colaboradora, “de experto a experto” (Botella y Feixas, 1998; Feixas, 1995). El terapeuta tiene una perspectiva curiosa, semejante a la del científico, en la que los constructos del cliente son hipótesis que deberán ser exploradas y testadas. Sin embargo, iniciar nuevos caminos puede dejar al cliente perdido y sin dirección – o sea, sin construcciones disponibles para su experiencia, lo que Kelly denomina ansiedad. Es importante dar al cliente la seguridad de que no está obligado a abandonar sus viejas construcciones (Tschudi, 1977).

A nivel técnico, la TCP hace algunas propuestas (Feixas y Villegas, 2000; Botella y Feixas, 1998), pero deja espacio a la utilización de técnicas diferentes, siempre y cuando se adecuen a una conceptualización constructivista del caso. Cada técnica suele ser propuesta al cliente y evaluada en conjunto, ya que el cliente es el investigador principal en el proyecto.

Los dilemas implicativos

La noción de dilema implicativo surge por primera vez en la Tesis Doctoral de Dennis Hinkle (1965) dirigida por el propio Kelly. Hinkle explica que “una posición polar en un determinado constructo determina posiciones polares en otros constructos” (p. 17). La expresión *dilema implicativo* la utiliza para referirse a una forma de implicación ambigua entre constructos, provocada bien por confusión entre contextos de utilización de los constructos o bien por utilización de la misma etiqueta para dos constructos diferentes.

Pero ya Kelly (2001) hablaba de dilemas en contraposición a la idea ya clásica de *paradoja neurótica* (acciones que realiza el cliente, o inhibiciones, que son perjudiciales para su desarrollo). Dice el autor que cuando un comportamiento no cesa a pesar de no ser recompensado, o incluso ser destructivo, es que el individuo no dispone de alternativas más adecuadas. “Dentro de su propio sistema de constructos, el cliente se encuentra ante un dilema, no ante una paradoja” (p. 70).

Posteriormente, Ryle (1979) define los dilemas implicativos como dicotomías falsas (ej. “*o eres tranquila o eres sensible*”) que restringen las posibilidades de elección o implicaciones falsas (ej. “*si soy alegre entonces seré artificial*”), que inhiben el cambio. También Tschudi (1977) habla de dilema implicativo, cuando el cliente desea hacer un cambio en un constructo, pero hay otro constructo que imposibilita ese movimiento. El sistema está bloqueado, la persona está encallada o forzada a caminar en círculos. Es en este mismo sentido que utilizamos actualmente la expresión, teniendo en cuenta la forma como el sujeto se construye a sí mismo y como desea poder construirse, o sea, como define a su ideal. Estos datos nos informan acerca de áreas de satisfacción (cuando su “yo actual” y su “yo ideal” están en el mismo polo del constructo) y de insatisfacción del sujeto (cuando su “yo actual” y su “yo ideal” están en polos opuestos). Así, hablamos de **dilema implicativo** cuando el problema o un aspecto que el sujeto desea cambiar está

fuertemente asociado a dimensiones positivas de su construcción de sí mismo. O sea, cuando encontramos una fuerte vinculación entre un constructo discrepante (en el que el sujeto desea cambiar) y un constructo congruente (en el que el cliente está satisfecho de su posición actual). Esta asociación significa que el cambio de polo en un constructo implica también el cambio en el otro. En este caso, el cliente puede no realizar el cambio deseado en un constructo determinado porque eso conllevaría un cambio indeseado en el otro constructo. Está bloqueado entre el deseo de abandono del problema y el de mantener sus implicaciones positivas (o evitar implicaciones negativas del polo deseado).

Intentar provocar el cambio en clientes que se encuentren en esta situación sería no solo difícil sino incluso indeseable. El cliente, sabiamente, se resistiría a cambiar, como una forma de proteger su identidad de una invalidación masiva (Sánchez y Feixas, 2001). En lugar de luchar contra la llamada “resistencia”, al detectar los dilemas y trabajar con ellos validamos el sentido de autoprotección del sujeto y aumentamos la calidad de la relación terapéutica, obteniendo así un mejor punto de partida para buscar el cambio (Feixas et al., 2001). Al reconocer la coherencia de la posición del cliente salvaguardamos su dignidad, ya que excluimos una etiqueta de déficit o incompetencia de su parte. Por otro lado, si sabemos qué aspectos impiden al cliente cambiar, podremos finalmente dejar de luchar contra él, y realmente luchar con él para alcanzar sus objetivos de una forma que sea aceptable para la persona.

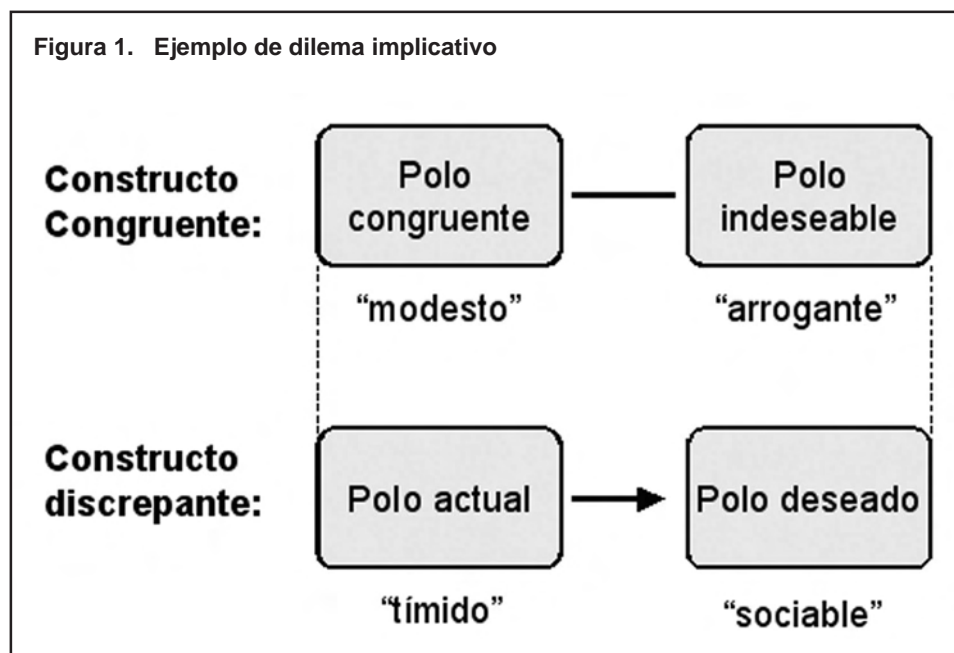
El dilema implicativo es un elemento transversal a los diferentes diagnósticos clínicos del DSM o otros sistemas de clasificación. Se trata de una dimensión de estructura y no de contenido, o sea, diferentes clientes con estructuras dilemáticas pueden presentar diferentes diagnósticos, en función del contenido (o etiqueta) de los constructos envueltos en dichos dilemas.

Evaluación

Los dilemas implicativos pueden ser identificados en la situación clínica de diversas formas, pero nosotros hemos desarrollado (Feixas et al, 2001; Feixas y Saúl, 2005) un método estructurado a partir de la Técnica de Rejilla (Feixas y Cornejo, 1996; Kelly, 1955). Este método consiste en la identificación de **constructos congruentes** (constructos en los cuales el sujeto puntúa el “yo actual” y el “yo ideal” de forma semejante) y de **constructos discrepantes** (los que el cliente coloca el “yo actual” y el “yo ideal” en polos diferentes). El dilema ocurre cuando hay una asociación (correlación Pearson, $r > 0,35$) entre un constructo congruente y otro discrepante, en el sentido de que si se realizara el cambio deseado en el constructo discrepante se daría también un cambio de polo no deseado en el congruente.

Como ejemplo típico de un dilema implicativo podríamos tomar alguno de los casos investigados por Winter (1989) con problemas de ansiedad social. En uno de estos casos (véase fig. 1), en la rejilla aparece el constructo discrepante “tímido” vs.

“sociable”, en el que el “yo actual” se coloca en el primer polo y el “yo ideal” en el segundo, indicando así que la persona desearía realizar un cambio y que, por lo que respecta a este constructo se halla insatisfecha consigo misma. Por otro lado, cuenta con el constructo congruente “modesta” vs. “arrogante” en el que tanto el “yo actual” como el “yo ideal” se ubican en el primer polo. Así, la persona se siente satisfecha con ser “modesta” y no le gustaría un cambio de polo en este constructo. Pero el análisis de la rejilla nos aporta aun otro dato: ambos constructos correlacionan, es decir están asociados en el sentido de que un el cambio deseado en el constructo discrepante implicaría también un cambio, en este caso no deseado, en el constructo congruente. Es por ello que se denomina “dilema implicativo”; el cambio deseado conlleva implicaciones negativas y deviene así un dilema que podríamos formular así: “si dejo de ser tímido y me convierto en sociable dejaría de ser modesto para ser arrogante”. O bien a la inversa: “Si quiero evitar ser arrogante debo seguir siendo tímido”, aunque ninguno de estos dilemas puede expresarse verbalmente por parte del cliente, puede que incluso nunca haya pensado acerca ello. Forma parte de la manera en que tiene estructurado su sí mismo y su mundo interpersonal, lo que no quiere decir que sea consciente de ello.



Analizando las rejillas de los clientes con el programa informático Record v. 4.0 (Feixas y Cornejo, 2002) se obtienen, además de otros datos de interés, las correlaciones entre todos los constructos, así como la identificación de los dilemas implicativos existentes.

El Proyecto Multicéntrico Dilema (PMD)

En 1999 fue creado un proyecto de investigación, con la participación paulatina de diferentes centros de investigación en España, Portugal, Reino Unido, Italia y Sudamérica. Tiene el objetivo de estudiar el papel de los dilemas en diferentes problemas de salud (física y mental), así como desarrollar e implementar métodos terapéuticos focalizados en la resolución de estos dilemas. Los datos ya disponibles (Feixas y Saúl, 2004) indican que los dilemas pueden ser identificados en un tercio (34%) de sujetos de una muestra no clínica de rejillas. En una muestra clínica (consultantes para psicoterapia), sin embargo, los dilemas se identifican en más de la mitad (52,4%) de los sujetos. Los estudios ya realizados indican también que los clientes que no presentan dilemas al inicio de la terapia tampoco los suelen exhibir al final de la misma, mientras que más de dos tercios de la muestra que presentaba dilemas al comienzo de la terapia no los tenía al final. Estos datos sugieren que la psicoterapia, aunque no específicamente dirigida a la resolución de dilemas, produce una reducción significativa del número de dilemas implicativos (Feixas y Saúl, 2004; Saúl, 2005, Fernandes, 2007). Este proyecto se está desarrollando a diferentes niveles de trabajo, como la formación de investigadores, la creación de una base de datos de rejillas o el estudio de la frecuencia de dilemas en poblaciones específicas. “El último paso del proyecto es desarrollar un protocolo de intervención en dilemas implicativos con el objetivo de desarrollar e investigar el efecto de una Terapia Cognitiva Breve y Focalizada en el Conflicto Cognitivo” (Saúl, 2005). Este trabajo pretende desarrollar este último paso.

Objetivos del manual

Teniendo en cuenta los datos preliminares del PMD, parece claro que los dilemas, aunque no sean exclusivos de la población clínica, son más relevantes en estos casos, y tienden a desaparecer o reducir su número con el efecto de la psicoterapia, en paralelo con la reducción de la sintomatología. Estos datos han sido obtenidos con terapias psicológicas no orientadas al trabajo de los dilemas. Nos cuestionamos cuales serían los efectos de una terapia específicamente orientada a la solución de estos dilemas. ¿Será más eficaz un abordaje directo en la resolución de los dilemas? ¿Cual será la relación entre la resolución de los dilemas y la de la sintomatología? ¿Qué dificultades se pueden esperar en una psicoterapia focalizada en los dilemas implicativos? ¿Qué ventajas y desventajas tendrá este abordaje sobre los ya existentes?

Para responder a estas cuestiones se hace necesaria la creación de un manual de intervención breve y semi-estructurado, que facilite tanto la formación de terapeutas en este tipo de trabajo como el estudio del proceso y resultados de dicha terapia. Aunque la TCP defienda un eclecticismo técnico (siempre que se respete una coherencia teórica), a efectos de la investigación resulta necesario un guión de intervención que pueda ser aplicado de forma controlada, lo que exige mayor

estructura y definición. Esto puede constituir también una ventaja para la formación de terapeutas noveles, que de esta forma podrán obtener mayor orientación para la práctica psicoterapéutica.

Este manual está basado en la propuesta original de Feixas y Saúl (2000), presentándose, sin embargo, de una forma más detallada y con opciones técnicas más limitadas. Proponemos una secuencia ya definida de estrategias con el fin de permitir una mayor uniformidad entre procesos terapéuticos. Para su elaboración ha también contribuido la participación de un grupo de trabajo en dilemas implicativos creado a este efecto en la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

Destinatarios

Este manual puede ser utilizado con clientes adultos de consulta psicológica que presenten dilemas implicativos tal como son identificados con la TR. Asimismo, inspirados en la TCP y en consonancia con el interés de potenciar una buena alianza terapéutica, el cliente debe estar interesado en trabajar estos dilemas, aspecto que se va acordando en distintos momentos del protocolo. La falta de este interés por trabajar los dilemas por parte del cliente requiere suspender la aplicación del protocolo y centrar la terapia en los temas que obtengan el beneplácito del cliente, preservando así la calidad de la alianza terapéutica.

Este manual de terapia se puede aplicar a todo tipo de problemática o perturbación psicológica, exceptuando todo lo que se consideran trastornos mentales graves. En efecto, estas situaciones clínicas no podrían ser tratadas fácilmente con un protocolo tan corto y tan específico como éste. Sin embargo, nuestra propuesta podría quizá ser utilizada con estas poblaciones, como parte de una terapia más amplia, que cubra también otras áreas. Las situaciones de crisis deberán también ser excluidas, dado el carácter estructurado del manual y el hecho de que se centre en un aspecto cognitivo concreto y no siempre evidente para el cliente en un primer momento. Así, es previsible que en una situación de crisis el cliente no se encuentre disponible para analizar su estructura dilemática, por lo menos antes de solucionar cuestiones más pragmáticas y urgentes.

Recomendaciones

La aplicación de este protocolo deberá seguir los principios constructivistas en términos de relación terapéutica, evaluación y conceptualización de los problemas del cliente. Los terapeutas deberán tener formación constructivista y específicamente en las técnicas contenidas en el manual, incluyendo supervisión de los casos desde una perspectiva constructivista. El manual está pensado para sesiones semanales de una hora, con excepción de la fase 4 –la terapia de rol fijo– que está planeada para dos sesiones por semana.

Fases del manual

1- Inicio del proceso

Las primeras dos sesiones se destinan al establecimiento de la relación terapéutica, así como a la recogida y elaboración del pedido de ayuda. En esta fase también se realiza la evaluación inicial, que además de la entrevista clínica y evaluación de la sintomatología, incluye la TR, instrumento constructivista que nos permitirá conocer un poco del sistema de construcción del cliente e identificar dilemas implicativos. En el caso de que no se hallen tales dilemas este protocolo no puede aplicarse.

2- Presentación de los dilemas al cliente

Esta fase tendrá, en principio, la duración de una sola sesión, la tercera del protocolo. Consiste en la devolución al cliente de los resultados de la evaluación inicial, centrándose especialmente en la exposición del dilema a trabajar.

3- Elaboración del dilema

Esta fase está compuesta por aproximadamente 5 sesiones, en que serán utilizadas diferentes estrategias. En consonancia con estas estrategias, están también previstas tareas que el cliente deberá realizar entre sesiones. Se pretende aumentar la comprensión que la persona tiene del dilema, tornándola capaz de identificar su influencia en situaciones concretas y, progresivamente, concebir formas de construcción alternativas, en las que el dilema no exista.

4- Resolución del Dilema

Solo llegarán a esta fase los casos en los que no se haya verificado ya una resolución de los dilemas y remisión de la sintomatología en la fase anterior. Cuando haya cambios significativos y éstos estén claramente implantados en la vida cotidiana del cliente, la terapia se terminará sin llevar a cabo esta fase.

Esta fase consiste en la utilización de una misma técnica, la *Terapia de Rol Fijo* (Kelly, 1955, véase Feixas y Villegas, 2000, para una descripción amplia y caso clínico) a lo largo de aproximadamente 5 sesiones. Esta técnica es complementada con algunas otras estrategias a utilizar puntualmente. El objetivo es que el cliente pueda ensayar en la práctica como sería vivir sin el dilema (o sin el problema), teniendo la seguridad de que no le será exigida su eliminación: si el cambio se le presenta como algo demasiado amenazador, podrá volver a su modo de funcionamiento habitual.

5- Finalización

Esta fase consiste solamente en una sesión, en la que se cerrará el trabajo con el protocolo y, posiblemente, el proceso terapéutico. Su localización en el protocolo depende de los resultados obtenidos, pudiendo tener lugar

después de la 3ª o de la 4ª fase, según la necesidad de prolongar más o menos el trabajo con el cliente.

Estructura de las sesiones

Fase 1 – Inicio del proceso

1ª sesión

Objetivos	Estrategias
Establecimiento de la relación terapéutica	Entrevista clínica
Reformulación de la demanda en términos psicológicos operacionales	Análisis de la demanda
Evaluación de la construcción de si mismo	Auto-caracterización
Definición de objetivos para la terapia	

➤ Evaluación inicial de sintomatología

2ª sesión

Objetivos	Estrategias
Acceder al sistema de construcción del cliente	Técnica de Rejilla
Identificar dilemas implicativos	

Fase 2 – Presentación de los dilemas al cliente

3ª sesión

Objetivos	Estrategias
Devolución de los resultados de la evaluación	
Reformulación del problema en términos de dilema	Presentación del dilema al cliente

Fase 3 – Elaboración del dilema

4ª sesión

Objetivos	Estrategias
Conocer las implicaciones supraordenadas de los constructos que forman el dilema	Escalamiento ascendente
Conocer las implicaciones subordinadas de los constructos que forman el dilema	Escalamiento descendente
Recuperar y detallar la formulación del problema como dilema Clarificar la definición de los objetivos terapéuticos: encontrar alternativas viables al problema	ABC de Tschudi

5ª sesión

Objetivos	Estrategias
Concreción de la noción de dilema: relación con la experiencia inmediata del cliente	Reconstrucción de la experiencia inmediata en función del dilema

6ª sesión

Objetivos	Estrategias
Comprensión de las implicaciones relacionales del dilema	Exploración y análisis de las implicaciones relacionales del dilema

7ª y 8ª sesiones

Objetivos	Estrategias
Elaboración del dilema en una perspectiva histórica de la génesis y evolución del dilema	Reconstrucción histórica del dilema

9ª sesión

Objetivos	Estrategias
Elaboración de alternativas al dilema	Trabajo con las excepciones al dilema y con las implicaciones entre constructos
Integración de la experiencia del dilema con los aspectos trabajados en terapia hasta el momento	Redacción de la historia del dilema

➤ Evaluación intermedia de sintomatología y de dilemas (nueva puntuación de la rejilla)

El terapeuta debe evaluar, en este momento, la necesidad de continuar con la terapia. En los casos en los que se verifiquen cambios claros y que hayan sido aplicados por el propio cliente en su vida cotidiana, se pasa directamente a la fase 5 de finalización.

Fase 4 – Resolución del Dilema

10ª a 14ª sesiones

Objetivos	Estrategias
Elaboración de alternativas al dilema Experimentación asistida de actitudes y comportamientos alternativos al problema	Rol fijo del dilema resuelto
Integración del trabajo realizado a lo largo de la fase 4	Carta al personaje del rol fijo

Fase 5 – Finalización

15ª sesión

Objetivos	Estrategias
Finalización del proceso terapéutico	
Prevención de la recaída	Anticipación de dificultades futuras u obstáculos para el mantenimiento de los beneficios y de formas de afrontamiento
Valoración y consolidación de los beneficios de la terapia	Revisión del proceso terapéutico

Descripción de las técnicas

Fase 1 – Inicio del proceso

Análisis de la demanda

El proceso terapéutico empieza, la mayoría de las veces, por la elaboración del pedido de ayuda – o de algo equivalente a una demanda (Kelly, 1955). Según Villegas (1996), esta demanda tiende a presentarse en psicoterapia de forma semejante al pedido de ayuda médica, siendo frecuentemente necesaria su reformulación en términos psicológicos como condición preliminar para el trabajo psicoterapéutico.

- a) Acogida de la demanda del cliente
- b) Valoración de la demanda por parte del terapeuta
- c) Cuando sea necesario, renegociación de la demanda en términos psicológicamente operacionales, que permitan un trabajo claro y abiertamente dirigido a dimensiones psicológicas del cliente, como es el trabajo con dilemas.

Auto-caracterización

“Si no sabes lo que pasa con una persona, pregúntaselo; es posible que te lo diga“ (Kelly, 1955, p. 241). La técnica de auto-caracterización es presentada como una forma de hacer esa pregunta y así acceder a la construcción que el individuo hace de sí mismo. Es pedida al cliente con las siguientes instrucciones:

Me gustaría que escribieras una descripción de Fernando (nombre del cliente), como si fuera escrita por un amigo que lo conociera muy bien, tal vez mejor que nadie lo conoce en realidad. Escribe en tercera persona. Por ejemplo, empieza con: *Fernando es...*

Fase 2 – Presentación de los dilemas al cliente

Presentación de los dilemas al cliente

A continuación de una devolución de resultados de la evaluación inicial de la sintomatología, se centrará la atención sobre la rejilla del cliente.

- a) Selección de los dilemas a trabajar
[Cuando haya más de un constructo discrepante implicado en dilemas; si no es el caso se pasa directamente a b)]
 - Presentar al cliente los diferentes constructos discrepantes envueltos en dilemas;
 - Preguntar qué importancia tiene cada uno de ellos: hasta qué punto desea cambiar en esa dimensión, y cuál es su relevancia para el problema actual o para su motivo de consulta.
 - Preguntar si desea trabajar en terapia estas dimensiones y, si responde afirmativamente para más de una, por cuál desea empezar el trabajo.

Ejemplo:

“Al leer tus respuestas en la rejilla, he notado que hay algunos aspectos en los que el ‘yo actual’ y el ‘yo ideal’ se encuentran bastante distantes, como por ejemplo tímido - sociable. El ‘yo actual’ es ‘muy tímido’ y el ‘yo ideal’ sería ‘bastante sociable’. Parece que esta sería una dimensión en la cual desearías cambiar. ¿Es este un aspecto que te gustaría trabajar en la terapia?”

(repetir estas preguntas para los restantes constructos discrepantes envueltos en dilemas)

“De estos diferentes aspectos, ¿cuál te preocupa más en este momento?
¿Cuál te gustaría trabajar primero?”

En el caso de que responda negativamente para todos los constructos, la terapia seguirá en otro formato, ajeno a este protocolo.

b) Exploración del constructo discrepante elegido

Explorar el significado de los polos actual y deseado.

Ejemplo:

“Para ti, ¿qué es ser una persona tímida? ¿Y qué significa ser sociable?”

Explorar otros constructos asociados.

Ejemplos:

“¿Cómo son, en general, las personas tímidas? ¿Y las personas sociables?”

“Las personas que son sociables, ¿qué otras características suelen tener?
¿Y las que son tímidas?”

Por supuesto, ésta no es una secuencia obligatoria; en el caso de que el cliente tenga dificultad en responder a alguna cuestión, se pasa a la siguiente.

c) Relación con los elementos de la rejilla: características asociadas ya referidas y otras (positivas e negativas).

Ejemplos:

“En la rejilla vemos que por ejemplo tu amigo Pedro es una persona ‘muy sociable’. ¿Es esto así?”

“De hecho, también has respondido que él es ‘muy alegre’ y ‘bastante gracioso’. Suena bastante agradable.”

“Pero parece que también es bastante ‘presumido’. Y además ‘un poco egoísta’. ¿Es verdad?”

“Parece entonces que Pedro, a pesar de ser sociable, no es exactamente el tipo de persona que desearías ser...”

(Incluir otros elementos con características semejantes)

“Tu madre, al contrario, es una persona ‘muy generosa’, y ‘bastante modesta’, estoy en lo cierto?”

“Pero por otro lado es ‘muy tímida’...”

(utilizar también otros ejemplos)

d) Presentación del dilema a partir de los ejemplos de las figuras exploradas:
Ejemplos:

“Realmente, teniendo en cuenta los ejemplos de estas personas que conoces, queda menos claro hasta que punto interesa ser sociable...”

“De hecho, las personas sociables que conoces tienden a ser también egoístas y presumidas. Y esto está muy lejos de tu ideal...”

“Por otro lado, las personas tímidas que conoces son en general modestas y generosas. Parecen más cercanas a lo que te gustaría ser...”

“Parece que estamos en una especie de dilema: deseas tornarte sociable, pero eso suele ir asociado a otras características que no te gustan nada. Así, casi que es mejor seguir siendo tímido, y por lo menos no perder aquellas características positivas que ya tienes, como generoso e modesto...”

“¿Esto tiene sentido para ti?”

“¿Podría ser algo así lo que pasa contigo, y que hace que sea tan difícil superar la timidez?”

Proponer la focalización de la terapia en el trabajo con este dilema (por supuesto, en el caso de que el cliente haya aceptado esta reformulación).

Ejemplo:

“¿Tendría sentido para ti seguir trabajando acerca de este dilema, en la línea de lo que hemos hecho hoy?”

Si la persona no considera relevante trabajar esto, la terapia seguirá en otro formato, ajeno a este protocolo.

Fase 3 – Elaboración del dilema

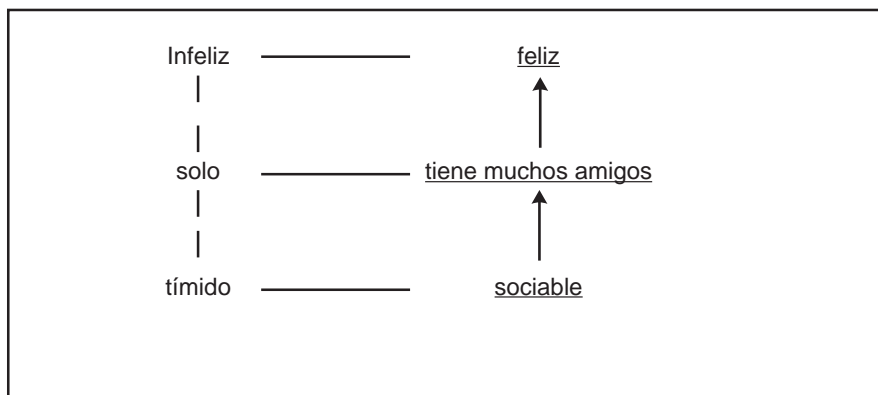
Escalamiento

Esta técnica ha sido creada por Hinkle (1965) con el objetivo de acceder a los constructos supraordenados de un constructo elicitado a un cliente o sujeto de investigación. El nombre **escalamiento** (*laddering*) fue propuesto posteriormente por Bannister y Mair (1968). Su flexibilidad, sencillez y su presunta capacidad para acceder a constructos más centrales (que se suponen más importantes) ha proporcionado gran popularidad a este método. Además, suele resultar muy interesante también para el sujeto que responde, ya que le proporciona una mayor comprensión de su propio mundo.

Neimeyer y sus colaboradores (2001) han realizado el primer estudio a gran escala (n = 103) destinado a evaluar la validez de constructo del escalamiento como medida de la estructura jerárquica de los sistemas de constructos, obteniendo cierto apoyo para asumir que la técnica de escalamiento ascendente efectivamente accede a dimensiones supraordenadas o nucleares de los sistemas de significado personales. Procede de la siguiente manera:

- a) Tomar el constructo discrepante, y preguntar porqué el polo deseable es preferido al otro (polo actual).
- b) La respuesta a esta cuestión constituye el peldaño siguiente de la escalera, siendo entonces necesario pedir el polo opuesto: el contraste a esa ventaja.
- c) Teniendo presentes los dos polos, preguntamos cual de los dos lados prefiere la persona.
- d) Una vez más preguntamos porqué, y cuál sería el contrario de esa ventaja. Tenemos así un peldaño más de la escalera.

Esta secuencia continúa hasta que la persona no sea capaz de explicar porque prefiere determinado polo, o solamente dé pequeñas variaciones de las respuestas dadas en niveles anteriores. El resultado es una jerarquía de varias capas de significados personales, como en el ejemplo:



Escalamiento Descendente

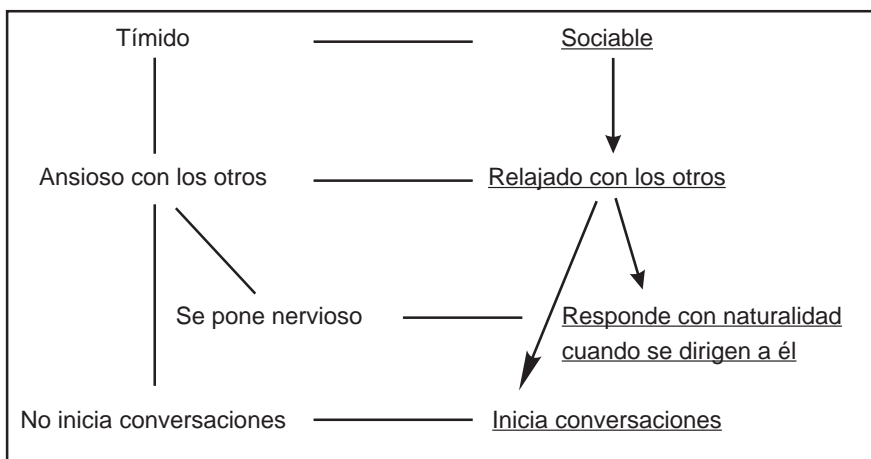
- a) Tomar el constructo inicial (discrepante) y pedir aspectos concretos del polo deseado, y sus opuestos.

Ejemplos:

“¿En qué se puede ver que alguien es sociable?”
“¿Cómo notas que alguien es sociable?”
“¿Cómo saben las personas que eres tímido?”
(para cada respuesta preguntar por el opuesto)

- b) Preguntar, para los nuevos constructos, cual es la preferencia del sujeto. Si han surgido varios constructos subordinados, elegir uno para continuar el escalamiento, el que le parezca más importante al cliente o más relacionado con el problema).
- c) Volver a pedir nuevos aspectos concretos, y sus opuestos.

Continuar el procedimiento hasta que los aspectos sean bastante concretos y/o comportamentales, y por tanto no se pueda continuar buscando constructos subordinados. El resultado es una jerarquía descendente de significados personales, como en el ejemplo:



Repetir el procedimiento con el constructo congruente

Discutir con el cliente el ejercicio realizado: como lo ha vivido, aspectos que le han llamado la atención, descubrimientos realizados...; también aspectos que el terapeuta ha notado: dudas, constructos peculiares, cambios de lado de preferencia, constructos subordinados o supraordenados repetidos en los dos escalamientos...

Tarea para casa: reflexionar acerca del escalamiento, y responder a algunas cuestiones (el terapeuta deberá entregar al cliente una copia de la hoja del

escalamiento y una ficha con cuestiones para reflexionar).

ABC de Tschudi

Desde una perspectiva kelliana, todo comportamiento es una pregunta. Tschudi (1977) defiende que los síntomas tienen muchas veces que ver con cuestiones mal formuladas, o formuladas de forma “poco honesta”. Esta técnica ha sido propuesta con el objetivo de ayudar a las personas a clarificar sus objetivos y a plantear cuestiones más directas. Es una forma de representar un dilema implicativo, de clarificar que hay por lo menos un constructo que impide a la persona cambiar.

- 1- Tomar el constructo discrepante (A) (compuesto por los polos actual y deseado) y clarificar porqué esta situación es considerada un problema, o sea, qué ventajas hay en pasar al polo deseado, y que desventajas tiene el polo actual. Se obtendrán así los constructos B.
- 2- ¿Qué le impide a la persona cambiar? Para obtener los constructos C, se puede pedir al cliente que piense acerca de las ventajas que puede tener el polo actual y las desventajas que puede tener el polo deseado.
- 3- Explicitar el objetivo de la terapia en función de este ejercicio: buscar otros medios para mantener las ventajas del problema que no el propio problema/ síntoma, o una forma de combinar el polo deseado con las ventajas del problema.

Ejemplo:

A:	Tímido	Sociable
B:	Dificultad en hacer amigos Soledad	Facilidad en hacer amigos No sentirse solo
C:	Auténtico No es rechazado No se expone	Artificial Riesgo de rechazo Se expone

Reconstrucción de la experiencia inmediata en función del dilema

La reconstrucción es un concepto marcadamente constructivista, constituyendo la tarea principal de la psicoterapia (Harter, 1990). Tiene un papel central en el modelo de Guidano (1991) y, al mismo tiempo, es la última fase del *ciclo de la experiencia* (véase Feixas y Villegas, 2000), a través del cuál damos significado a la realidad. En esta técnica se revisa el ciclo de anticipación, implicación, encuentro, validación o invalidación y revisión constructiva que el cliente ha vivido en situaciones problemáticas. Se pretende ayudarlo a tomar consciencia de qué hipótesis está poniendo a prueba y qué resultados está obteniendo, así como a elaborar alternativas de construcción que resulten más válidas, al menos con más probabilidades de resultar validadas. Se procede de la siguiente manera:

- a) Tomar un episodio en el que aparece el problema y pedir al cliente que lo describa en detalle desde su inicio hasta la resolución.
- b) Preguntar, en cada fase (contextualización, inicio de los acontecimientos, desarrollo de la acción, final del episodio), qué pensaba, qué sentía, qué ha hecho, qué ha pasado...
- c) Identificar los puntos en los que se inician las emociones, y explorarlos en detalle:
 - a. Relacionar las emociones con los significados
 - b. Explorar las conexiones de la experiencia trabajada con el dilema: identificar elementos del constructo congruente en el episodio, explorar la vivencia de esos elementos, su relevancia, asociación con las emociones...
- d) Elaborar alternativas al dilema en este episodio concreto (qué otras cosas se podrían pensar, que podría haber hecho...)

Tareas para casa: Recogida de nuevos episodios en que sea visible el dilema y, a su vez, episodios que constituyan excepciones al dilema.

Trabajo con las implicaciones relacionales del dilema

Dado el rol fundamental de las relaciones interpersonales en la formación de los significados personales, también en el origen y mantenimiento de los dilemas los otros significativos tienen un lugar de relieve. Así, pretendemos hacer que el cliente sea más consciente de cómo sus relaciones interpersonales determinan su construcción de la realidad, para que se vuelva capaz de crear construcciones alternativas, menos dependientes de aquellas figuras.

- a) Tomar un acontecimiento en el que sea visible el dilema y pedir al cliente que lo describa con detalle.
- b) Identificar en el episodio las figuras que validan o confirman el dilema (los “cómplices” del dilema), es decir, las personas que representan los polos deseado e indeseado. O bien aquellas que esperan que el cliente siga comportándose así, o que indican que si se diera el cambio deseado eso supondría un cambio más global e indeseado para el cliente, si las hubiese.
- c) Buscar figuras alternativas al dilema, las que se encuentren al mismo tiempo en los polos deseado y congruente.

Reconstrucción histórica del dilema

El significado de la experiencia está ligado a la naturaleza y al proceso de construcción narrativa, así como a la coherencia de la misma narrativa. Al construir su propia historia, el individuo necesita mantener su sentido de identidad a través de las diferentes narrativas existentes a lo largo de su vida, así como en cada una de las narrativas que la componen (Gonçalves, 1998). La reconstrucción histórica permite comprender el sistema de construcción del cliente en diferentes momentos

de su historia, y su coherencia a través del tiempo. Se pretende identificar en el tiempo el surgimiento del dilema y las diferentes formas de vivirlo a lo largo de los años, promoviendo en el cliente un sentido histórico de coherencia.

- a) Pedir al cliente que recuerde, a lo largo de su vida, un episodio por año en que se verifique el dilema (siempre que sea posible; es natural que para algunos años el cliente no consiga identificar ningún episodio).
- b) Verificar qué representaban los diferentes polos del dilema en aquel momento vital.
- c) Después de la recogida de todos los episodios, discutir con el cliente: cómo el dilema ha tomado forma a lo largo del tiempo, qué momentos se asocian a su solidificación, qué figuras han sido importantes en esa construcción...
- d) Tarea para casa: identificación de episodios a lo largo de la vida en que no ha estado presente el dilema.

Elaboración de alternativas al dilema

Incluso en las historias más saturadas por los problemas, hay momentos en los que estos no han dominado. Estas excepciones son el motor del cambio: en la medida que son identificados y explorados abren camino para una forma alternativa de construir la realidad, volviéndose cada vez más frecuentes (White y Epston, 1990; Gonçalves y Henriques, 2002).

- a) Tomar las excepciones al dilema encontradas (en el trabajo anteriormente realizado, tanto en las sesiones como en casa)
- b) Extender esas excepciones a otros momentos y contextos: ¿qué sería necesario para que la excepción ocurriera más veces? ¿Cómo podemos conseguirlo?

Redacción de la historia del dilema

Esta estrategia se basa en los presupuestos de la narrativa como principio organizador de la experiencia humana (Sarbin, 1986). La escritura acerca de los problemas de uno ha mostrado traer beneficios para la salud física y mental. Una explicación para este hecho es que escribir ayuda a las personas a reorganizar sus pensamientos y sentimientos y a crear narrativas más coherentes o significativas sobre los acontecimientos de su vida (Graybeal, et al., 2002). Para este fin, se propone al cliente la redacción de la historia del dilema trabajado: cómo ha surgido, cómo ha influenciado su vida, cómo lo ve ahora.

Fase 4 – Resolución del Dilema

Terapia de Rol Fijo

La terapia de rol fijo es propuesta en la obra de Kelly (1955), pero ya venía siendo utilizada por él desde finales de los años 1930. Es considerada la técnica más

distintiva de la TCP, y una forma practica y radical de conseguir el cambio (Neimeyer et al., 2003). Según Neimeyer y Bridges (2003, cit Neimeyer et al., 2003), esta ha sido la primera forma de terapia breve.

Consiste en un experimento proyectado por el terapeuta y que debe ser aceptable para el cliente, en el que crea un rol nuevo, un personaje ficticio que enfrenta desafíos semejantes en su vida, pero que los aborda desde una perspectiva diferente. Este rol alternativo es construido por el terapeuta como la caracterización de un personaje a partir de una auto-caracterización del propio sujeto (técnica de evaluación también propuesta en la obra de Kelly, 1955). El cliente representa este personaje por un período determinado de tiempo (normalmente algunas semanas), con el objetivo de probar como sería construir el mundo de una forma distinta a la habitual. Al final del experimento, terapeuta y cliente evalúan los resultados y éste decide si quiere o no mantener algunas de las características experimentadas.

1. Presentación del esbozo del rol fijo

- a) Presentar al cliente el esbozo del rol fijo previamente preparado por el terapeuta.
- b) Preguntar al cliente:
 - Si este personaje le parece real;
 - Si se parece a alguien que a él/ ella le gustaría conocer.
- c) Hacer, conjuntamente con el cliente, los ajustes necesarios al esbozo.

2. Proponer el desempeño del rol fijo:

Ejemplo:

“En las próximas semanas, en lugar de tratar directamente tus problemas, me gustaría sugerir algo diferente. Supongamos que Fernando se va de vacaciones y en su lugar se quedará *Pablo*. Actuarás como Pablo, hablarás como él y hasta pensarás como él. Harás todo lo que haría él, comerás lo que comería él y, si es posible, tendrás los sueños que Pablo tendría. Quédate con esta copia del guión de Pablo y léela varias veces por día (especialmente por la noche y por la mañana, cuando te levantes), y siempre que tengas dificultad en desempeñar este rol.

Durante este tiempo nos veremos dos veces por semana, para ayudarte a desempeñar este rol, anticipando algunas situaciones para que puedas desempeñar el rol de Pablo lo mejor posible. No te preocupes con Fernando durante este tiempo, ni siquiera tenemos que pensar en él por ahora – está de vacaciones y no quiere ser molestado. Ya volverá de aquí a unas semanas y entonces podremos hablar con él.”

3. Proponer los primeros ensayos en función de las actividades del cliente en los

- próximos días, priorizando interacciones profesionales o académicas.
4. Ensayar algunas de las situaciones en las que deberá poner en práctica el nuevo rol (role-playing).

Tareas para casa: Desempeño del rol fijo en situaciones de trabajo o académicas.

(En la sesión siguiente)

5. Evaluación del ensayo del rol fijo durante la semana anterior: éxitos y dificultades, reacciones de los otros, sentimientos...
6. Preparación de los próximos ensayos y anticipación de dificultades (se trabaja con role-playing para afrontarlos).
Repetir el procedimiento con los sucesivos niveles de ensayo: con compañeros y amigos del mismo sexo; con el cónyuge (o una persona del sexo opuesto); con los padres.
7. Cierre del rol fijo: evaluación de la experiencia del rol fijo a lo largo de las semanas anteriores – sentimientos, reacciones esperadas e inesperadas, ventajas y desventajas en relación al sí mismo habitual, aprendizajes... Decisión de qué pretende o no mantener/ aprovechar el cliente del rol fijo para su propia vida.

Carta al personaje del rol fijo

La escritura de una carta de despedida es habitual en el trabajo de algunos terapeutas constructivistas (Mahoney, 2003). Ésta es una estrategia de preparación del cierre del proceso terapéutico, en este caso del protocolo de trabajo con dilemas. Al mismo tiempo, surge en continuidad con la terapia de rol fijo, funcionando también como un cierre para esta actividad, ya que se dirige justamente al personaje encarnado durante ese experimento.

Notas finales

Este manual ha sido creado en el contexto de un proyecto de doctorado, constituyendo un primer paso en un estudio más extenso. A continuación, se formarán psicoterapeutas para su aplicación, y se tratarán varios casos de acuerdo con esta propuesta, recibiendo una supervisión adecuada al protocolo. Estos casos, su proceso terapéutico, serán objeto de un estudio intensivo, intentando responder a diversas cuestiones tanto a nivel de resultados como del propio proceso y relación terapéutica.

Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda recibida por Joana Senra del Programa Operacional Ciencia e Inovação 2010, Ministerio da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, y por el Fondo Social Europeo de la Unión Europea.

La idea de que los humanos tenemos conflictos internos y que de ellos se puedan derivar síntomas y/o sufrimiento es muy antigua en el campo de las psicoterapias. Sin embargo, pocos han sido los intentos por apreciar esta cuestión de forma empírica. Precisamente, el objetivo del Proyecto Multicéntrico Dilema ha sido investigar el papel que tienen en la salud estos conflictos, definidos como dilemas implicativos o constructos dilemáticos identificados a través de la Técnica de Rejilla. Se ha detectado una mayor prevalencia de estos conflictos en una gran variedad de problemas clínicos (depresión, fobia social, problemas somáticos, etc.), por lo que parece indicado desarrollar una forma de intervención que permita abordarlos y resolverlos.

En este trabajo se presenta un manual de intervención enfocado a la resolución de dilemas implicativos. Se trata de una propuesta de intervención estructurada, de 15 sesiones, destinada principalmente al uso en investigación y en formación de psicoterapeutas, dentro de una perspectiva de Terapia de Constructos Personales.

Palabras clave: Constructos Personales; dilemas; psicoterapia; Técnica de Rejilla

Referencias bibliográficas

- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes
- Feixas, G. (1995). Constructos personales en la práctica sistémica. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pág. 273-309). Barcelona: Paidós, 1998.
- Feixas, G., Ávila, A., Saúl, L. A. y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Psicología Clínica, X(1)*, 5-13
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD V. 2.0* (2ª ed.). Barcelona: Paidós
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2000) Detección, Análisis e Intervención en Dilemas Implicativos. <http://www.usal.es/tcp/protoCastellano/introduccion.htm> 26-06-2006
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology, 7*, (1), 69-78
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2005). Resolution of dilemmas by personal construct psychotherapy. En David Winter y Linda Viney (Eds.), *Personal Construct Psychotherapy: Advances in theory, practice and research*. London: Whurr
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000) *Constructivismo y Psicoterapia* (3º ed. rev.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernandes, E. (1993). *Exploração de Construtos Pessoais sobre o self em mudança: Um estudo preliminar com sujeitos depressivos e agorafóbicos*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Fernandes, E. (2007). When what I wish makes me worse... to make flexible the coherence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*, 165-180.
- Fransella, F. y Dalton, P. (1990). *Personal Construct Counselling in Action*. London: Sage
- Gonçalves, M. y Henriques, M. R. (2002). *Terapia Narrativa da Ansiedade*. Coimbra: Quarteto
- Gonçalves, O. (1998). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002.
- Graybeal, A., Sexton, J. D. y Pennebaker, J. W. (2002). The Role of Story-Making in Disclosure Writing: The psychometrics of narrative. *Psychology & Health, 17*, 571-581
- Harter, S. (1990). La psicoterapia como proceso reconstructivo. *Revista de Psicoterapia, 1*, 57-70.
- Hinkle, D. N. (1965). The Change of Personal Constructs from a Viewpoint of a Theory of Construct Implications. Tesis Doctoral no Publicada. The Ohio State University.
- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (2 vol.). New York: Norton.

- Kelly, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. J. (2003). *Psicoterapia reconstructiva*. Barcelona: Paidós, 2005.
- Neimeyer, R. A., Anderson, A. y Stockton, L. (2001). Snakes versus ladders: a validation of laddering technique as a measure of hierarchical structure. *Journal of Constructivist Psychology, 14*, 85-105
- Neimeyer, R. A., Ray, L., Hardison, H., Raina, K., Kelley, R. y Krantz, J. (2003). Fixed Role in a Fishbowl: Consultation-based fixed role therapy as a pedagogical technique. *Journal of Constructivist Psychology, 16*, 249-271
- Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretative psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry, 134*, 46-54.
- Sánchez, V. y Feixas, G. (2001). La “resistencia” en la psicología de los constructos personales. *Revista de Psicoterapia, 12 (46/47)*, 133-162.
- Sarbin, T. R. (1986). The Narrative as a Root metaphor for Psychology. En Theodore R. Sarbin, (Ed.). *Narrative Psychology: the storied nature of human conduct*. New York: Praeger
- Saúl, L. A. (2005). El papel de los conflictos cognitivos en la salud mental: implicaciones para el cambio terapéutico. Tesis Doctoral no Publicada. Universidad de Salamanca.
- Tschudi, F. (1977). Loaded and Honest Questions: A Construct Theory View of Symptoms and Therapy. En D. Bannister (Ed.), *New Perspectives in Personal Construct Theory* (pp. 321-349). London: Academic Press
- Villegas, M. (1996). El Análisis de la Demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia, 26-27*, 25-78.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós, 1996.

Postgrado en INTERVENCIÓN INTEGRAL EN DOLOR CRÓNICO (Enfoque Biopsicosocial) Universitat de Barcelona

PRESENTACIÓN

El Postgrado "Intervención Integral en el Dolor Crónico" (Enfoque Biopsicosocial) es producto de la colaboración entre la Universidad de Barcelona y el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Can Ruti) y nace de la necesidad de disponer de una formación que conciba la persona que sufre dolor crónico en su totalidad.

- **El objetivo** de este postgrado es ofrecer a los diversos profesionales interesados en el tratamiento integral del dolor crónico conocimientos teóricos y prácticos que amplíen su formación en esta especialidad.
- El postgrado está **dirigido** especialmente a médicos, farmacéuticos, psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, fisioterapeutas, trabajadores sociales, educadores sociales y en general a todas aquellas personas interesadas en profundizar en el estudio y el tratamiento del dolor crónico.
- El Postgrado tiene una **duración** de un año con un total de 200 horas (20 créditos), de los cuales 135 corresponden a la formación teórica (seminarios monográficos) y 65 a actividades prácticas. Los seminarios se organizan en seis módulos y se desarrollan en quince fines de semana a lo largo del curso.
- **Lugar:** Aulario de la Facultad de Psicología, Passeig de la Vall d'Hebron, 171 (Campus Universitario de la Vall d'Hebron). Para algunas actividades prácticas se utilizarán los espacios pertinentes, de acuerdo con las características de cada actividad.
- **Horario:** Las actividades lectivas se llevan a cabo en fin de semana: viernes de 16 a 21 y sábados de 9 a 14 (fechas a concretar según calendario)

INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA

- El **inicio** de la primera convocatoria está previsto para el curso 2007-2008. La preinscripción se realizará durante el mes de setiembre y la matrícula en el mes de octubre. Puede solicitarse reserva de plaza en cualquier momento escribiendo a la Secretaría electrónica.
- Información y preinscripciones:
Laia Villegas: dolorcronic@yahoo.es
- Precio matrícula anual: 2000•

LA SEMÁNTICA DE LA OBESIDAD: UNA CONTRIBUCIÓN EMPÍRICA¹

Marco Castiglioni y Laura Contino

Universidad de Turin (Italia)

lcontino@ub.edu

In this research, the hypothesis of Valeria Ugazio regarding semantics of obesity is submitted to a systematic exploration. The hypothesis is based in the concept of familiar polarities. The core constructs for obesity are especially included in the polarity winner – loser. Obese persons consider themselves as losers into familiar system.

Key words: Obesity, Semantic polarities, systemic therapy, constructs.

Introducción

Nunca como hoy el problema de la obesidad ha recibido tanta atención por parte de los medios de comunicación. La difusión de este trastorno se halla en continuo aumento y en los países occidentales industrializados se puede hablar de una auténtica epidemia social. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1997), aproximadamente la mitad de los adultos europeos entre los 35 y 65 años son obesos o tienen sobrepeso y el problema afecta cada vez más a los jóvenes. En los Estados Unidos, la situación es todavía más grave. En este escenario, se pronostica que Italia será, entre los países europeos, el país con el mayor número de personas que padecen esta enfermedad. La obesidad es más frecuente entre las mujeres mientras que el sobrepeso lo es más entre los hombres.

El estudio de la obesidad hace tiempo que ha sobrepasado el ámbito estrictamente médico-biológico para convertirse en objeto de las ciencias humanas y sociales. Por fin, junto con las causas físicas y orgánicas, se reconoce la importancia de componentes psicológicos y sociales en la etiología de esta patología: la obesidad se inserta plenamente entre los Trastornos de la Alimentación Psicógenos (Disturbo Ansioso Psicógeno DAP), junto con la anorexia nerviosa y la bulimia (Guidano, 1987; Ugazio, 1998).

Asumiendo como válido el presupuesto de herencia cognitivo-constructivista según el cual la psicopatología es una ciencia del significado (Guidano, 1987), surge inmediatamente la pregunta acerca de los significados psicológicos vinculados a la obesidad: ¿existe una “semántica de la obesidad”? y, en ese caso, ¿cuáles son sus rasgos destacados? La investigación que presentamos aquí es un intento de dar una respuesta empírica a estas cuestiones.

En particular, esta investigación se propone someter a prueba empírica algunas de las tesis que sostiene Ugazio (1998) sobre la organización psicopatológica de los DAP. Desde una perspectiva teórica sistémico-construccionista, la autora sostiene que el “significado personal” (Bara, 1996; Guidano, 1987) característico de las diversas organizaciones psicopatológicas se desarrolla en el seno de un contexto familiar caracterizado por un constructo semántico específico, organizado en opuestos polares (por ejemplo, bueno/malo, inteligente/estúpido, justo/injusto). En el seno del contexto familiar, cada individuo construye y desarrolla su propia identidad, com-poniéndose con los otros miembros de su familia respecto a la dimensión semántica destacada. De este modo, “el desarrollo de cada psicopatología depende de la posición particular que el individuo y las personas significativas para él adoptan respecto a la polaridad crítica” (Ugazio, 1998, p. 29; p. 33 de la traducción). La subjetividad y la identidad personal de los individuos corresponden, desde esta perspectiva, a una posición en la trama de las “polaridades semánticas familiares”². Para la organización psicopatológica DAP, de la que forma parte la obesidad, la dimensión semántica destacada es la del poder, que se articula en la polaridad “ganador-perdedor” y en los significados relacionados con ella.

Objetivo e hipótesis

El objetivo de la investigación es verificar si la semántica del poder –y en particular el constructo “ganador/perdedor” con sus correlatos- es la dimensión de significado preeminente en los sujetos obesos, tal como sostiene Ugazio (1998). Esta dimensión semántica parece estar tan presente en el sentido común y en los modelos de identidad propuestos por los medios de comunicación que podría presuponerse que no sólo está presente en la organización psicopatológica DAP, sino también en una especie de “universal” compartido, típico de las sociedades occidentales contemporáneas.

Con esta finalidad, obtuvimos y analizamos los constructos personales (Kelly, 1955) elicitados por un grupo de jóvenes obesos o con sobrepeso, confrontándolos con los constructos elicitados por un grupo de control.

La hipótesis formulada es que en el grupo de los participantes obesos/con sobrepeso los constructos relativos a la semántica del poder estarán presentes de modo estadísticamente más significativo que en el grupo control.

Método

Sujetos Participantes

Los sujetos participantes en la investigación son 24 jóvenes, nacidos en el norte de Italia y residentes en la provincia de Torino, de una edad comprendida entre los 14 y 20 años (con una edad media de 16 años) y de nivel socioeconómico medio.³ Se subdividieron los participantes en dos grupos de igual número: un Grupo 1 de participantes obesos o con sobrepeso y un Grupo 2 de participantes con peso normal.

Con el objetivo de aislar la variable “peso corporal”, minimizando la influencia de posibles variables de trastorno, se seleccionaron los participantes a fin de mantener la máxima afinidad posible entre los dos grupos, salvo en el peso. Las características de edad, la residencia y el nivel sociocultural de las familias de origen de los participantes son análogas en los dos grupos. Dado que no fue posible controlar algunas variables que podrían ser influyentes (como por ejemplo, el tipo de escuela a la que asistieron, la composición del grupo familiar y, en particular, si los padres viven juntos o separados o la presencia y el número de hermanos) no es posible hablar de “apareamiento” o “equivalencia” de los sujetos participantes (Kazdin, 1992; McBurney, 1983).

Como criterio para discriminar entre los participantes con sobrepeso de los de peso normal se empleó el B.M.I (Body Mass Index), ampliamente utilizado en la literatura (Notarbartolo, 1997).⁴

El Grupo 1 se compone de 12 participantes (10 mujeres y 2 hombres) obesos o con sobrepeso que no padecen patologías dismetabólicas, endocrinas o de otra naturaleza. El B.M.I medio de estos participantes es de 32 (con un rango comprendido entre 26 y 35).⁵

La composición del Grupo 2 es análoga, por cuanto se refiere al número y el sexo de los participantes, si bien todos ellos se hallan dentro de la normalidad ponderal, con un B.M.I. medio de 20 (rango 18-22). Se puso especial cuidado en incluir en este grupo solamente personas que jamás hubieran seguido una dieta y que no practicaran deporte para adelgazar o no engordar, con la finalidad de excluir los sujetos participantes que podrían llegar a padecer patologías alimentarias actualmente no evidentes.

Todos los participantes en la investigación llevan una vida normal: viven en familia con al menos uno de los padres, asisten regularmente a la escuela (para 22, repartidos equitativamente en los dos grupos, el instituto y, en el caso de los 2 restantes, la universidad) y tienen una vida social regular. Se excluyeron de la investigación todos aquellos que presentaran psicopatologías declaradas, retardos cognitivos (por ejemplo, dificultades escolares relevantes) o anomalías en el comportamiento social.

Los criterios y las modalidades de selección de los participantes fueron distintas para ambos grupos.

Los participantes del *Grupo 1* fueron reclutados entre los pacientes de un ambulatorio de dietética para el tratamiento de la obesidad, en la ciudad de Torino. Los criterios de selección contemplaban la posibilidad de incluir en la muestra participantes con las características descritas a continuación:

- personas que padecen obesidad esencial, es decir, para las cuales se pudieran excluir todas las patologías que inducen la obesidad como consecuencia de alteraciones metabólicas o de otra naturaleza física o yatrógena (por ejemplo, tratamiento con fármacos que puedan causar un aumento ponderal importante, como la cortisona y algunos antidepresivos); ello con la finalidad de excluir casos de sobrepeso/obesidad derivados de causas de naturaleza meramente orgánica o por lo menos no derivados de un origen psicológico.
- personas que hubieran decidido espontáneamente afrontar su problema de peso dirigiéndose al ambulatorio de dietética, en base a la suposición de que su decisión estuviera vinculada a cierta egosintonía respecto al propio peso o a la sensación de estar utilizando la comida incorrectamente.
- personas que no hubieran tenido muchas experiencias de fracaso al afrontar su problema de peso: la cantidad de tratamientos dietéticos de tipo restrictivo complica indudablemente la relación con la comida de modo directamente proporcional al número de fracasos (Bruch, 1973; Bosello, 1998). Mientras que esto hace que el paciente sea más propenso a la obesidad psicógena, tiende también a complicar su cuadro desde el punto de vista clínico-metabólico. Por este motivo, entre otros, se ha decidido seleccionar participantes jóvenes.
- personas que no hubieran solucionado su problema de peso simplemente por falta de información nutricional. Pese a la gran atención y cantidad de información sobre el tema en los medios de comunicación, persiste todavía un margen de desinformación bastante considerable. Se han excluido por tanto de la investigación todas aquellas personas que hubieran obtenido una pérdida ponderal gracias al conocimiento y la aplicación de principios alimentarios correctos.

Los participantes del *Grupo 2* (grupo de control) se seleccionaron en cambio mediante la administración del cuestionario que se describe en el siguiente apartado, entre un grupo escolar mediano-alto de la provincia de Torino y de la Facultad de Economía y Comercio de la Universidad de Torino.

Los criterios de inclusión en el grupo de control han sido los siguientes:

- Valores normales de B.M.I., es decir, comprendidos entre 18 y 24. Los participantes de la muestra de control debían tener un peso normal y no haber tenido en el pasado problemas de peso.
- Ninguna dieta; solamente podían incluirse en el Grupo 2 aquellas personas que declararan en el cuestionario no haberse sometido nunca a ningún tipo

de restricción alimentaria.

- Actividad física exclusivamente por motivos de recreo o socialización; según este criterio, debían descartarse todos aquellos que declararan practicar deporte para adelgazar o incluso únicamente para no engordar.

Por cuanto se refiere a las características demográficas y socioeconómicas, el criterio que guió la selección definitiva de los participantes del grupo de control fue lograr la afinidad más rigurosa posible con los participantes del Grupo 1.

Instrumentos y Procedimiento

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- a) Una ficha personal para seleccionar los participantes obesos y con sobrepeso
- b) Un cuestionario construido *ad hoc* para seleccionar los participantes del grupo de control
- c) El *Repertory Grid Test* (Kelly, 1955), aplicado individualmente a todos los participantes.

a) La ficha personal fue elaborada por uno de los autores para cada participante del Grupo 1 sobre la base del análisis de las historias clínicas del ambulatorio de dietética, complementadas por una breve entrevista cuando fue necesario. La ficha personal recoge: los datos demográficos del participante y los familiares con quien convive; la información sobre la escolaridad, la profesión y la procedencia geográfica de los padres, necesaria para determinar el nivel sociocultural de la familia; los datos antropométricos del participante (peso, altura y B.M.I); información sobre los antecedentes familiares de sobrepeso; datos sobre el progreso escolar del participante.

El procedimiento de selección de los participantes del Grupo 1 empezó con la consulta del archivo de los pacientes de edad inferior a 21 años que habían acudido al ambulatorio durante los tres años anteriores al inicio de la investigación. En base a la consulta de la historia clínica de los 98 participantes seleccionados de este modo, se excluyeron 28 participantes (el 28,6% del total) por padecer enfermedades metabólicas (como diabetes, hipotiroidismo, etc.), patologías declaradas (como por ejemplo, depresión mayor, esquizofrenia, bulimia, síndromes borderline, etc.), retrasos cognitivos o anomalías en el comportamiento social. Con el objetivo de identificar personas con obesidad psicógena, se excluyeron también todas aquellas que en el primer control dietético habían obtenido una pérdida ponderal relevante únicamente a través de la dieta. Se contactó con las 40 personas restantes (el 40,1% del total) para proponerles el proyecto de investigación. Entre ellas, 15 aceptaron participar, entre las cuales 3 se mostraron indispuestas a continuar en las fases posteriores de la investigación.⁶ Se elaboró la ficha personal de cada una de ellas. Se puso de manifiesto finalmente que, a partir del análisis de las historias clínicas, todos los 40 participantes potencialmente idóneos para participar en la investiga-

ción tenían por lo menos un pariente obeso o con sobrepeso, en la mayor parte de los casos del sexo femenino (sobre todo madres, pero también hermanas).

b) El cuestionario utilizado para la selección del Grupo 2 tiene como tema explícito “Los jóvenes y el deporte” y se elaboró *ad hoc* con tal de que el objetivo real de la investigación no resultara evidente: las preguntas relativas al peso, las dietas, etc. estaban camufladas en medio de “preguntas-anzuelo” relativas a la actitud ante la actividad deportiva. El tema del deporte permite formular preguntas acerca del cuerpo y la relación con la comida sin tener que hablar explícitamente de trastornos de la alimentación. Así pues, el cuestionario tenía un objetivo doble: el primero, explícito, sobre la relación de los jóvenes con el deporte y el segundo, real, sobre la actitud hacia la alimentación. El cuestionario está compuesto de 20 preguntas, de las cuales 11 son útiles para la investigación y 9 son “anzuelo”. Se trata de un cuestionario semiestructurado de fácil ejecución, adaptado a la autoadministración, que requiere unos 10 minutos de tiempo. En éste, además de los ítems útiles para los objetivos de la investigación y los relativos al deporte, se incluye una sección sobre los datos sociodemográficos (edad, residencia, estudios y profesión de los padres, composición y procedencia geográfica del núcleo familiar) y los datos antropométricos de los jóvenes.⁷

Se distribuyeron 270 cuestionarios a los estudiantes de bachillerato y 30 a estudiantes de segundo año de la facultad de Economía de la Universidad de Torino. Los cuestionarios se realizaron en clase (o en un local de la Universidad de Torino para los estudiantes universitarios) bajo la supervisión de uno de los autores, con tal de poder resolver rápidamente cualquier duda. De los 300 cuestionarios distribuidos en total, se realizaron y entregaron 243 (el 81%).

La selección de los sujetos participantes en la investigación se articuló en las siguientes fases:

- Exclusión de las personas con problemas a nivel conductual o cognitivo, aunque leves; estos casos suman un 4,8% de los encuestados.
- Exclusión de todas las personas que hubieran seguido algún tipo de régimen dietético, aunque fuera sólo por poco tiempo. En esta fase la selección fue rigurosa, hasta llegar a excluir aquellas personas que hubieran seguido una dieta por motivos distintos al sobrepeso (como por ejemplo, dietas desintoxicantes).⁸ Se eliminó de este modo el 30% de los encuestados.
- Exclusión de las personas que, pese a no haber seguido nunca una dieta, afirmaban practicar deporte con el objetivo de adelgazar o no engordar. Como en el caso de la fase anterior, se prefirió descartar a todos aquellos (el 7% de los encuestados) que no satisfacían el criterio de manera pura, aunque los ítems relativos a esta área preveían la posibilidad de dar múltiples respuestas, siempre y cuando se indicara el orden de importancia (practico deporte para divertirme, para estar con los amigos y *también*

para no engordar).

- Cálculo del B.M.I. de los participantes que habían rellenado los cuestionarios restantes, para verificar que estuvieran dentro de la “normalidad ponderal” (Bosello, 1998). En esta fase, se excluyeron el 2% de los participantes, por encontrarse en la franja de la desnutrición y, en consecuencia, víctimas potenciales de anorexia.
- Selección de los casos definitivos entre aquellos que presentaban características sociodemográficas (edad, nivel sociocultural de la familia, residencia) más similares a la muestra de los participantes con sobrepeso.

c) El Repertory Grid Test (REP) o rejilla de Kelly (1955) es una entrevista semiestructurada que permite hacer emerger las dimensiones semánticas con las que las personas dan sentido a su propia experiencia, a sí mismos y a los demás. Se trata de un instrumento muy difundido tanto en el ámbito clínico como de investigación (cfr. por ejemplo, Bannister y Fransella, 1980; Fransella y Bannister, 1977; Mancini, 2001; Mancini y Semerari, 1985), dado que permite unir la “sensibilidad clínica” con la posibilidad de análisis estadísticos rigurosos. El procedimiento adoptado se articula en las cuatro fases que resumimos a continuación.

- Identificación de las personas significativas del contexto relacional de cada participante, según el “método de elicitación a través de la discusión” (Easterby-Smith, 1981); éstas son llamadas “elementos”.
- Elicitación de los constructos bipolares a través del método diádico (Epting, Suchman y Nickeson, 1971; Keen y Bell, 1980), es decir, confrontando por parejas los elementos identificados en la fase precedente a través de preguntas sobre sus aspectos de parecido y de diversidad; esto da lugar a parejas de opuestos semánticos, llamados *constructos*, del tipo “bueno-malo”, “inteligente-estúpido”, etc.
- Aplicación a cada constructo de la técnica del *laddering* (Bannister y Fransella, 1980) que permite incrementar la producción total de los constructos, solicitando la elicitación de constructos, sean éstos generales o específicos.
- Evaluación del grado de aplicabilidad de cada constructo a cada elemento en una escala de siete puntos. La lista de los elementos incluye las entidades mencionadas por los participantes, inclusive algunos elementos cuya elicitación fue solicitada por los investigadores, es decir, una persona admirada, una persona detestada y los elementos yo real (“como soy”) y yo ideal (“cómo quisiera ser”).⁹
- Aplicación de la *Resistance to change Technique* (Mancini y Semerari, 1985) que permite al participante jerarquizar los constructos elicitados del más al menos importante.¹⁰

Las primeras tres fases de la administración del test a cada participante se realizaron en un local del Departamento de Psicología de la Universidad de Torino y en una única sesión, por parte del primero de los autores. Las dos últimas fases se llevaron a cabo por parte de los participantes en un segundo momento, aproximadamente una semana después de la primera entrevista. En el caso de los participantes del Grupo 1, esto tuvo lugar en el ambulatorio de dietética, mientras que para los del Grupo 2, en un local del Departamento de Psicología.

Análisis de los datos

En la Tabla 1 se recogen algunos datos de síntesis sobre la productividad de los dos grupos de participantes y la elicitación de los constructos y los elementos:

Tabla 1: Productividad de los dos grupos de participantes en la elicitación de los constructos y los elementos: media, desviación estándar (SD), rango (número mínimo y número máximo) y número total.

	CONSTRUCTOS				ELEMENTOS			
	Media	SD	Rango	Tot.	Media	SD	Rango	Tot.
Grupo 1	19.91	3.99	15-28	239	10.83	1.43	8-22	130
Grupo 2	22.58	7.54	11-39	273	9.83	2.21	8-14	131

Todos los constructos elicitados por los dos grupos de participantes fueron clasificados según su contenido semántico (Landfield, 1971), por parte de dos jueces independientes. Las 24 categorías, recogidas en la Tabla 2, en las que se agruparon los constructos son mutuamente exclusivas, es decir, cada constructo puede clasificarse en una sola categoría. El porcentaje de acuerdo entre los dos jueces fue del 81,4%; en los casos dudosos, los dos jueces debían acordar una solución común.

El proceso de categorización de los constructos es de tipo hermenéutico, es decir, se basa en el método clínico-interpretativo. Para clasificar los constructos elicitados no sólo se tuvo en cuenta la verbalización explícita por parte de los participantes, sino también el contexto más general de los significados surgidos en la entrevista, compartidos por el participante y el entrevistador. Éstos, durante la administración del REP, tenían la posibilidad de plantear preguntas acerca de lo que decía el participante, a fin de clarificar posibles expresiones ambiguas. El entrevistador procuraba que los participantes se expresaran libremente, intentando reducir al mínimo su propia influencia. Mientrastanto, el colaborador presente en la entrevista anotaba cuidadosamente los constructos que emergían, su significado, a qué elementos se aplicaban y su contexto de elicitación. Esto permitió realizar la clasificación en base a informaciones y criterios compartidos, aunque los participantes hubieran utilizado expresiones idiosincráticas, en las que el significado de

Tabla 2 - Categorías semánticas de los constructos y sus frecuencias: denominación de las categorías; frecuencias en valor absoluto y frecuencias proporcionales en el Grupo 1; frecuencias en valor absoluto y frecuencias proporcionales en el Grupo 2.

Categoría	Frec. abs. Grupo 1	Frec. prop. Grupo 1	Frec. abs. Grupo 2	Frec. prop. Grupo 2
Poder	28	,117	1	,004
Relacionado con poder	59	,247	19	,070
Determinación	3	,013	19	,070
Sociabilidad	25	,105	22	,081
Temperamento	27	,113	22	,081
Confianza	14	,059	20	,073
Inteligencia	8	,033	11	,040
Edad	7	,029	7	,026
Timidez	7	,029	22	,081
Tranquilidad	5	,021	16	,059
Egoísmo	8	,033	10	,037
Celosía	2	,008	3	,011
Bondad/Maldad	2	,008	3	,011
Libertad/Dependencia	0	0	6	,022
Emotividad/Aprensión	2	,008	22	,081
Seguridad	0	0	14	,051
Aspecto	9	,038	0	0
Pereza/Rapidez	4	,017	12	,044
Meticulosidad/Orden	4	,017	3	,011
Optimismo	0	0	6	,022
Seriedad	2	,008	7	,026
Vínculo/Relación	11	,046	16	,059
Otros constructos de carácter	4	,017	0	0
Otros	8	,033	12	,044
TOTAL	239		273	

los términos empleados no correspondía con el significado convencional del lenguaje común.

Dada la finalidad de la investigación, se puso especial cuidado en la clasificación de los constructos inherentes a la temática del poder, es decir, “ganador vs. perdedor”. Dichos constructos se reagruparon en las siguientes 3 categorías:

- *Poder*: dentro de esta categoría se insertaron todos los constructos en cuya

verbalización estaban presentes de modo explícito las palabras “poder”, “ganar”, “perder” o sinónimos y derivados (sustantivos, adjetivos, expresiones, etc.); por ejemplo, “gana siempre/es maleable”; “quiere salirse con la suya/se resigna”, “no sabe perder/ se conforma”. Según la tesis de Ugazio (1998), la polaridad “ganador-perdedor” está relacionada, según una relación medio-fin, con la temática de “voluntad, control, iniciativa vs. pasividad, condescendencia, dejar que las cosas sucedan”. Se trata de polaridades semánticas cuyo contenido es puramente relacional: “uno es vencedor porque es voluntarioso, determinado, porque tiene control de sí mismo y de los demás, mientras que el otro es perdedor porque es p^ásivo, dócil, porque se deja embaucar por los demás. La benevolencia, la condescendencia, la aceptación de la definición que el otro da de la relación se construyen como pasividad cobarde, ineptitud” (Ugazio, 1998, p. 236; p. 274 en trad. cast.). Los constructos que expresan estos significados se colocaron también dentro de esta categoría; por ejemplo “él es quien manda/ se deja tomar el pelo”, “quiere ser el más fuerte/ sabe contentarse”, “autoritario/débil”;

- *Relacionado con poder*: se incluyeron aquí todos los constructos que aludían a los significados de “ganador/perdedor”, de “poder” y de “volición”, en las acepciones descritas en el párrafo anterior, *sin nombrarlas explícitamente*. Se estableció la conexión de estos constructos con la semántica del poder en referencia al contexto general de elicitación durante la entrevista; por ejemplo: “se hace notar/no le gusta ser el centro de atención”, “criticón/siempre acepta”, “combativo/no reacciona”.
- *Determinación*: en esta categoría se colocaron aquellos constructos que expresan tenacidad y voluntad, pero en una acepción que no hace referencia al plano de la relación sino al del contenido (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967): un significado vinculado con la determinación en el llevar a cabo un proyecto, en el logro de un objetivo, etc., sin que esto implique una lucha para pasar por encima de los demás y desafiarlos; por ejemplo: “se fija un objetivo muy claro/ se pierde”, “es determinado/se rinde ante el primer obstáculo”; “de ideas claras/no tiene un objetivo”. También en este caso la referencia al contexto de elicitación fue fundamental para guiar la clasificación de los constructos.

Las otras categorías semánticas empleadas para clasificar los constructos se definieron inductivamente, en base a lo que los participantes expresaban, en el curso de la administración del REP. No todas las categorías se emplean del mismo modo en los dos grupos de participantes; algunas categorías pueden tener por tanto una frecuencia de cierto peso en un grupo y, en el otro, encontrarse casi o totalmente ausentes.

Una vez finalizado el proceso de clasificación, se calcularon las frecuencias

proporcionales¹¹ de cada una de las categorías sobre el total de los constructos elicitados por los dos grupos, considerándolos por separado. Los resultados de este cálculo se exponen en la Tabla 2.

Además, para cada uno de los participantes de los dos grupos, se calcularon las frecuencias proporcionales de todas las categorías semánticas en que se habían clasificado los constructos elicitados por éste. De este modo fue posible calcular para cada uno de los grupos la media de las frecuencias proporcionales relativas a las categorías “poder”, “relacionado con poder” y “determinación” y confrontar los dos grupos a través de la aplicación de la prueba *T de Student* (Ercolani, Areni, Leone, 2002).¹² Para proceder a aplicar este test fue necesario realizar una transformación en arco seno de los datos brutos. En efecto, éstos constituyen proporciones. “En los casos en que la medida dependiente está constituida por proporciones (que varían, obviamente, entre 0 y 1), la variación en las celdas tiende a ser muy baja, subrayándose la diferencia entre las medias. La transformación más adecuada para estabilizar las variaciones es la siguiente: $x' = \arcseno \sqrt{x}$ ” (Ercolani, Areni, Mannetti, 1990, p. 121), donde x indica el dato burdo y x' el transformado.

Resultados

El primer resultado interesante se desprende del examen de la Tabla 2. Mientras que los datos del grupo de control son muy dispersos y fragmentados en las diversas categorías, los del grupo de los participantes obesos/con sobrepeso se concentran más bien en las categorías relativas a la semántica del poder. Resultan en cambio bastante numerosas en ambos grupos las categorías relativas a la “sociabilidad” y el “temperamento”. Estas categorías recogen respectivamente los constructos de tema social (por ejemplo, “le cuesta mucho relacionarse/se relaciona enseguida”) y los relativos al carácter de las personas (por ejemplo “presuntuoso/humilde”; “lunático/estable”, “intolerante/comprendivo”).

Las frecuencias de las categorías en las que se clasificaron los constructos relativos a la semántica del poder difieren de modo bastante marcado en los dos grupos. En el Grupo 1 (personas obesas y con sobrepeso), la categoría “poder” tiene una frecuencia proporcional del 0,117 mientras que en el Grupo 2 es del 0,004. De modo análogo, la frecuencia proporcional de la categoría “relacionado con poder” en el Grupo 1 asciende al 0,247, mientras que en el Grupo 2 es del 0,070. Agrupando ambas categorías se obtiene que su frecuencia acumulada en el Grupo 1 es de 0,364 mientras que en el Grupo 2 es de 0,074. En términos de frecuencia porcentual, esto significa que el 36,4% de los constructos elicitados por los participantes obesos y con sobrepeso se adscribe a la semántica del poder, mientras que solamente el 7,4% de los elicitados por el grupo de control hace referencia a esta dimensión del significado.

De la aplicación de la *T de Student* a la categoría “poder” (datos transformados en arco seno) se desprende una diferencia estadísticamente significativa entre los

dos grupos, en el sentido previsto por la hipótesis de la investigación ($t=4,506$; $df=22$, $p<.001$). La media de las frecuencias de la categoría “poder” en el Grupo 1 es de 0,556 ($SD=0,391$) frente a una media de 0,030 ($SD=0,391$) en el Grupo 2.

Se obtienen resultados análogos confrontando los dos grupos respecto a las categorías agrupadas de “poder” y “relacionado con poder” ($t=6,252$; $df=22$; $p<.0001$). La media del Grupo 1 es, en este caso, del 1,242 ($SD=0,288$) frente a la media de 0,437 ($SD=0,340$) del Grupo 2.

Para reducir al mínimo el riesgo de autovalidación de las propias hipótesis de investigación, se efectuó una nueva confrontación estadística entre los dos grupos, incluyendo también la categoría “determinación”. Ciertamente, esta categoría resulta ser una de las más frecuentes en el Grupo 2 (0,070, es decir, un 7% del total), mientras que en el Grupo 1 tiene una frecuencia bastante reducida (0,013, un 1,3%). En consecuencia, surgió en los investigadores la duda de que pudiera haber una distorsión en la clasificación de los constructos elicitados por los dos grupos, es decir, que para el Grupo 1 se hubieran clasificado sistemáticamente como “poder” o “relacionado con poder” constructos totalmente análogos a aquellos que, para el Grupo 2, se habían adscrito a la categoría “determinación”. Esta sospecha maduró cuando, un tiempo después de la administración del REP, un tercer juez, que no había tomado parte en las entrevistas, releyó las verbalizaciones de los constructos (en particular, las del Grupo 2) fuera del contexto de elicitación. Algunas de ellas (por ejemplo, “no cambia de idea/cambia de idea fácilmente”; “tiene la cabeza dura/siempre pide consejo”; “cabezón/condescendiente”) podían, en efecto, tener un significado relacional. De ahí la idea que, pese a intentar distinguir el plano del contenido del de la relación a la hora de categorizar los constructos relativos a la “determinación”, en la categoría correspondiente podían hallarse constructos “espúreos”, o vinculados de algún modo a la semántica del poder, lo cual podría haber invalidado los resultados de la investigación. Sin embargo, la aplicación de la T de Student a los datos obtenidos, agrupando las frecuencias de las categorías “poder”, “relacionado con poder” y “determinación” pone de manifiesto una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en la dirección prevista por las hipótesis de la investigación ($t=4,439$; $df=22$; $p<.0001$). La media del Grupo 1 es 1,267 ($SD=0,297$) mientras que la del Grupo 2 es de 0,683 ($SD=0,346$). Los resultados hasta aquí obtenidos se ven confirmados por la aplicación de la ANOVA a una sola variable independiente: el peso. Se muestra, en efecto, una diferencia estadísticamente significativa respecto a las tres variables dependientes relativas a la semántica del poder, tanto al considerarlas por separado como agrupadas (cfr. Tabla 3).

Hasta el momento, la hipótesis de la investigación se ve confirmada. No obstante, se utilizó una definición de la *prominencia* de los constructos relativos a la semántica del poder, en términos puramente cuantitativos, es decir, de frecuencia. Se podría, por el contrario, hipotetizar que, aunque los constructos relativos a la

Tabla 3						
VARIABLE	Variación			Df	F	Sign.
		Suma de los cuadrados	Media de los cuadrados			
PODER	Intergrupos	1,660	1,660	1	20,30 8	,000
	Intragrupos	1,799	,0818	22		
	Total	3,459		23		
RELACIÓN CON PODER	Intergrupos	1,978	1,978	1	19,04 1	,000
	Intragrupos	2,285	,104	22		
	Total	4,263		23		
DETERMINACIÓN	Intergrupos	,821	,821	1	16,64 1	,000
	Intragrupos	1,086	,0494	22		
	Total	1,907		23		
TOT 1	Intergrupos	3,886	3,886	1	39,08 6	,000
	Intragrupos	2,187	,177	22		
	Total	6,073		23		
TOT 2	Intergrupos	2,049	2,049	1	19,70 6	,000
	Intragrupos	2,287	,104	22		
	Total	4,336		23		

semántica del poder sean más frecuentes, puedan no ser los que los participantes con sobrepeso consideran más importantes. Según la teoría de Kelly (1955), los constructos personales se organizan en un sistema jerárquico con relaciones de superioridad y de subordinación de forma que no todos los constructos son igualmente importantes y centrales.

Para dirimir esta duda, se consideraron para cada participante los tres constructos de nivel jerárquico más alto, obtenidos a través de la clasificación de la Técnica de Resistencia al Cambio. De este modo, se identificaron para cada grupo 36 constructos (12 x 3), cada uno de los cuales se había ya adscrito a una categoría. De este modo, fue posible calcular la frecuencia de las categorías semánticas correspondientes que ocupaban una posición jerárquica más alta. En el Grupo 1, hay 7 constructos relativos al “poder” y otros 7 son “relacionados con el poder”; su incidencia es del 38,9%. En el Grupo 2, hay en cambio un solo constructo “relacionado con el poder” que sea elevado mientras que hay 2 constructos relativos a la categoría “determinación”; su incidencia total es del 0,83%. No son necesarias pruebas estadísticas para demostrar que también en este caso los datos obtenidos apoyan la hipótesis de la investigación.

Se realizó posteriormente un análisis de la importancia de los constructos relativos a la semántica del poder calculando, para cada participante, el índice de “intensidad”, que expresa en qué medida un constructo determinado es central dentro de un sistema, en base al grado de correlación de este constructo con los otros

constructos (Feixas y Cornejo Álvarez, 1996).¹³ El índice de intensidad se obtuvo utilizando el programa “Rejilla 2.0” elaborado por estos dos autores. Para cada participante, se examinaron los cuatro constructos con el grado de intensidad más elevado. En el Grupo 1, entre los 48 constructos de intensidad elevada, 6 se refieren al “poder” y 15 están “relacionados con el poder”; su incidencia acumulativa sobre el total es del 43,7%. En el Grupo 2, hay 3 constructos “relacionados con el poder” y 7 conciernen a la “determinación”, con una incidencia total del 21%. También en este caso, no parecen ser indispensables pruebas estadísticas para afirmar que la hipótesis de la investigación se ve confirmada por los datos.

Discusión

Los resultados de la investigación parecen apoyar la tesis de Ugazio (1998): la semántica del poder parece ser la dimensión del significado destacada de la obesidad, tanto en términos puramente cuantitativos de frecuencia de las categorías vinculadas a esta semántica, como en términos cualitativos de importancia, que se pone de manifiesto en los índices de jerarquización y de intensidad.

Sin embargo, estos resultados no se pueden dar como definitivos. La exigüidad de la muestra no permite hacer generalizaciones a poblaciones más amplias: son necesarias otras contribuciones empíricas para “reforzar” la validez de los primeros resultados de lo que llamaremos una “investigación-piloto”.

Además, los resultados del estudio no proporcionan por el momento elementos relevantes que sostengan la tesis de Ugazio, según la cual las personas obesas, a diferencia de las anoréxicas y bulímicas, se sitúan en el polo de los perdedores en la dimensión “ganar-perder”. Los análisis posteriores que puedan derivarse del conjunto de los datos de las rejillas podrán proporcionar informaciones interesantes en este sentido: es en efecto posible destacar en las rejillas de qué modo los participantes se posicionan a sí mismos a lo largo del *continuum* de los constructos destacados relativos a la semántica del poder. Asimismo, también es posible establecer cómo los sujetos participantes se perciben a sí mismos respecto a una persona admirada (ganadora?), una persona detestada y respecto al propio yo ideal. Estos aspectos son objeto de un análisis que se encuentra actualmente en fase de elaboración y esperamos que puedan ser objeto de una futura contribución. Una extensión particularmente prometedora de estos primeros resultados podría derivar de la aplicación de la metodología que proponemos aquí a pacientes con anorexia y bulimia, patologías para las cuales la semántica del poder es, según Ugazio (1998), igualmente relevante.

Esta investigación podría desarrollarse posteriormente confrontando la metodología de la obtención de los datos que hemos utilizado aquí con el análisis semántico de la conversación terapéutica (Bercelli, 2000; Gandino, 2002; Leonardi y Viaro, 1990). Los primeros resultados de investigaciones (Di Pasquale, 2002; Valtorta, 2002) orientadas a poner de manifiesto las polaridades más recurrentes en

las transcripciones de entrevistas terapéuticas con pacientes con trastornos alimentarios parecen apoyar, al menos en parte, los datos de nuestra investigación. Esta confrontación plantea sin embargo diversas cuestiones de carácter epistemológico y metodológico, cuyo tratamiento va más allá de los objetivos de este trabajo.

En esta investigación se revisa la tesis de Valeria Ugazio relativa a la semántica del poder como dimensión destacada de la obesidad, tanto en términos puramente cuantitativos de frecuencia de las categorías vinculadas a esta semántica, como en términos cualitativos de importancia, que se pone de manifiesto en los índices de jerarquización y de intensidad.

Palabras clave: Obesidad, polaridades semánticas, terapia sistémica, constructos familiares.

Notas del autor:

- 1 Los autores desean expresar su más sincero agradecimiento a Valeria Ugazio por sus interesantes sugerencias en la concepción y realización de la investigación. Agradecemos también a Renato Miceli, a Marisa Giorgetti y a Enrico Nulli el asesoramiento en la elaboración estadística de los datos.
- 2 El concepto de “polaridades semánticas familiares” elaborado por Ugazio comparte algunas características fundamentales con el de “constructo personal” elaborado por Kelly (1955); ambos conceptos se refieren a las dimensiones de significado destacadas para la construcción de la identidad de las personas. Existen en particular dos características, relevantes para el presente trabajo, que son comunes a la posición de Kelly y a la de Ugazio, a saber:
 - a) *oposición polar*, es decir, la tesis según la cual los significados destacados (a los que Kelly llama “constructos”) que utilizan las personas para darse sentido a sí mismas, a los demás y al mundo, se organizan en parejas de opuestos polares y que dicha organización no responde a criterios lógicos, sino psicológicos (cfr. Corolario de dicotomía, Kelly, 1955, p. 59).
 - b) *homogeneidad de los significados referidos al yo respecto a las otras dimensiones semánticas*, es decir, la tesis según la cual las dimensiones semánticas referidas al yo, pese a ocupar una posición central (o, como diría Kelly, “nuclear”) en el sistema constructivo personal, no difieren sustancialmente de los constructos referidos a los demás (Kelly, 1955; Zorn, McKinney, Moran, 1993); esta tesis expresa la idea más general de que el sujeto, mientras conoce su mundo social, se conoce a sí mismo y viceversa, una idea ampliamente compartida por la psicología de sello interaccionista.
- 3 Este dato se identificó por medio de dos indicadores: el nivel de escolaridad y la profesión de los dos padres.

- 4 La fórmula para calcular el B.M.I. es P/H^2 , donde P representa el peso corporal expresado en Kg, mientras que H^2 es la altura expresada en metros y elevada al cuadrado. Los valores comprendidos entre 25 y 30 indican sobrepeso; los valores comprendidos entre 30,5 y 40 obesidad y, los superiores a 40, gran obesidad. Los B.M.I. inferiores a 17,5 indican desnutrición, mientras que los valores comprendidos entre 18 y 24 corresponden a la normalidad ponderal (Bosello, 1998).
- 5 Se incluyeron también en la investigación participantes con un B.M.I inferior a 30, aunque, en clave estrictamente médica, éste es el margen que separa la obesidad del sobrepeso porque, como sostiene Bruch (1973), es probable que entre los considerados “gordos delgados” exista una pequeña gama de participantes que, pese a contener el síntoma por medio de una constante y rigurosa restricción de la ingesta de alimentos, desarrollan características similares a las típicas de la obesidad psicógena. En nuestra investigación, los participantes obesos son 8 (el 66,7% del Grupo 1), mientras que los 4 restantes (33,3%) tienen sobrepeso.
- 6 A todos los participantes (y al menos a uno de los padres de los menores de edad) se les hizo firmar, además de una autorización para tratar los datos personales bajo la ley de la privacidad, el consentimiento informado para participar en la investigación. Uno de los autores había explicado anteriormente los objetivos de la investigación en términos muy generales, con tal de no influir en las respuestas al Repertory Grid Test.
- 7 Para los estudiantes de bachillerato, la información sobre el rendimiento escolar y el comportamiento social fue proporcionada directamente por los profesores, mientras que para los estudiantes universitarios estos datos se obtuvieron incluyendo en el cuestionario una pregunta sobre el número de exámenes realizados y la media de notas y algunos ítems relativos a la vida relacional (actividades sociales y recreativas, número de amigos y presencia o ausencia de pareja sentimental).
- 8 En el cuestionario había preguntas sobre la modalidad de administración, la duración y el objetivo de la dieta pero finalmente sólo se consideraron idóneas las personas que satisfacían el criterio de manera pura (ninguna dieta).
- 9 No se consideraron para los objetivos de la investigación y ni siquiera se incluyeron en la fase de evaluación sobre la escala de 7 puntos, los constructos situacionales (por ejemplo, “vive en Torino”, “tiene dos hermanos”, etc.), físicos (“tiene el pelo rubio”, etc.) dado que son muy poco discriminativos, es decir, tienen un campo de aplicación demasiado amplio, vago y superficial.
- 10 Esto se llevó a cabo mediante una especie de juego: se le dice al participante que imagine que un genio maligno le echa en cara uno a uno los “defectos” mencionados anteriormente (los polos negativos de los constructos elicitados). Según el orden en que el participante acepta aplicarse a sí mismo el polo negativo de los constructos, se obtiene, en orden inverso, la jerarquía en importancia de los constructos: el primer “defecto” aceptado es el polo negativo del constructo menos importante, mientras que el que se acepta en último lugar, incluso con mucha dificultad pese a tratarse de un juego, indica que el participante considera irrenunciable su polo positivo. Esto significa que ese constructo se considera muy importante.
- 11 Esta medida se obtuvo dividiendo la frecuencia absoluta de cada categoría (es decir, el número de constructos incluidos en una categoría determinada) por el número total de los constructos manifiestos. Multiplicando por 100 el resultado se obtienen las frecuencias porcentuales.
- 12 Se elaboraron los datos con el software SPSS versión 10.0.6.
- 13 Este índice se calcula “sobre la suma de las correlaciones totales de cada constructo con el resto de los constructos, dividido por la media del número total de los constructos menos uno” (Feixas y Cornejo Alvarez, 1996).

Referencias Bibliográficas

- BANNISTER D., FRANSELLA F. (1980²), *L'uomo ricercatore. Introduzione alla psicologia dei costrutti personali*, Martinelli Firenze, 1986.
- BARA B. G., (1996) (ed.), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BERCELLI F. (2000), «Le sedute di terapia familiare sistemica e di terapia cognitiva: un confronto», *Terapia familiare*, 63, 79-86.
- BOSELLO O., (1998) (ed.), *Obesità: un trattato multidimensionale*, Kurtis, Milano.
- BRUCH H. (1973), *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano, 1982.
- DI PASQUALE R. (2002), *La semantica della libertà e la semantica del potere a confronto: un contributo empirico*, investigación presentada en el IV Congreso Nacional AIP, Sección de Psicología Clínica, Bellaria, septiembre 2002.
- EASTERBY-SMITH M. (1981), «The design, analysis and interpretation of repertory grids» en Shaw M. L. G., (Ed), *Recent advances in personal constructs technology*, Academic Press, London.
- EPTING F. R., SUCHMAN D. L., NICKESON C. J. (1971), «An evaluation of elicitation procedures for personal constructs» *British Journal of Psychology*, 62, 4, 513-517.
- ERCOLANI P., ARENI A., LEONE L. (2002), *Statistica per la psicologia II. Statistica inferenziale e analisi dei dati*, Il Mulino, Bologna.
- ERCOLANI P., ARENI A., MANNETTI L. (1990), *La ricerca in psicologia Modelli di indagine e analisi dei dati*, La Nuova Italia, Scientifica.
- FEIXAS G., CORNEJO ALVAREZ J. M. (1996), *Manuale per lo studio delle griglie di repertorio con il programma «Griglia»*, Vita e Pensiero, Milano, 1998.
- FRANSELLA F., BANNISTER D. (1977), *La tecnica delle griglie di repertorio. Manuale per l'applicazione della teoria dei costrutti personali*, Giuffrè, Milano, 1990.
- GANDINO G. (2002), «La conversazione terapeutica: un'analisi semantica» *Terapia familiare*, (en proceso de publicación).
- GUIDANO V. (1987), *La complessità del Sé Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- KAZDIN A. E. (1992), *Metodi di ricerca in psicologia clinica*, Il Mulino e Prentice Hall International, Bologna e Hemel Hempstead, 1996.
- KEEN T. R., BELL R. C. (1980), «One thing leads to another: a new approach to elicitation in repertory grid technique», *International Journal of Man-Machine Studies*, 13, 25-38.
- KELLY G. A. (1955), *The psychology of personal constructs*, Norton, New York.
- LANDFIELD A. W. (1971), *Personal construct systems in psychotherapy*, Rand McNally, Chicago.
- MANCINI F., SEMERARI A. (1985) (ed.), *La psicologia dei costrutti personali: saggi sulla teoria di G.A. Kelly*, Angeli, Milano.
- LEONARDI P., VIARO M. (1990), *Conversazione e terapia L'intervista circolare*, Cortina, Milano.
- MANCINI F. (2001), «Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo», *Psicoterapia*, 7, 22-23, 43-59.
- MCBURNEY D. H. (1983), *Metodologia della ricerca in psicologia*, Il Mulino, Bologna, 1986.
- MEAD G. H. (1934), *Mente Sé e società*, Giunti Barbera, Firenze, 1966.
- NOTARBARTOLO A. (1997), «Chi è il paziente obeso» en Riva E. (ed.), *Obesità essenziale: genetica, metabolismo ambiente*, I.D., Milano.
- TFOI (Task Force Obesità Italia) (1999), *Linee Guida Italiana Obesità*, Pedragon, Bologna.
- UGAZIO V. (1998), *Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*, Bollati Boringhieri, Torino (trad. cast: *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopatología*, Paidós, Barcelona, 2000).
- UGAZIO V. (1998a), *Un'interpretazione sistemico-costruzionista della soggettività* en Ceruti M. e Lo Verso G., (ed.), *Epistemologia e psicoterapia Complessità e frontiere contemporanee*, Cortina, Milano.
- VALTORTA L. (2002), *La semantica delle organizzazioni psicopatologiche: un confronto tra disturbi alimentari psicogeni e depressione*, Investigación presentada en el IV Congreso Nacional AIP, Sección de Psicología Clínica, Bellaria, septiembre 2002.
- WATZLAWICK P., BEAVIN J., JACKSON D. D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana* Astrolabio, Roma, 1971.

- WHO (World Health Organization) (1997), *Preventing and managing the global epidemic of obesity: Report of the World Health Organization consultation of obesity*, WHO, Geneva.
- ZORN T., E. MCKINNEY M. S., MORAN M. M. (1993), «Structure of interpersonal construct systems: one system or many?», *International Journal of Personal Construct Psychology*, 6, 139-166.

INDICE GENERAL AÑO 2005

Nº 61 PSICOTERAPIA, NEUROBIOLOGÍA Y NEUROCIENCIAS

LA NECESIDAD EVOLUTIVA DE LA PSICOTERAPIA

Louis J. Cozolino y Susan L. Sprokay

APEGO Y COMPRENSIÓN DEL SÍ MISMO: SER PADRE PENSANDO EN EL CEREBRO

Daniel J. Siegel

CIENCIAS COGNITIVAS Y PSICOTERAPIAS COGNITIVAS: UNA ALIANZA PROBLEMÁTICA

Carmelo Vázquez

NEUROCIENCIAS Y PSICOTERAPIA: RETORNO A LO BÁSICO

Óscar F. Gonçalves, João Cerqueira, Cármen Guimarães, Jenniffer Belpalme, Liliana Amorim, Manuela Peixoto y Nuno Sousa

NEUROBIOLOGÍA DE LA AUTORREGULACIÓN AFECTIVA, PATRONES DE APEGO Y COMPATIBILIDAD EN LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE

Luis Botella y Sergi Corbella

LA EXPERIENCIA ES UNA INTERVENCIÓN BIOQUÍMICA:

UNA RECONCEPTUALIZACIÓN DEL "TRASTORNO MENTAL CON BASE BIOLÓGICA"

Jason A. Seidel

TRANSFERENCIA Y AJUSTE DE PERSONALIDAD EN LA RELACION SANCHO-QUIJOTE

Vicente M. Ortiz Oria

Nº 62 FREUD: 150 ANIVERSARIO

EL FERTIL CAMPO PSICOANALÍTICO

Blanca Anguera Domenjó

FREUD TAMBIÉN QUERÍA SER CIENTÍFICO

Mercè Mitjavila

PSICOANÁLISIS Y NEUROCIENCIA

Joan Coderch

ALGUNAS APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS A LA CONCEPCIÓN TEÓRICA Y A LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

Neri Daurella

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA CLÍNICA HOY

Asunción Soriano Sala

DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN ASISTENCIA PÚBLICA.

UN EJEMPLO DE FOCALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO BREVE A NIÑOS

Jordi Sala

PSICOANÁLISIS Y ASISTENCIA PÚBLICA EN SALUD MENTAL O

¿TIENE ALGO QUE VER EL PSICOANÁLISIS CON LA SALUD MENTAL?

María Teresa Miró Coll

VICISITUDES EN LA VINCULACION ENTRE PADRES E HIJOS EN ADOPCION INTERNACIONAL

Esther Grau Quintana y Rosa Mora Valls

PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOANÁLISIS PUNTO DE ENCUENTRO

Rosa María Royo Esqués

FREUD, LA KÁBALA Y EL PENSAMIENTO JUDÍO CONTEMPORÁNEO

Pere Notó

Nº 63/64 NUEVAS PERSPECTIVAS EN PSICOTERAPIA

EL FIN DE LA ILUSIÓN DE PINEL Y LA NUEVA PSICO(PATO)LOGÍA

Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega

EL PODER DE LA ESCRITURA EN PSICOTERAPIA

Héctor Fernández-Alvarez

PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DEL DESARROLLO MORAL

Manuel Villegas Besora

EL DIÁLOGO ABIERTO COMO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LA PSICOSIS AGUDA:
SU "POÉTICA" Y "MICROPOLÍTICA"

Jaakko Seikkula, Ph.D. y Mary E. Olson, Ph.D.

UN MARCO NARRATIVO-HISTÓRICO PARA LA TERAPIA POST-RACIONALISTA:
ACTUALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS PSICOTERAPÉUTICOS

Leonor María Irrázaval Correa

MANUAL DE INTERVENCIÓN EN DILEMAS IMPLICATIVOS

Joana Senra, Guillem Feixas y Eugénia Fernandes

LA SEMÁNTICA DE LA OBESIDAD: UNA CONTRIBUCIÓN EMPÍRICA

Marco Castiglioni y Laura Contino

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá estar ya digitalizado e ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. En caso contrario, se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo figurará el título del mismo, el nombre y apellidos del autor, su dirección postal y electrónica, su adscripción al Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página, que deberán ser trasladadas al final del artículo.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 2 ejemplares y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

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@ub.edu

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